

Summary Plan Description  
for the  
Laundry and Dry Cleaning Workers  
Local No. 52  
Health & Welfare Trust Fund

---

摘要计划说明  
关于  
洗衣与干洗工  
本地第52号  
健康福利信托基金

1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
Telephone: (562) 463-5060 or (800) 524-8687  
Facsimile: (562) 463-5894

October 1, 2023



In many cases, you will receive better health benefits from the Plan if you make informed decisions. If you have any questions about how to use the Plan, contact the Plan for assistance. Important phone numbers are listed below.

For information about **eligibility, benefits or claims:**

### **PLAN ADMINISTRATIVE OFFICE**

Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health & Welfare Trust Fund  
1200 Wilshire Blvd. 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
Telephone: (562) 463-5060 or (800) 524-8687  
Facsimile: (562) 463-5894  
Trust Website: <http://www.laundryfund.org>

For information about **Network Providers** and for **Medical Services Review:**

### **Aetna Preferred Provider Organization (PPO)**

To Locate a Participating Provider call: (800) 524-8687

Aetna Provider Directory:

[https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchLanding&site\\_id=DirectLink&planValue=NSPMC%7CAetna\\_Choice\\_POS\\_II\\_Open\\_Access](https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchLanding&site_id=DirectLink&planValue=NSPMC%7CAetna_Choice_POS_II_Open_Access)

**Before** any non-emergency in-patient surgery, all (888) 632-3862 hospital admissions, CT/PET scans and MRIs, you must obtain pre-authorization from Aetna. A full list of services requiring pre-authorization can be found online <https://www.aetna.com/health-care-professionals/precertification/precertification-lists.html>.

If you are enrolled in the **MediExcel Medical Plan and/or MediExcel Dental Plan** contact MediExcel for more information:

### **MediExcel Health Plan**

Telephone: (619) 565-2570

MediExcel Provider Directory: <https://excel.network/physicians/provider-list/>

A list of providers may be furnished to you, upon written request, without charge.

For information about all other coverage, such as your **vision coverage (VSP)**; **prescription drugs**, including injectables (Express Scripts via RxBenefits); **dental care services** (United Concordia), please contact:

### **Vision Service Plan (VSP)**

Telephone: (800) 877-7195

Website: [www.vsp.com](http://www.vsp.com)

Provider Directory: <https://www.vsp.com/eye-doctor>

## **RxBenefits**

Telephone: (800) 377-1614

Website: [www.rxbenefits.com](http://www.rxbenefits.com)

## **Express Scripts**

Telephone: (888) 287-8151

Website: [www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com)

Express Scripts Provider Directory: [www.express-scripts.com/RxBenefits](http://www.express-scripts.com/RxBenefits)

## **United Concordia**

Telephone: (800) 937-6432

Website: [www.ucci.com](http://www.ucci.com)

Provider Directory: <https://www.unitedconcordia.com/find-a-dentist/#/>

**SUMMARY PLAN DESCRIPTION**  
**for the**  
**LAUNDRY AND DRY CLEANING WORKERS LOCAL NO. 52**  
**HEALTH AND WELFARE TRUST FUND**

To All Plan Participants

The LAUNDRY AND DRY CLEANING WORKERS LOCAL NO. 52 HEALTH AND WELFARE TRUST FUND (the "Plan") exists to provide medical, prescription drug, dental, and vision coverage to Participants and their dependents. The Plan provides life insurance benefits as well. The benefits provided are a result of collective bargaining between the Union and Participating Employers. Contributions made to the Plan are used to provide the best possible benefits consistent with sound fiscal management of the Plan.

Included in this Summary Plan Description is a special section concerning the administration of the Plan as required by the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

Please review this entire Summary Plan Description carefully so that you may become fully acquainted with the benefits available to you, how to file a claim, and your rights as an eligible Participant. This Summary Plan Description describes the current eligibility and benefit provisions. The terms of the Plan will prevail in the interpretation of questions relative to the benefits outlined in this booklet.

A Board of Trustees (the "Board") is charged with assuring that the Plan is being administered and run in the best interests of the Plan Participants. This Board is made up of equal numbers of Union and Management Trustees.

This Summary Plan Description ("SPD") is designed to help you understand your Plan. It is likely that you may have questions after reviewing this SPD and those questions should be addressed to the Plan's third-party administrator, which is responsible for the day-to-day administration of the Plan, including processing your claims, answering your questions, and performing other administrative operations:

**Benefit Programs Administration**  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017 1(800) 524-8687 or (562) 463-5060 Telephone  
(562) 463-5894 FAX

It is important to remember when reading or interpreting the Plan that changes may have been enacted by the Board. Any such amendments will supersede this document and will be binding. For your protection, only the Board can interpret or modify the Plan. Any information you receive that is not either from the Board or identified as official Board action will not be binding.

## **FINANCING BENEFITS, PLAN CHANGES, AND PLAN TERMINATION**

Benefits provided under this Plan are financed by contributions from participating employers who have signed a collective bargaining agreement with the participating affiliate of Workers United Western States Regional Joint Board (Union) as outlined in the collective bargaining agreement, or from employee contributions.

If future contributions to fund any plan of benefits are not sufficient, the Trustees reserve the right to change or discontinue (1) the types and amounts of benefits under the plan(s), and (2) the eligibility rules, including those rules providing extended eligibility even if the extended eligibility has already been accumulated.

The Trust may be terminated by the Trustees if the monies available are inadequate to pay for claims and to provide benefits. The Union and the employers may also terminate the Trust through collective bargaining. If the Trust is terminated, all benefits will cease after the assets of the Plan have been disbursed.

# TABLE OF CONTENTS

<b>SECTION</b>	<b>PAGE</b>
<b>ELIGIBILITY RULES</b> .....	<b>1</b>
Who is Eligible .....	1
Eligibility Date.....	1
Continuing Eligibility Table.....	1
Special Re-Hire Eligibility Rule.....	2
Special Eligibility Rule for Employees of Newly Organized Bargaining Unit.....	2
When will I lose my eligibility for benefits?.....	3
Termination Table.....	3
<b>ELIGIBLE DEPENDENTS</b> .....	<b>3</b>
<b>DOMESTIC PARTNER ELIGIBILITY RULES</b> .....	<b>4</b>
<b>DEPENDENT ENROLLMENT, DEPENDENT DIS-ENROLLMENT, DEPENDENT CO-PAY, AND DEPENDENT DENTAL AND VISION BENEFITS</b> .....	<b>5</b>
<b>OPEN ENROLLMENT</b> .....	<b>6</b>
<b>QUALIFIED MEDICAL CHILD SUPPORT ORDERS (QMCSO)</b> .....	<b>6</b>
<b>NEWBORN &amp; MOTHERS HEALTH PROTECTION ACT</b> .....	<b>7</b>
<b>WOMENS' HEALTH CANCER RIGHTS ACT</b> .....	<b>7</b>
<b>MEDICARE AS PRIMARY PAYER</b> .....	<b>8</b>
<b>CONSOLIDATED OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT (COBRA)</b> .....	<b>9</b>
Notification Requirements .....	14
Termination of COBRA Continuation Coverage .....	15
Payment Rate Requirements .....	16
Spouses and Your Dependent Children .....	16
Domestic Partners and Their Dependent Children .....	16
Timing of Payment Requirements.....	16
<b>CALIFORNIA CONTINUATION BENEFITS REPLACEMENT ACT (CAL-COBRA –MEDIEXCEL PARTICIPANTS ONLY)</b> .....	<b>17</b>
<b>CONTINUATION OF HEALTHCARE COVERAGE UNDER USERRA</b> .....	<b>19</b>
<b>FAMILY AND MEDICAL LEAVE ACT</b> .....	<b>20</b>

<b>HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA)</b> .....	<b>22</b>
Your Rights.....	23
Special Enrollment Periods.....	28
<b>THIRD PARTY RESPONSIBILITY</b> .....	<b>30</b>
<b>COORDINATION OF BENEFITS</b> .....	<b>31</b>
How Does Coordination Work? .....	31
Which Plan Pays First? .....	31
<b>CLAIMS PROCEDURES</b> .....	<b>32</b>
Filing a Claim for Benefits Under the Indemnity Plan .....	33
<b>WHEN CLAIMS MUST BE FILED</b> .....	<b>39</b>
<b>AUTHORIZED REPRESENTATIVES</b> .....	<b>39</b>
<b>TIMING OF NOTIFICATION OF DECISION ON CLAIMS FOR BENEFITS</b> .....	<b>39</b>
Post–Service Claims .....	39
Pre-Service Claims.....	40
Urgent Care Claims .....	40
Concurrent Claims.....	41
Other Claims.....	41
Content of Notice of Decision .....	41
Claims for Dental, Vision, AND Prescription Benefits .....	42
<b>APPEALS PROCEDURES</b> .....	<b>43</b>
Review Process.....	44
Timing of Notice of Decision on Appeal.....	45
Notice of Decision on Review .....	45
Limitation on When a Lawsuit May Be Started .....	46
External Review Procedures .....	46
Express Scripts Appeals.....	47
United Concordia Dental Benefit Appeals .....	48
MediExcel Dental Benefit Appeals.....	48
VSP Appeals .....	48
Life or Accidental Death and Dismemberment Appeals .....	49



<b>INDEMNITY PLAN BENEFITS, EXCLUSIONS AND LIMITATIONS .....</b>	<b>50</b>
Schedule of Benefits.....	50
Annual Deductible .....	50
Out of Pocket Limit .....	50
Pre-Authorization Requirements.....	50
<b>MEDICAL BENEFITS.....</b>	<b>52</b>
Percentage Payable of Covered Charges (i.e., Coinsurance of the Plan’s Allowed Amount or Qualifying Payment Amount).....	52
Mental Health and Substance Abuse Benefits.....	55
Indemnity Plan Exclusions and Limitations.....	56
<b>PRESCRIPTION DRUG BENEFITS.....</b>	<b>58</b>
<b>VISION BENEFITS.....</b>	<b>60</b>
<b>DENTAL BENEFITS.....</b>	<b>62</b>
<b>TELEMEDICINE/TELADOC BENEFITS .....</b>	<b>62</b>
<b>LIFE INSURANCE.....</b>	<b>62</b>
<b>INFORMATION REQUIRED UNDER EMPLOYEE RETIREMENT INCOME     SECURITY ACT OF 1974 (ERISA).....</b>	<b>67</b>
<b>YOUR RIGHTS UNDER ERISA .....</b>	<b>69</b>
<b>OTHER IMPORTANT INFORMATION.....</b>	<b>71</b>
Payments to Beneficiary In Lieu Of Participant.....	71
No Vested Rights.....	71
Medical Examination .....	71
Misrepresentation .....	72
Non-Assignment of Benefits .....	72
Trust Agreement & Trustee Rights .....	72
<b>QUESTIONS?.....</b>	<b>73</b>

## ELIGIBILITY RULES

An individual becomes eligible to participate in the Plan after the following criteria

---

are met: **Who is Eligible**

Those eligible are all employees of a participating employer who have completed the Plan's enrollment form and whose employment is the subject of a collective bargaining agreement between the employer and the participating affiliate of WORKERS UNITED (Union) employed in a classification for which the employer has agreed to contribute to the Trust. The level of benefits for your Plan is determined by the collective bargaining agreement between the Union and your employer and the amount of contributions made to the Plan. The Board of Trustees reserves the full power and authority to establish eligibility requirements, to determine the amount of benefits and to change eligibility requirements and benefits from time to time and without prior notice.

### Eligibility Date

#### New Hire Eligibility

These employees will become eligible on the first day of the month following the employee's fifty-ninth day of employment provided at least one contribution has been made on his behalf. For example, if you begin work with your Employer on November 6th your 59th day of employment would be January 2nd. You become eligible for coverage on February 1st provided at least one contribution has been made on your behalf.

### Continuing Eligibility Table

<b>If the required contributions are paid for the month of:</b>	<b>You will continue to be eligible for benefits during the month of:</b>
January	March
February	April
March	May
April	June
May	July
June	August
July	September
August	October
September	November
October	December

November  
December

January  
February

### **Special Re-Hire Eligibility Rule**

If you lose eligibility under the Plan for any reason and return to employment with a participating Employer and have a required contribution made before you have lost eligibility for more than six months, you will become eligible on the first day of the month coinciding with the first contribution month. For example, you leave covered employment on June 15th and your eligibility terminates on July 31st. You return to covered employment in September with a required contribution being made for October; you will re-qualify as eligible under the Plan effective October 1<sup>st</sup>. You will also be eligible for the months of November and December. If you lose eligibility for more than six months you must re-qualify under the New Hire Eligibility rules. Continued eligibility thereafter is based on the Eligibility Table shown above. In order for your dependent(s) to be eligible for coverage on your return to work, a dependent co-payment is due on the first of the month following 30 days of employment.

If you return to active employment after an absence due to a Worker's Compensation disability, you will become eligible on the first day of the month following the month in which you return to work.

### **Special Eligibility Rule for Employees of Newly Organized Bargaining Unit**

If you are an employee of a newly organized bargaining unit, which becomes a party to an initial collective bargaining agreement, you will become eligible for coverage on the first day of the month for which the first contribution on your behalf is made. For example, if your employer becomes a participating employer and is obligated to make a contribution on your behalf for the month of October, then you are eligible for coverage on October 1st.

## When will I lose my eligibility for benefits?

Unless coverage is continued under COBRA, your eligibility for benefits terminates on the last day of the calendar month following the month the last required employer contribution was paid as shown in the table below.

### Termination Table

<b>If the required contributions are last paid for the month of:</b>	<b>Your eligibility will terminate on the last day of the following month:</b>
January	February
February	March
March	April
April	May
May	June
June	July
July	August
August	September
September	October
October	November
November	December
December	January

Your eligibility for benefits will also terminate on the date the Board of Trustees terminates the benefits provided by the Plan or the Plan of Benefits to which you belong.

## ELIGIBLE DEPENDENTS

A person is considered to be your eligible dependent based on the following criteria:

**“Spouse”** means the person to whom you are legally wed. Your Spouse will be your eligible dependent if you are enrolled in dental and/or vision coverage. Your Spouse is an eligible dependent for purposes of medical coverage only if you are enrolled in the MediExcel Health Plan. Spouses are not eligible for coverage under the Aetna PPO Plan.

**“Domestic Partner”** means your partner who satisfies the Plan’s requirements to be a Domestic Partner, as described below. A Domestic Partner will be your eligible dependent on the same basis as a Spouse (see above).

**“Dependent Child(ren)”** may be your eligible dependent(s) for any coverage available under the Plan, and means your children under the age of 26; which includes natural, adopted or children placed for adoption, stepchildren, children of Domestic Partners or any children for whom by court order you are legally responsible. This also includes disabled children beyond age 26, if fully dependent upon you for support.

You will be required to submit written proof (birth certificates, marriage certificate, domestic partner affidavit) for all eligible dependents for whom you wish to receive benefits. Generally, your dependent coverage will commence on the later of (1) your eligibility effective date, or (2) the date you acquired the dependent.

In order for newborn children to be eligible for benefits under the Plan, newborn children must be enrolled within 30 days of the date of birth. A dependent co-payment is also due in order for the newborn to be enrolled. The co-payment must be made for the month of birth of the newborn as well as all subsequent months in which the child is to be enrolled. This may necessitate making dependent copayments for two months to initiate coverage. For example, if your child is born on January 20<sup>th</sup> and enrolled in the Plan on February 5<sup>th</sup>, contributions are due for January and February in order to cover the newborn child.

You are also required to submit a copy of the newborn child’s birth certificate. Although, your newborn child must be enrolled within 30 days of the date of birth, the Plan will give you up to 90 days to submit the birth certificate for your newborn dependent.

As explained above, your Spouse, Domestic Partner or Dependent Child(ren) may be your Eligible Dependent(s) based on the type of coverage in which you enroll, as follows:

Plan Type:	Spouse or Domestic Partner	Dependent Child
Aetna PPO Medical Plan	No	Yes*
MediExcel Health Plan (HMO)	Yes	Yes
Vision Service Plan	Yes	Yes
Express Scripts	No	Yes
United Concordia (Dental)	Yes	Yes
MediExcel Dental	Yes	Yes

\* subject to required dependent copayment

## **DOMESTIC PARTNER ELIGIBILITY RULES**

The Plan provides coverage to Domestic Partners, including dental and vision coverage to your Domestic Partner. However, medical coverage is offered only if you are enrolled in the MediExcel HMO plan. You may enroll your domestic partner’s children in any medical, dental and/or vision coverage if each child is under the age of 26. An eligible Domestic Partner is the partner of a Participant who meets the following requirements:

1. Both you and your Domestic Partner, whether same sex or opposite sex, are 18 years of age or older;
2. Your Domestic Partnership is registered with a governmental entity pursuant to state or local law authorizing such registration or with an internal registry maintained by at least one of their employers.

Domestic partnership benefits of state-registered domestic partnerships are not taxed by the state of California. Under federal law, Participants who cannot claim their domestic partners and/or their domestic partner's children as "dependents" under the Internal Revenue Code will need to declare their domestic partnership benefits as taxable income and pay federal income taxes on these benefits. Participants with domestic partners who have not registered their domestic partnership with the state of California will also have to declare their domestic partnership benefits as taxable income and to pay state income taxes on the non-dependents' benefits if they cannot claim their domestic partners and/or their domestic partner's children as "dependents" under the Internal Revenue Code. More information on this issue will be sent to those who apply for these benefits.

## **DEPENDENT ENROLLMENT, DEPENDENT DIS-ENROLLMENT, DEPENDENT CO-PAY, AND DEPENDENT DENTAL AND VISION BENEFITS**

### **Dependent Enrollment**

If you have eligible dependent children you would like to enroll for the medical and prescription drug coverage, you will need to complete an enrollment form. If you are enrolling a new dependent child who has never been enrolled in the Plan previously, you will need to submit a copy of that child's birth certificate in order to enroll them. If your dependent was previously enrolled and you have already submitted their birth certificate, you do not need to do so again. You will need to advise your employer that you are enrolling your dependent child(ren) so they can begin withholding the dependent co-pay from your paycheck. See below for further information about the dependent co-pay.

### **Dependent Dis-Enrollment**

If you have a dependent child(ren) you would like to dis-enroll from the medical and prescription drug coverage, you will need to complete an enrollment form listing the names of the dependents you wish to dis-enroll. If you dis-enroll your dependent children, you will generally not be able to re-enroll them until the next open enrollment period.

### **Dependent Co-Pay**

If you enroll or dis-enroll your dependent children during Open Enrollment, this may affect your payroll deduction for your medical and prescription drug coverage. If you are enrolling one or more dependent children, you need to notify your employer to begin deducting the appropriate payroll deduction. If you are dis-enrolling your dependent children, you need to notify your employer to stop deducting the payroll deduction.

The following payroll deduction is required for dependent child(ren) coverage:

One Child	\$10 per month
Two or More Children	\$20 per month

### **Dependent Enrollment/Disenrollment During Open Enrollment**

You can enroll or dis-enroll your dependent child(ren) during Open Enrollment each year. You will receive an annual notice informing you when the Open Enrollment period occurs. Your request to enroll or dis-enroll your dependent child(ren) must be received during that time. If you do not submit your enrollment form during the Open Enrollment period, subject to the rules on Special Enrollment, you will have to wait until the next Open Enrollment period to make any changes.

### **Dependent Dental and Vision Benefits**

Your enrolled dependent spouse, domestic partner, and children are eligible for the dental and vision benefits and do not require a dependent co-payment to be deducted from your paycheck. If you dis-enroll your dependent child(ren) from the medical and prescription drug coverage, they will continue to be eligible for dental and vision benefits, provided they meet the definition of an eligible dependent.

## **OPEN ENROLLMENT**

There will be an annual open enrollment period during which you can elect to participate (or cease participating) in an HMO if available and make changes in your dependent child(ren)'s enrollment.

## **QUALIFIED MEDICAL CHILD SUPPORT ORDERS (QMCSO)**

Federal law requires the Plan, under certain circumstances, to provide coverage for your children when you and your Spouse divorce or legally separate. The process begins when the plan receives a Qualified Medical Child Support Order (QMCSO). This means any judgment, decree, or order, including approval of a settlement agreement, which:

1. Issues from a court of competent jurisdiction pursuant to a state's domestic relations law;
2. Requires you to provide only the group health coverage available under the plan for your children, even though you no longer have custody; and
3. Clearly specifies:
  - a. Your name and last known mailing address and the names and addresses of each child covered by the order;
  - b. A reasonable description of the coverage to be provided;
  - c. The length of time the order applies; and

- d. Each plan affected by the order.

If the Plan receives a QMCSO, the child(ren) identified will be included for coverage as your eligible dependent. The child's custodial parent, legal guardian, or a state agency can make application for coverage, even if you do not.

Any payment for benefits made by the Plan under the QMCSO as reimbursement for expenses paid by either the child or the child's custodial parent or legal guardian must be paid to the alternate recipient or that child's custodial parent or legal guardian. Any such payments made to the custodial parent or the legal guardian or to an official of a State or its political subdivision (whose name and address are used for the address of an alternate recipient) will be treated as payment of benefits to the alternate recipient.

If you have any questions about any of these requirements or would like a copy of the QMCSO procedures (provided without charge), contact the Plan.

## **NEWBORN & MOTHERS HEALTH PROTECTION ACT**

Group health plans and health insurance issuers generally may not, under federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a normal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, plans and issuers may not, under federal law, require that a provider obtain authorization from the plan or the issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours as applicable).

The Plan provides this benefit for eligible Participants enrolled in the Aetna PPO plan, as well as for a mother who is a Participant, Spouse or Domestic Partner when the mother is enrolled in the MediExcel HMO plan.

For those Participants enrolled in the Aetna PPO plan, if a pre-authorization approval is NOT OBTAINED for an applicable out-of-network procedure, you will also be charged a penalty of \$200. If the procedure is determined to be not medically necessary, you will be charged the full cost of the procedure.

Claims for all admissions that are not certified as medically necessary will be reviewed to determine whether all or part of the inpatient stay will be covered.

## **WOMENS' HEALTH CANCER RIGHTS ACT**

If you have had or are going to have a mastectomy, you may be entitled to certain benefits under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA). For individuals receiving mastectomy-related benefits, coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient, for:

- All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;



- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- Prostheses; and
- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema.

These benefits will be provided subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under this plan.

Such coverage is also offered for Spouses and Domestic Partners but only when the Participant and the applicable beneficiary are enrolled in the MediExcel plan.

This coverage will be subject to the same co-payments and Plan Benefit Maximums that apply to mastectomies by the covered level of benefits for your Plan.

For surgical operations performed in a doctor's office, the cost of supplies and equipment in conjunction with the surgery will be provided by your covered level of benefits for your Plan not to exceed the maximum benefit for your Plan.

If you would like more information on WHCRA benefits, call your plan administrator at (800) 524-8687 or (562) 463-5060

## **MEDICARE AS PRIMARY PAYER**

Unless you elect otherwise, this Plan will provide primary coverage for you if you are an eligible employee age 65 or over and eligible for Medicare. Except as described below, if you select Medicare as your primary coverage, benefits under this Plan will cease.

If you are diagnosed with End Stage Renal Disease (ESRD), you may qualify for Medicare coverage regardless of age. You should immediately apply for Medicare Parts A and B (Medicare Part C is optional and not required) as soon as you begin dialysis treatment. If you are an active Employee or a Dependent and are eligible for Medicare because you have ESRD, this Plan will continue to provide primary coverage for the first 30 months of your eligibility for Medicare, which begins with your first dialysis treatment. Thereafter, if you are enrolled in Medicare, Medicare will provide primary coverage and the Plan will provide secondary coverage.

NOTE: Even if you are not enrolled in Medicare Parts A and B, after the initial 30-month period following your first dialysis treatment, the Plan will pay claims as if it were the secondary payer and Medicare was providing primary coverage.

As a result, if you do not enroll in Medicare Parts A and B, after the first 30 months of eligibility the Plan will only pay claims as a secondary payer, and you will be responsible for what Medicare would have otherwise paid.

## CONSOLIDATED OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT (COBRA)

The right to COBRA continuation coverage was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you and other members of your family when group health coverage would otherwise end. For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should contact the Trust Administrative Office. This extended coverage will be provided only if you are a “Qualified Beneficiary” which means you and your Dependent Child(ren) are enrolled in coverage under the Plan on the day before the Qualifying Event. You, the participant, may only elect COBRA coverage for all three benefits provided by the Plan (medical, dental and vision). However, Your Dependent Child(ren) have the option to elect either medical, or a combined benefit of dental and vision coverage separate from medical coverage. The plan does not provide medical coverage to your Spouse under the Aetna PPO plan.

If, on the day before the Qualifying Event, you were enrolled in the Aetna PPO plan, and both you and your Spouse were enrolled in the dental and vision plan, your Spouse will only be a “Qualified Beneficiary” entitled to COBRA under the combined dental and vision plan. If you and your Spouse were enrolled in the MediExcel HMO medical, dental and vision coverage on the day before the Qualifying Event, your Spouse will be a “Qualified Beneficiary” and may only elect coverage under all three benefits (medical, dental and vision). Your Domestic Partner will not receive COBRA coverage, but will receive COBRA-like coverage as discussed on page 16.

**You may have other, more cost-effective options than COBRA coverage available to you when you lose group health coverage.** For example, you may be eligible to buy an individual plan through a Health Insurance Marketplace such as CoveredCA.com or Healthcare.gov. By enrolling in coverage through the Marketplace, you may qualify for lower costs on your monthly premiums and lower out-of-pocket costs. Additionally, you may qualify for a 30-day special enrollment period for another group health plan for which you are eligible (such as a spouse’s plan), even if that plan generally doesn’t accept late enrollees.

### ***What is COBRA continuation coverage?***

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage beyond the point it would otherwise end because of a life event. This is also called a “qualifying event.”

Specific qualifying events are listed later in this notice. After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a “qualified beneficiary.” You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage must pay for COBRA continuation coverage.

If you’re an employee, you’ll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your hours of employment are reduced, or

- Your employment ends for any reason other than your gross misconduct.

If you're the spouse of an employee and are covered under the Plan when the qualifying event occurs, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your spouse dies;
- Your spouse's hours of employment are reduced;
- Your spouse's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- Your spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children who are covered under the Plan when the qualifying event occurs will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;
- The parent-employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- The parent-employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both);
- The parents become divorced or legally separated; or
- The child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent child."

### ***When is COBRA continuation coverage available?***

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrator has been notified that a qualifying event has occurred. The employer must notify the Plan Administrator of the following qualifying events:

- The end of employment or reduction of hours of employment;
- Death of the employee;
- The employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

**For all other qualifying events (divorce or legal separation of the employee and spouse or a dependent child's losing eligibility for coverage as a dependent child), you must notify the Trust Administrative Office within 60 days after the qualifying event occurs. You must provide this notice to:**

Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health & Welfare Trust Fund  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017

### ***How is COBRA continuation coverage provided?***

Once the Trust Administrative Office receives notice that a qualifying event has occurred, COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage that generally lasts for 18 months due to employment termination or reduction of hours of work. Certain qualifying events, or a second qualifying event during the initial period of coverage, may permit a beneficiary to receive a maximum of 36 months of coverage.

There are also ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended:

### **Disability extension of 18-month period of COBRA continuation coverage**

If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by Social Security to be disabled and you notify the Plan Administrator in a timely fashion, you and your entire family may be entitled to get up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 29 months. The disability would have to have started at some time before the 60th day of COBRA continuation coverage and must last at least until the end of the 18-month period of COBRA continuation coverage.

### **Second qualifying event extension of 18-month period of continuation coverage**

If your family experiences another qualifying event during the 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if the Plan is properly notified about the second qualifying event. This extension may be available to the spouse and any dependent children getting COBRA continuation coverage if the employee or former employee dies; becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); gets divorced or legally separated; or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child. This extension is only available if the second qualifying event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.

A summary of the type and duration of coverage that may be available, and who may be a Qualified Beneficiary, is as follows (“Yes” means the person may be a Qualified Beneficiary if enrolled in the applicable coverage on the day before the Qualifying Event):

Qualifying Event	Qualified Beneficiary	Aetna PPO		MediExcel HMO		Dental & Vision	Maximum Continuation Period
1. Reduction in covered employee's hours	Employee	Yes	OR	Yes	+	Yes	18 months after date of qualifying event
	Spouse/Domestic Partner	No		Yes	+	Yes	
	Dependent Child(ren) <sup>1</sup>	Yes	OR	Yes	AND/OR	Yes	
2. Termination of covered employee's employment	Employee	Yes	OR	Yes	+	Yes	18 months after date of qualifying event
	Spouse/Domestic Partner	No		Yes	+	Yes	
	Dependent Child(ren) <sup>1</sup>	Yes	OR	Yes	AND/OR	Yes	
3. Death of covered employee covered under Plan	Employee	Yes	OR	Yes	+	Yes	36 months after date of original qualifying event
	Spouse/Domestic Partner	No		Yes	+	Yes	
	Dependent Child(ren) <sup>1</sup>	Yes	OR	Yes	AND/OR	Yes	
4. Divorce of covered employee or legal separation	Employee	Yes	OR	Yes	+	Yes	36 months after date of original qualifying event
	Spouse/Domestic Partner	No		Yes	+	Yes	
	Dependent Child(ren) <sup>1</sup>	Yes	OR	Yes	AND/OR	Yes	
5. Dependent child's loss of that status under Plan	Employee	Yes	OR	Yes	+	Yes	36 months after date of original qualifying event
	Spouse/Domestic Partner	No		Yes	+	Yes	
	Dependent Child(ren) <sup>1</sup>	Yes	OR	Yes	AND/OR	Yes	
6. Covered employee's entitlement to Medicare benefits under Medicare Part A, Part B or both.	Employee	Yes	OR	Yes	+	Yes	36 months after date of original qualifying event
	Spouse/Domestic Partner	No		Yes	+	Yes	
	Dependent Child(ren) <sup>1</sup>	Yes	OR	Yes	AND/OR	Yes	

<sup>1</sup> Dependent Child(ren) are only eligible for COBRA continuation coverage if enrolled in coverage on the day before the Qualifying Event, and may only receive continuation coverage under the plan(s) in which the Participant was enrolled on the day before the Qualifying Event.

Each qualified beneficiary has an independent right to choose and pay for COBRA coverage, regardless of whether or not the covered employee elects COBRA coverage for himself or herself.

A child who is newborn or newly adopted during the COBRA coverage period becomes a qualified beneficiary entitled to COBRA in his or her own right. Such a child would, for example, be eligible for extended COBRA coverage if the covered employee dies or enrolls in Medicare during the COBRA coverage period.

In contrast, following any Qualifying Event above, you may enroll a new Spouse or Domestic Partner in coverage for which they are otherwise eligible (vision and dental), and/or a child who is not a newborn or new adoptee. However, such person(s) will not have independent COBRA rights. This means if your COBRA coverage ends for any reason, coverage for the new Spouse or Domestic Partner or Dependent Child(ren)'s coverage will also end.

After your COBRA coverage has commenced, to obtain COBRA coverage for any newborn(s) and new adoptee(s), as well as for a new Spouse and other new Dependent Child(ren), the COBRA enrollee must notify the Plan in writing within 30 days of birth, adoption, marriage, or other event leading to the acquisition of the new dependent.

For an additional charge and subject to certain notice requirements, the 18-month maximum continuation period shown in the table above may be extended for up to 29 months for the individual and the family of a qualified beneficiary determined within the first 60 days of the reduction or termination of employment to be disabled under Title II or XVI of the Social Security Act. COBRA premiums for the disabled person during this disability extension period will increase to 150% of the cost of group coverage. Notice of the disability award must be provided to the Plan within 60 days after it is issued and within the initial 18-month period of COBRA eligibility. The 11-month disability extension period will end if you and/or your Spouse, or Dependent Child(ren) are no longer disabled before the end of the disability extension period. Contact the Plan for further details about this disability extension.

The maximum continuation period is 36 months from the date of the original qualifying event, even if more than one event occurs giving rise to COBRA continuation rights. The 18-, 29-, or 36-month period of COBRA eligibility is reduced by months of free or subsidized coverage provided in the event of disability or death.

### **Are there other coverage options besides COBRA Continuation Coverage?**

Yes. Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other coverage options for you and your family through the Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP) or other group health plan coverage options (such as a spouse's plan) through what is called a "special enrollment period." Some of these options may cost significantly less than COBRA continuation coverage. You can learn more about many of these options at [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) or [Healthcare.gov](http://Healthcare.gov).

### **You may enroll in Medicare instead of COBRA continuation coverage after group health plan coverage ends**

In general, if you don't enroll in Medicare Part A or B when you are first eligible because you are still employed, after the Medicare initial enrollment period, you have an 8-month special enrollment period<sup>1</sup> to sign up for Medicare Part A or B, beginning on the earlier of:

- The month after your employment ends; or

---

<sup>1</sup> <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>.

- The month after group health plan coverage based on current employment ends.

If you don't enroll in Medicare and elect COBRA continuation coverage instead, you may have to pay a Part B late enrollment penalty and you may have a gap in coverage if you decide you want Part B later. If you elect COBRA continuation coverage and later enroll in Medicare Part A or B before the COBRA continuation coverage ends, the Plan may terminate your continuation coverage. However, if Medicare Part A or B is effective on or before the date of the COBRA election, COBRA coverage may not be discontinued on account of Medicare entitlement, even if you enroll in the other part of Medicare after the date of the election of COBRA coverage.

If you are enrolled in both COBRA continuation coverage and Medicare, Medicare will generally pay first (primary payer) and COBRA continuation coverage will pay second. Certain plans may pay as if secondary to Medicare, even if you are not enrolled in Medicare. For more information, please see the section titled "MEDICARE AS PRIMARY PAYER" on page 8 of this SPD or visit <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

### **If you have questions**

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below. For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, the Patient Protection and Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.) For more information about the Marketplace, visit [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) or [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).

### **Keep your Plan informed of address changes**

To protect your family's rights, let the Plan Administrator know about any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Plan Administrator.

### **Plan contact information:**

Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 health & Welfare Trust Fund  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
(800) 524-8687 or (562) 463-5060

### **Notification Requirements**

You or your dependents are responsible for notifying the Plan when divorce or legal separation occurs, or when a Domestic partnership ceases to qualify as such under the terms of the Plan. You must notify the Plan if a child no longer qualifies as a "Dependent Child" as defined on page 4 of this SPD. You or your dependents must also notify the Plan when the covered employee dies or enrolls in Medicare, or when a disabled person ceases

to be disabled. Notice of these events must be given within 60 days; if the required notice is not provided within the time allowed, COBRA self-payments will not be permitted.

Within 14 days after the Plan is informed in writing of an event entitling you and/or your spouse or dependent children to COBRA coverage, the office will provide detailed information concerning the coverage available and its cost. You or your dependents have 60 days to elect coverage from the later of:

1. The date coverage would be lost because of the qualifying event, or
2. The date the notice is provided to you.

### **Termination of COBRA Continuation Coverage**

COBRA continuation coverage will end before the 18-, 29-, or 36-month continuation coverage period expires if:

1. You or your dependents fail to send the required payment for COBRA coverage, postmarked by the 31st day after the payment due date;
2. You or your dependents become covered, after the date of election, by another group health plan (except a plan which excludes or limits benefits for a pre-existing condition affecting you or your dependent, and such exclusion or limitation is enforceable under Health Insurance Portability and Accountability Act);
3. You or your dependents enroll in Medicare, after the date of election;
4. Your employer ceases to maintain this health plan for eligible employees but maintains another health plan for eligible employees; or
5. You or your dependents are covered under the 11-month COBRA disability extension, but the disabled person has ceased to be disabled. You must inform the Plan within 30 days of a Social Security determination that a disabled individual is no longer disabled, in which case COBRA will terminate for all persons whose extended coverage derived from the disability.
6. Cause is found (such as fraudulent claims submission) that would result in the termination of coverage for the same category of non-COBRA participant, such as a non-COBRA Participant, Spouse, Domestic Partner and/or Dependent Child(ren).

Continuation coverage will no longer be available under this Plan if this Plan terminates.



## **Payment Rate Requirements**

### **Spouses and Your Dependent Children**

COBRA self-payment rates will be 102% of the cost of group coverage for the 18- or 36-month period. If COBRA is continued for a disabled person and eligible family members, the self-payment rates will be 150% of the cost of group coverage for the additional 11 months of coverage (19 to 29 months of coverage).

### **Domestic Partners and Their Dependent Children**

Since Domestic Partners and their Dependent Child(ren) who are covered under the Plan may be treated as if they were Qualified Beneficiaries, as explained above, the Plan may provide them COBRA-like coverage at Cal-COBRA rates. Their self-payment rates will be 110% of the cost of group coverage for the 18- or 36-month period. If continuation coverage is continued for a disabled person and eligible family members, the self-payment rates will be 150% of the cost of group coverage for the additional 11 months of coverage (19 to 29 months of coverage).

### **Timing of Payment Requirements**

COBRA coverage must be paid retroactive to the date coverage is lost under the Plan. The first COBRA payment must be postmarked within 45 days of the date you sent in your election. Subsequent payments are due on the first of the month for that month, and must be postmarked by 31 days after the due date. No benefit claim will be honored unless the required COBRA payment for the period in which the claim was incurred is sent timely.

Please note that if any health care provider, such as a doctor or pharmacy asks for the information, the Plan is required by law to make a complete disclosure of whether or not your COBRA election period has run out, or whether you have elected COBRA but not yet paid for it.

If you elect to purchase continuation coverage, coverage for your eligible family members will continue automatically unless your Spouse or Domestic Partner independently declines coverage. If you elect not to continue your coverage, your Spouse, Domestic Partner, and eligible dependent children still may do so (but only to the extent such coverage is available to them). Anyone electing continuation coverage must pay for it unless the Participant is ordered to pay for dependent COBRA coverage in accordance with a Qualified Child Medical Support Order.

### **California Insurance Marketplace (California Exchange)**

In addition to COBRA continuation coverage, there may be other options for you and your family. The California Insurance Marketplace (California Exchange) offers many health plans to choose from. Open enrollments will be held from October 15 through December 7 for coverage effective the following year. After open enrollment ends, you may have special enrollment rights under certain circumstances. More information is available from the California Exchange website at [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com). Also, you might be eligible for a tax credit that lowers your monthly premium if you are not eligible for coverage through the Trust.

**Note: If you decide to enroll in COBRA coverage and then drop your COBRA coverage, you can only enroll in the Exchange during its open enrollment period (or a special enrollment period should you experience another life event as defined by the Exchange).**

## **CALIFORNIA CONTINUATION BENEFITS REPLACEMENT ACT (CAL-COBRA –MediExcel PARTICIPANTS ONLY)**

If you are covered under the MediExcel HMO Plan and your federal COBRA coverage is exhausted, you may be able to extend medical coverage through the state of California's Cal-COBRA or convert to an individual medical policy.

If you have a qualifying event that results in less than 36 months of coverage, and you have maintained that coverage for the maximum period of time, you may be eligible to continue your medical benefits for an additional period of time under California COBRA. You can receive additional information from the HMO.

### **Conversion Option**

**NOTE:** Once COBRA Continuation of Coverage terminates, you or your Dependents (if eligible) may have the right to convert health insurance (medical only) to conversion coverage under the Right to Convert Health Insurance provisions provided by MediExcel. You must check the appropriate HMO Evidence of Coverage booklet for details regarding Conversion to Individual Plan Coverage.

To summarize, you may have conversion rights with your HMO or through Cal-COBRA self-pay rights. Contact your HMO to find out what those rights are or contact the Trust Administrative Office at (562) 463-5060 or (800) 524-8687.

### **Premium Assistance under Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP)**

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you're eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren't eligible for Medicaid or CHIP, you won't be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed below, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial **1-877-KIDS NOW** or [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, you are allowed to enroll under this health plan if you aren't already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your health plan, contact the Department of Labor at [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) or call **1-866-444-EBSA (3272)**.

**If you live in California, you may be eligible for assistance paying your health plan premiums. Contact the State of California for more information on eligibility –**

CALIFORNIA-Medicaid
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>

For information on other states' premium assistance programs visit: <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/ebsa/laws-and-regulations/laws/chipra/model-notice.pdf>. For more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor U.S. Department of Health and Human Services Employee Benefits  
Security Administration Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)

[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)

1-866-444-EBSA (3272)

1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 6156

## **CONTINUATION OF HEALTHCARE COVERAGE UNDER UNIFORMED SERVICES EMPLOYMENT AND RE-EMPLOYMENT RIGHTS ACT OF 1994 (USERRA)**

This section provides information about your rights under the Uniformed Services Employment and Reemployment ACT (“USERRA”). USERRA protects the job rights of individuals who voluntarily or involuntarily leave employment positions to undertake military service or certain types of service in the National Disaster Medical System. USERRA also prohibits employers from discriminating against past and present members of the uniformed services, and applicants to the uniformed services.

### **Military Leaves of Absence for a Period Less Than 31 Days**

USERRA provides that if you are on military leave of absence from your employment, and the period of military leave is less than thirty-one (31) days, you will continue to be eligible for health care coverage under this Plan during the leave with no self-payment required beyond the normal employee share of any premium, provided you are eligible for benefits under this Plan at the time your military leave begins.

Under this federal act, if you leave your job to perform military service, you have the right to elect to continue your existing employer-based health plan coverage for you and your dependents for up to 24 months while in the military. The maximum period of continuation coverage for health care under USERRA is the lesser of: (1) 24 months (beginning from the date you leave work due to your military leave) or (2) the day after the date you fail to timely apply for or return to a position of employment with an Employer participating in the Trust.

Congress enacted USERRA to provide protections to individuals who are members of the “uniformed services.” “Uniformed services” is defined as the Armed Forces, the Army National Guard and the Air National Guard when engaged in active duty for training, inactive duty training, or full-time National Guard duty, the commissioned corps of the Public Health Services, and any other category of persons designated by the President in time of war or national emergency. One of the protections provided by USERRA is that Employees covered under a group health plan must be given an opportunity to elect to continue coverage for themselves and/or their dependents (other than a domestic partner who does not qualify as a dependent under Internal Revenue Code Section 152) if they take leave to serve in the uniformed services (hereinafter “military leave”).

Even if you don’t elect to continue coverage during your military service, you have the right to be reinstated in your employer’s health plan when you are reemployed, generally without any waiting periods or exclusions (e.g., pre-existing condition exclusions) except for service-connected illnesses or injuries.

If you elect continuation coverage, the COBRA and USERRA continuation periods will run concurrently.

### **Military Leaves of Absence for Periods More Than 30 Days**

1. If you are on a military leave of absence from your employment, and the period of military leave is for more than thirty (30) days, USERRA permits you to

continue coverage for yourself and your dependents at your own expense at a cost of 102% for up to 24 months so long as you give your Employer advance notice (with certain exceptions) of the leave, and so long as your total leave, when added to any prior periods of leave, does not exceed 5 years.

2. The maximum period of continuation coverage for health care under USERRA is the lesser of: (1) 24 months or (2) the day after the date you fail to timely apply for or return to a position of employment with a Contributing Employer.
3. A copy of your separation papers must be submitted to the Trust Fund Office to establish your period of service.
4. If you continue coverage under USERRA, you must submit any required self-payment. If you do not elect to continue coverage during your military leave, upon your return to work, you may be entitled to be reinstated at the same benefit level immediately preceding your service before your leave if you are eligible for re-employment under the criteria established under USERRA.

The rights to self pay are governed by the same conditions described in the COBRA section. Although the coverage periods are different, if an election is made for continuation coverage under USERRA, the COBRA and USERRA coverage periods will run concurrently.

**For more information about USERRA, contact the Administrative Office.**

## **FAMILY AND MEDICAL LEAVE ACT AND CALIFORNIA FAMILY RIGHTS ACT**

Under the Family and Medical Leave Act (FMLA) and the California Family Rights Act (CFRA), your employer must continue to pay for your health coverage during any approved leave. In general, you may qualify for up to 12 weeks of unpaid, job-protected FMLA/CFRA leave each year if:

1. Your employer has at least 5 employees under the CFRA or at least 50 employees under the FMLA;
2. You worked for the employer for at least 12 months and for a total of at least 1,250 hours during the most recent 12 months; and
3. You require leave for one of the following reasons:
  - a. Birth or placement of a child for adoption or foster care,
  - b. To bond with a child (leave must be taken within one year of the child's birth or placement),
  - c. To care for your child, spouse, domestic partner, child of a domestic partner, parent, grandparent, grandchild, sibling, or designated person with a qualifying serious medical condition,

- d. Your own qualifying serious health condition that makes you unable to perform your job, or
- e. For qualifying exigencies related to the foreign deployment of a military member who is your spouse, domestic partner, child, or parent.

NOTE: A designated person is defined under the CFRA as any individual related by blood or whose association with the employee is the equivalent of a family relationship. Employees are limited to one designated person per 12-month period.

Additionally, the FMLA permits an employee to take up to 26 weeks of leave to care for a spouse, son, daughter, parent, or next of kin who is a covered servicemember with a serious injury or illness.

**Your employer is required to maintain your health coverage during the 12-week or 26-week period as the case may be, as if you were not on leave.**

**If your Employer is covered under the FMLA and/or CFRA and you are eligible for FMLA and/or CFRA leave, your Employer may have the responsibility to continue making payments into the Fund for your coverage for up to 12 weeks or 26 weeks, depending on the type of FMLA and/or CFRA leave for which you are eligible. *You must contact your Employer to determine if you are eligible for FMLA or CFRA leave.***

It is not the role of the Trustees or Plan to determine whether or not an individual employee is entitled to leave with continuing medical benefits under the federal statute, any state statute or the provisions of the collective bargaining agreement. Disputes as to the entitlement to leave with continuing medical benefits must be resolved by the employer, employee, and where applicable, the Union.

To the extent the Participants are entitled to leave with continuing medical coverage pursuant to the federal act, state legislation or provisions contained within a collective bargaining agreement, the Plan will provide continuing medical coverage so long as required monthly contributions are received from the participating employer. Rights under this section in no way affect your rights under COBRA.

**Remember that the entire area of disability and illness is complex. Therefore, should you be disabled or ill for any period of time, please notify the Administrative Office.**

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**THIS SECTION DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

### General Information

The Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health & Welfare Trust Fund (the "Plan") is committed to maintaining the confidentiality of your private medical information. This section describes our efforts to safeguard your health information from improper or unnecessary use or disclosure and your privacy rights. This section only applies to health-related information created or received by or on behalf of the Plan. We are providing this information to you because privacy regulations issued under federal law, the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, 45 CFR Parts 160 and 164 ("HIPAA"), require us to provide you with a summary of the Plan's privacy practices and related legal duties, and your rights in connection with the use and disclosure of your Plan information. We must follow the privacy practices that are described while it is in effect.

In this section, the terms "Plan," "we," "us," and "our" refer to the Plan and third parties to the extent they perform administrative services for the Plan. When third party service providers perform administrative functions for the Plan, we require them to appropriately safeguard the privacy of your information.

***Please note:***

***If you are enrolled in the MediExcel Plan (HMO), you will also receive a separate notice from your HMO provider that describes the HMO provider's specific use and disclosure of your health information. Your rights with respect to the use and disclosure of your health information are set forth in that separate notice.***

**CONTACT INFORMATION**  
If you have any questions regarding privacy practices, please contact:

Privacy Officer  
Laundry and Dry Cleaning  
Workers Local No. 52 Health &  
Welfare Trust Fund c/o Benefit  
Programs Administration  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
(800) 524-8687 or (562) 463-  
5060

## Your Rights

You have the right to:

- Get a copy of your health and claims records
- Correct your health and claims records
- Request confidential communication
- Ask us to limit the information we share
- Get a list of those with whom we've shared your information
- Get a copy of this privacy notice
- Choose someone to act for you
- File a complaint if you believe your privacy rights have been violated

## Your Choices

You have some choices in the way that we use and share information as we:

- Answer coverage questions from your family and friends
- Provide disaster relief
- Market our services and sell your information

## Our Uses and Disclosures

We may use and share your information as we:

- Help manage the health care treatment you receive
- Run our organization
- Pay for your health services
- Administer your health plan
- Help with public health and safety issues
- Do research
- Comply with the law
- Respond to organ and tissue donation requests and work with a medical examiner or funeral director
- Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests
- Respond to lawsuits and legal actions

## Your Rights

**When it comes to your health information, you have certain rights.** This section explains your rights and some of our responsibilities to help you. Federal law provides you with certain rights regarding your PHI. Parents of minor children and other individuals with legal authority to make health decisions for a Plan participant may exercise these rights on behalf of the participant, consistent with state law.

### Get a copy of health and claims records

- You can ask to see or get a copy of your health and claims records and other health information we have about you. Ask us how to do this.



- We will provide a copy or a summary of your health and claims records, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.
- However, this right does not extend to (1) psychotherapy notes, (2) information compiled in reasonable anticipation of, or for use in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding, and (3) any information, including PHI, as to which the law does not permit access. We will also deny your request to inspect and obtain a copy of your PHI if a licensed health care professional hired by the Plan has determined that giving you the requested access is reasonably likely to endanger the life or physical safety of you or another individual or to cause substantial harm to you or another individual, or that the record makes references to another person (other than a health care provider), and that the requested access would likely cause substantial harm to the other person.
- In the event that your request to inspect or obtain a copy of your PHI is denied, you may have that decision reviewed. A different licensed health care professional chosen by the Plan will review the request and denial, and we will comply with the health care professional's decision.
- You may make a request to inspect or obtain a copy of your PHI by completing the appropriate form available from the Plan. We may charge you a fee to cover the costs of copying, mailing or other supplies directly associated with your request. You will be notified of any costs before you incur any expenses.

### **Ask us to correct health and claims records**

- You can ask us to correct your health and claims records if you think they are incorrect or incomplete. Ask us how to do this.
- We may say "no" to your request, but we'll tell you why in writing within 60 days.
- You may request amendments of your PHI by completing the appropriate form available from the Plan.

### **Request confidential communications**

- You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address.
- We will consider all reasonable requests, and must say "yes" if you tell us you would be in danger if we do not.
- You may request confidential communication of your PHI by completing an appropriate form available from the Plan.

### **Ask us to limit what we use or share**

- You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations.
- We are not required to agree to your request, and we may say "no" if it would affect your care.
- The Plan will not agree to any restriction, which will cause it to violate or be noncompliant with any legal requirement. If we do agree to your requested restriction or limitation, we will honor the restriction until you agree to terminate the restriction or until we notify you that we are terminating the restriction with respect to PHI created or received by the Plan in the future.

- You may make a request for restriction on the use and disclosure of your PHI by completing the appropriate request form available from the Plan.

### **Get a list of those with whom we've shared information**

- You can ask for a list (accounting) of the times we've shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why.
- We will include all the disclosures except for those about (1) treatment, payment, and health care operations,(2) to you, (3) incident to a use or disclosure permitted or required by law, (4) pursuant to an authorization provided by you, (5) for directories or to people involved in your care or other notification purposes as permitted by law, (6) for national security or intelligence purposes, (7) to correctional institutions or law enforcement officials, (8) that are part of a limited data set, (9) that occurred more than six years before your request. We'll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.
- You may make a request for an accounting by completing the appropriate request form available from the Plan.

### **Get a copy of this privacy notice**

You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.

### **Choose someone to act for you**

- If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information.
- We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

### **File a complaint if you feel your rights are violated**

- You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us at:

#### **Privacy Officer**

**Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health & Welfare Trust Fund**  
**1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor**  
**Los Angeles, CA 90017**  
**(800) 524-8687 or (562) 463-5060 Telephone**  
**(562) 463-5894 FAX**

You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

We will not retaliate against you for filing a complaint.

## Your Choice

**For certain health information, you can tell us your choices about what we share.** If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to:

- Share information with your family, close friends, or others involved in payment for your care
- Share information in a disaster relief situation

*If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*

In these cases we *never* share your information unless you give us written permission:

- Marketing purposes
- Sale of your information

## Our Uses and Disclosures

### How do we typically use or share your health information?

To protect the privacy of your PHI, the Plan not only guards the physical security of your PHI, but we also limit the way your PHI is used or disclosed to others. We may use or disclose your PHI in certain permissible ways described below. To the extent required under federal health information privacy law, we use the minimum amount of your PHI necessary to perform these tasks. We typically use or share your health information in the following ways.

### Help manage the health care treatment you receive

We can use your health information and share it with professionals who are treating you.

*Example: A doctor sends us information about your diagnosis and treatment plan so we can arrange additional services.*

### Run our organization

We can use and disclose your information to run our organization and contact you when necessary. We may use and disclose your PHI for numerous administrative and quality control functions necessary for the Plan's proper operation.

We are not allowed to use genetic information to decide whether we will give you coverage and the price of that coverage. This does not apply to long term care plans.

Example: We use health information about you to develop better services for you.

### **Pay for your health services**

We can use and disclose your health information as we pay for your health services.

*Example: We share information about you with your dental plan to coordinate payment for your dental work.*

### **Administer your plan**

We may disclose your health information to your health plan sponsor or to business associates for plan administration.

*Example: Your company contracts with us to provide a health plan, and we provide your company with certain statistics to explain the premiums we charge.*

### **How else can we use or share your health information?**

We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information see: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Help with public health and safety issues**

We can share health information about you for certain situations such as:

- Preventing disease
- Helping with product recalls
- Reporting adverse reactions to medications
- Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
- Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety

### **Do research**

We can use or share your information for health research.

### **Comply with the law**

We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.

### **Respond to organ and tissue donation requests and work with a medical examiner or funeral director**

- We can share health information about you with organ procurement organizations.
- We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

## **Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests**

We can use or share health information about you:

- For workers' compensation claims
- For law enforcement purposes or with a law enforcement official
- With health oversight agencies for activities authorized by law
- For special government functions such as military, national security, and presidential protective services

## **Respond to lawsuits and legal actions**

We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

## **Our Responsibilities**

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

**For more information see:**

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

## **Special Enrollment Periods**

Under the provisions of HIPAA an eligible individual and eligible dependents may be enrolled during special enrollment periods.

A special enrollment period applies when you or your eligible dependent loses other health coverage or when you acquire a new eligible dependent through marriage, birth, adoption, or placement for adoption. You or your eligible dependents enrolling during a special enrollment period will not be subject to late enrollment provisions.

If you or your eligible dependent loses other health coverage you may be enrolled during a special enrollment period if all of the following requirements are met:

- a) you or your eligible dependent was covered under another group health plan or other health insurance coverage when otherwise initially eligible for coverage under this Plan; and
- b) coverage in this Plan was declined; and

c) coverage under the other group health plan or health insurance coverage was lost for one of the following reasons:

- the other group health coverage is COBRA continuation coverage and the coverage has been exhausted; or
- the other coverage is a group health plan or other health insurance coverage and has been terminated as a result of loss of eligibility, or employer contributions towards the other coverage have been terminated.
- loss of eligibility includes a loss of coverage as a result of legal separation, divorce, death, termination of employment, reduction in the number of hours of employment, and any loss of eligibility after a period that is measured by reference to any of the foregoing.
- loss of eligibility does not include a loss due to failure of the individual or the Participant to pay premiums on a timely basis or due to termination of coverage for cause, and;

d) you or your eligible dependent enrolls within 31 days of the loss of coverage.

If you have been eligible but not otherwise enrolled and if you acquire a dependent through marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you and the new eligible dependents may enroll during a special enrollment period.

The special enrollment period is 30 days, beginning on the date of the marriage, birth, adoption, or placement for adoption. If a completed request for enrollment is made during the 30-day period, the effective date of coverage will be:

- in the case of marriage, the first day of the first calendar month following the date the completed request for enrollment is received; or
- in the case of a dependent's birth, adoption or placement for adoption, the date of such birth, adoption or placement for adoption.

## THIRD PARTY RESPONSIBILITY

In case of an accident, injury, sickness, or condition, which may have been caused to you or your dependent by the act or omission of a third party, you or your dependent must complete (1) the Third Party Responsibility Information Sheet regarding the accident, injury, sickness, or condition, and (2) the Plan's Acknowledgement of Equitable Lien and Subrogation Agreement ("Agreement").

With respect to industrial/workplace injuries, you should seek all such treatment through your employer's worker's compensation provider(s) and not through this Plan. However, if you end up seeking or receiving treatment that is, or arguably is, caused by an industrial/workplace injury, payment of benefits by the Plan is also contingent upon both you and your attorney, if applicable, signing and returning the same "Acknowledgment of Equitable Lien and Subrogation Agreement."

The Agreement allows the Plan to recover the benefits it has paid or will pay relating to the accident, injury, sickness, or condition (hereafter referred to as "Accident"). The Agreement provides that you and your dependents recognize the Plan's equitable lien on any money you or they recover from a third party or from any other source (whether by settlement or judgment or otherwise) on account of that Accident. The Agreement also provides that you and your dependents separately recognize the Plan's right of subrogation with respect to any legal right you or your dependents have against such third party, again in the amount of the benefits paid to you or your dependents by the Plan. If any dependents were so injured or became ill on account of the Accident, each of them must also sign the Agreement. A parent or guardian may sign for a minor dependent.

Completion of the Agreement is a condition of eligibility for benefits under the Plan for you and your dependents. Failure to do so, or breach of such Agreement, will be grounds for denying benefits or recovery under the Plan whether or not those benefits relate to the Accident involving a third party. You or your dependent, or your attorney, may also be required to furnish the Plan with periodic reports of the status of your claim against the third party or any related claim, upon the request of the of the Plan for such information.

If you or your dependent receive a third party recovery, for example, because of injuries from an auto accident, the Plan is entitled to a first right to reimbursement from full and partial recoveries even if you or your dependent are not made whole or have not received the full damages claimed. That means that you or your dependent must reimburse the Plan 100% of the amount of the benefits the Plan paid even if you or your dependent receive no monies whatsoever out of any recovery from any source paid to you. The Plan shall also have the right of subrogation, i.e., to proceed in your name or that of your dependent, with or without your or your dependent's consent, in order to secure the right of first lien or reimbursement out of any recovery from any source which pays you or your dependent. No attorney fees or costs may be deducted from the Plan's recovery without written consent of the Plan.

Up to the amount of monies the Plan paid, the Plan shall also be entitled to reimbursement from any source liable for the Accident. If the amounts of the equitable lien, first lien, or 100% reimbursement are less than the amounts recovered by you or your dependent, you shall reimburse the Plan the entire amount of such recovery, notwithstanding attorneys' fees and costs that you or your dependent incurred in obtaining such recovery. The Plan will not be

responsible for your or your dependent's attorney's fees or costs unless the Plan has agreed in writing to pay such fees or costs. The Trustees, in their sole discretion, may waive or compromise any right to reimbursement, subrogation, or assignment.

This provision shall not be interpreted as requiring the Plan to make payments of benefits contrary to any other provision of the Plan which excludes payments of benefits.

## **COORDINATION OF BENEFITS**

Members of a family are often covered by more than one group medical or health plan. As a result, two or more plans are paying for the same expense. To avoid this costly problem, your medical Plan provides a Coordination of Benefits provision. This provision affects all your medical coverage.

### **How Does Coordination Work?**

If you or your dependents are also covered under another group plan, the total amount received from all plans will never be more than 100% of "allowable expenses." Benefits are reduced only to the extent necessary to prevent any person from making a profit on his coverage. "Allowable Expenses" are any necessary and reasonable expenses for medical or dental services, treatment or supplies, covered by one of the plans under which you or your dependents are covered.

A "plan" is considered to be any group insurance providing coverage for medical treatments or services on an insured or uninsured basis. This includes group blanket or franchise insurance coverage, group practice, and any other group prepayment coverage, labor-management trustee plans, union welfare plans, employer organization plans, any coverage under governmental programs and any coverage required or provided by law, including Mandatory State No-Fault Auto Insurance.

This Coordination of Benefits provision shall not apply to any other coverage for which you pay the entire premium.

If you are covered by another plan with an exclusive network/panel of providers, such as a Health Maintenance Organization (HMO), and benefits are not payable by either this plan or that other plan, this Coordination of Benefits provision shall not apply. For coordination between this plan and an HMO, only deductibles, coinsurance, or co-pays may be included for Coordination, and, except with respect to emergency services, only if the provider is a preferred provider under this plan as well as the HMO.

### **Which Plan Pays First?**

When there is more than one plan, one of the two or more plans involved is the "primary" plan, and the other plan(s) are "secondary." The primary plan pays the benefits first and without consideration of the other plan(s). The secondary plan(s) then make up the difference up to the total allowable expenses. No plan will pay more than it would have paid without this provision.



If one plan has no Coordination of Benefits provision, that plan is the primary plan. If multiple plans have a Coordination of Benefits provision, the primary and secondary plan(s) are determined as follows:

### **1. Active, Retired or Laid-off Employee**

The plan covering a person as an employee who is neither laid-off nor retired (or as that person's dependent) pays benefits first. The plan covering that person as a laid-off or retired employee (or as that person's dependent) pays benefits second.

### **2. Employee/Dependent**

The plan covering the person as an employee pays benefits first. The plan covering the person as a dependent pays benefits second.

### **3. Dependent Children of Parents Not Separated or Divorced**

The plan covering the parent whose birthday falls earlier in the year pays first. The plan covering the parent whose birthday falls later in the year pays second. If both parents have the same birthday, the plan which covered the parent longer pays first. The plan which covered the other parent for a shorter time pays second. A person's year of birth is not relevant in applying this rule.

### **4. Dependent Children of Separated or Divorced Parents**

When parents are separated or divorced:

- a) The plan of the natural parent with custody pays first;
- b) The plan of the spouse of the natural parent with custody (the stepparent with whom the child resides) pays next; and
- c) The plan of the natural parent not having custody of the child pays last.

This order of payment can change if there is a court order of divorce or legal separation, directing one of the parents to be financially responsible for the health care expenses of the child.

### **5. Longer/Shorter Length of Coverage**

If none of the above rules determine the order of benefits, the plan covering a person longer pays first. The plan covering that person for the shorter time pays second.

## **CLAIMS PROCEDURES**

These are the procedures for filing claims for benefits from the Indemnity Plan of the Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health and Welfare Trust Fund (the Plan). These procedures cover all Indemnity Plan benefits including hospital, doctor, prescription and drug

benefits. This section also provides information on submitting claims for other benefits, including vision, dental, prescription, and telehealth/Teladoc benefits.

## Filing a Claim for Benefits Under the Indemnity Plan

### Post-Service Claims

Post-Service Claims are claims for payment of treatment, services or supplies that have already been provided to you. **You may obtain a claim form by calling the Plan at (562) 463-5060.**

#### Pre-authorization:

Pre-authorization is required for certain covered services, including but not limited to, home health care, non-emergency inpatient hospital admissions, in-patient surgery (**if not pre-authorized, benefits are reduced**), and skilled nursing facilities. Refer to pages 36 and 37, and the section below on Pre-Service Claims and Urgent Care Claims.

Carefully fill in all required sections of the Claim Form and give it to your doctor. Your doctor should then send the completed Claim Form and his itemized bill to Aetna at the following address:

Aetna Life Insurance Company  
P.O. Box 981106  
El Paso, TX 79998-1106

**Electronic Claims Filing** – If your provider (doctor, lab, hospital, Nursing Home, etc.) submits your claim electronically, it must comply with the federal standards for electronic transmission of health claims and should include the following information:

- Patient's full name, date of birth and address
- Patient's relationship to the employee
- CPT-4 (the code for physician services and other health care services found in the *Current Procedural Terminology, Fourth Edition*, as maintained and distributed by the American Medical Association) ICD-10 (the diagnosis code found in the *International Classification of Diseases, 10th Edition, Clinical Modification* as maintained and distributed by the U.S. Department of Health and Human Services)
- Services rendered (including dates of services)

- Name of the eligible employee, his or her Social Security number, his or her Local Union number
- Billed charges (bills must be itemized with all dates of Physician visits shown)
- Number of Units (for anesthesia and certain other claims)
- Federal taxpayer identification number (TIN) and *National Provider Identifier (NPI)* of the provider
- Provider's billing name, address, phone number and professional degree or license number
- Provider's signature
- If treatment is due to accident, accident details (You will be required to sign the Acknowledgment of Lien and Subrogation Agreement to reimburse the Plan if you recover damages.)
- Information on other insurance, if any
- In the event of death, written notice of claim and a certified copy of the Death Certificate must be submitted to the Plan

**Allowed Amount/Allowable Charges** – The Plan will pay for Covered Services up to an “Allowed Amount”, or “Allowed Charge” which is the negotiated rate that a provider within the Plan’s Preferred Provider Network (PPO Provider) has agreed to accept in exchange for providing Covered Services. The Allowed Amount, or Allowed Charge for a Covered Service will not exceed the actual charge.

Under the PPO plan, in addition to an in-network provider or facility, you also have the option of choosing an out-of-network facility or provider. However, out-of-network providers/facilities do not have a contract or agreement to provide services at lower costs. So, the amount billed will likely be larger. Additionally, if you use an out-of-network provider, the Trust will pay only 60% of the usual, customary and reasonable (UCR) amount, unless it is the type of claim that falls within the scope of the No Surprises Act (NSA), for which a Qualifying Payment Amount (QPA) applies instead, as described below.

The UCR is the cost of the Covered Service, when performed by a non-PPO Provider, that does not exceed the general level of charges made by others rendering or furnishing similar services, treatments or supplies within the same, or similar, geographic area in which the Provider is located and for bodily injury or sickness that are comparable in severity and nature to the bodily injury or sickness treated, or being treated by the Provider. UCR is set at the 80th percentile of the Fair Health benchmark. This means that out of 100 providers who provide a specific service in the same or similar geographic area, the UCR will be the 80<sup>th</sup> highest.

Therefore, if you use an out-of-network provider or facility and that provider or facility charges more than the UCR amount, you will be responsible for payment of 40% of the UCR PLUS any amount above the UCR. The amount the provider charges that is more than the UCR amount is called the “balance” and the provider may bill you for that balance, as well as your 40% share of the UCR amount. As a result, the cost to you will generally be lower if you choose an in-network provider or facility.

Balance billing amounts – that is, the balance due to out-of-network providers for amounts billed above the UCR amount – are not included in your out-of-pocket maximum. This means that where the amount billed exceeds the UCR, you are responsible for paying that excess even if you have otherwise reached your out-of-pocket maximum/cap. As a result, unless the service is one for which the QPA applies, if you use an out-of-network provider, your share of the bill is 40% of the UCR plus the balance billing amount. Your share of the UCR amount will count towards your cap. However, the balance billing amount, which is any amount you are required to pay that is above the UCR, will not count towards your cap.

**Qualifying Payment Amounts (QPA)** – For items and services which fall into one of these three categories, then your share of the cost will be the same as if the services were obtained in-network, including co-payments and deductibles: (1) out-of-network emergency services, (2) nonemergency services performed by nonparticipating providers at participating facilities, and (3) air ambulance services furnished by nonparticipating providers of air ambulance services. In these circumstances, the provider payment for these items and services will be the QPA, which is the applicable median-contracted rate set by the provider network, rather than the “Allowed Amount” or “Allowable Charges” amount.

**Co-Insurance, Co-Payment and Deductible** – There is no deductible in this Plan. You may be required to pay a portion of the total Allowed Amount, Allowable Charge, or Qualifying Payment Amount, as applicable, until the total costs paid by you reach the maximum out-of-pocket expense limit (OOP Limit) established by the Plan, after which the Plan will pay the full cost of Covered Services. A Co-Insurance payment is a percentage of an Allowable Charge or QPA which is due when the Plan pays its percentage of the Allowable Charge or QPA. A Co-Payment is generally a fixed dollar amount and is due whenever you receive a Covered Service that is subject to co-payment(s). Complete descriptions of the Co-Insurance and Co-Payment amounts you may be required to pay can be found in the Summary of Benefits Coverage document that has been provided to you by the Plan.

**Recovery of Overpayments** – If a benefit payment is made by the Plan, to you or on your behalf, which exceeds the benefit amount that you are entitled to receive, the Plan has the right to require the return of the overpayment. The Plan has the right to reduce by the amount of the overpayment, any future benefit payment made to or on behalf of a Participant in the Plan. Another way that overpayments are recovered is by reducing future payments to the provider by the amount of the overpayment. These future payments may involve this Plan or other health plans that are administered by the Plan’s third-party administrator -Aetna. Under this process, Aetna reduces future payments to providers by the amount of the overpayments they received, and then credits the recovered amount to the plan that overpaid the provider. Payments to providers under this Plan are subject to this same process when Aetna recovers overpayments for other plans administered by Aetna.

This right does not affect any other right of recovery the Plan may have with respect to overpayments.

**If a provider attempts to bill you or your Dependent(s), or otherwise collect payment from you or your Dependent(s) personally, because Aetna has offset its payment to the provider due to an overpayment to the provider, please do not send any payment to the provider before contacting the Plan.**

### **Pre-Service Claims**

Pre-Service Claims are claims that require pre-authorization before treatment is rendered. Pre-authorization by Aetna is required for all items on the Aetna national precertification list, including but not limited to home health care, inpatient hospital admissions, certain behavioral services and skilled nursing facility stays.

A full list of services requiring pre-authorization can be found online <https://www.aetna.com/health-care-professionals/precertification/precertification-lists.html>.

You can also find this link on the Plan's website at <http://laundryfund.org/other-links.html>.

In addition to the items listed at the above links, you must obtain pre-authorization in the following situations:

- Non-Emergency surgeries and medical services on Aetna's precertification list
- Non-Emergency hospital admissions
- Behavioral health services, including:
  - Inpatient admissions
  - Residential treatment center (RTC) admissions
  - Partial hospitalization programs (PHPs)
  - Applied behavior analysis (ABA)
  - Transcranial magnetic stimulation (TMS)
  - All inpatient admission to a skilled nursing facility

For the services listed above and on the Aetna website, pre-authorization is required. If you receive any of these services from an in-network provider, the provider will automatically obtain the appropriate pre-authorization. If you receive these services from an out-of-network provider, you will need to check with the provider to make sure that they have obtained the appropriate pre-authorization. You can do this by asking the provider if they have obtained pre-authorization before they perform the service and referring them to the link above.

If a pre-authorization approval is not obtained for an applicable out-of-network procedure, you will be charged a penalty of \$200. If the procedure is determined to be not medically necessary, you will be charged the full cost of the procedure.

For non-emergency hospital admissions, you, your physician or the facility will need to call and request pre-authorization at least 14 days before the date you are scheduled to be admitted.

### **Urgent Care Claims-Pre-Authorization**

A request for pre-authorization is a claim involving Urgent Care if the standard 15-day deadline to notify you of a decision regarding pre-authorization could either:

- (a) seriously jeopardize your life or health or your ability to regain maximum function, or
- (b) in the opinion of a physician with knowledge of your medical condition, would subject you to severe pain that cannot be adequately managed without the medical care or treatment for which you are seeking pre-authorization.

Whether your claim is an **Urgent Care Claim** is determined by the Plan applying the judgment of a prudent layperson who possesses an average knowledge of health and medicine. Alternatively, any claim that a physician with knowledge of your medical condition determines is an **Urgent Care Claim** within the meaning described above, shall be treated as an **Urgent Care Claim**.

To initiate an Urgent Care Claim involving pre-authorization of a hospital benefit including a hospital stay in a semi-private room, certain outpatient diagnostic tests, skilled nursing facility stays, and home health care, you must call **Aetna at (888) 632-3862**. If the Urgent Care Claim involves a service or procedure not listed here, you must call the Plan at (562) 463-5060.

**EMERGENCY CARE** – Please note that the Urgent Care Claims procedures described in this notice do not apply to emergency care. If you experience a medical Emergency you should go to the nearest hospital emergency room. The term “Emergency” means the sudden onset of a condition requiring immediate treatment, including but not limited to heart attack, poisoning, loss of consciousness or convulsions. The charges for these services will be submitted as post-service claims and will be subject to the Plan’s limits and exclusions.

### **Concurrent Care Claims**

A Concurrent Claim is a claim involving an ongoing course of treatment that is reconsidered after it was initially pre-authorized and results in a reduction, termination or extension of a benefit. An example of this type of claim would be an inpatient hospital stay originally authorized for five days that is reviewed at three days to determine if the full five days is appropriate. In this situation a decision to reduce, terminate or extend treatment is made concurrently with the provision of treatment.

To request an extension or other modification of a hospital benefit including a hospital stay in a semi-private room, outpatient surgery, outpatient diagnostic of lab tests over \$500 per

procedure, skilled nursing facility stays, and home health care medical supplies, that has been pre-authorized, you or the provider must call **Aetna at (888) 632-3862**.

## **Other Claims**

If you have coverage for Term Life Insurance or Accidental Death and Dismemberment Benefits and wish to initiate a claim, contact the Plan to obtain the necessary forms and specific instructions on how to submit proof of loss. For example, claims for Death Benefits should be filed with the Plan along with a certified copy of the death certificate.

## **Eligibility Disputes**

If your claim is denied because you are not shown as eligible on the records of the Plan, your eligibility status will be resolved by the Plan in accordance with the time lines described below, depending on the classification of your claim as Urgent, Pre-Service, Post-Service, etc.

## **What is NOT a “Claim” Under These Procedures**

- Simple inquiries about the Plan’s provisions that are unrelated to any specific benefit claim will not be treated as a claim for benefits. For example, calling the Plan and asking whether the Plan covers speech therapy is not a claim for benefits.
- A request for pre-authorization regarding the Plan’s coverage of a medical treatment, service or supply that your physician has recommended is not a “claim” under these procedures unless the Plan requires you to obtain pre-authorization. For example, a request for pre-authorization of an outpatient procedure is not a mandatory condition for receiving benefits and will not be treated as a claim for benefits.
- According to federal regulations, a “claim” does not include an attempt to fill a prescription at a retail pharmacy. On the other hand, a “claim” does include attempts to have a prescription filled through the mail order pharmacy. However, in either case, if your request for a prescription is denied, in whole or in part, you may file an appeal by using the procedures described below.
- Requests for determination of whether a person is eligible for benefits will not be considered a claim under these procedures unless a specific claim for benefits is denied for lack of eligibility.

## WHEN CLAIMS MUST BE FILED

Claims for services that have been received, or death benefit claims, should be filed with the Plan within 90 days after the date the expense or loss is incurred. Your claim will not be denied or reduced due to untimely filing if you are unable to file the claim within 90 days, provided you send the claim as soon as reasonably possible but in no event later than one year from the date the expense or loss was incurred.

If the claim is not complete, you or your authorized representative will be notified of the additional evidence required to establish whether or not a claim should be paid. The Fund Administrator may, for example, request supplementary documentation or the results of a physical examination or laboratory test in order to adjudicate a medical claim. This notification will be provided to you or your authorized representative as soon as reasonably possible, but not later than five (5) days for a pre-service claim or 24 hours for an urgent care claim. For an urgent care claim, the notice may be provided to you or your representative orally, unless you or your representative requests a written notice. If you fail to cooperate with such requests, your claim may be denied.

## AUTHORIZED REPRESENTATIVES

An authorized representative, such as your spouse, may complete the claim form for you if you are unable to complete the form yourself and have previously designated the individual to act on your behalf. A form can be obtained from the Plan to designate an authorized representative. The Plan may request additional information to verify that this person is authorized to act on your behalf. Even if you have designated an authorized representative to act on your behalf, you must personally sign a claim form and file it with the Plan at least annually.

A health care professional with knowledge of your medical condition may act as an authorized representative in connection with an **Urgent Care Claim** without you having to complete the special authorization form.

## TIMING OF NOTIFICATION OF DECISION ON CLAIMS FOR BENEFITS

The time by which you will be notified of a decision on your claim for benefits will vary depending on the classification of your claim. Read each section carefully to determine which procedure is applicable to your request for benefits:

### Post-Service Claims

Ordinarily, you will be notified of a decision on your **Post-Service Claim** within 30 days from the Plan's receipt of the claim. This period may be extended one time by the Plan for up to 15 days if the extension is necessary due to matters beyond the control of the Plan. If an extension is necessary, you will be notified before the end of the initial 30-day period of the



circumstances requiring the extension of time and the date by which the Plan expects to render a decision.

If an extension is needed because the Plan needs additional information from you, the extension notice will specify the information needed. In that case you will have 45 days from receipt of the notification to supply the additional information. If the information is not provided within that time, your claim will be denied. During the period in which you are allowed to supply additional information, the normal period for making a decision on the claim will be suspended. The period for making the determination is suspended from the date of the extension notice until either 45 days or until the date you respond to the request (whichever is earlier). The Plan then has 15 days to make a decision on a **Post-Service Claim** and notify you of the determination.

### **Pre-Service Claims**

For properly filed **Pre-Service Claims**, you will be notified of a decision within 15 days from receipt of the claim unless additional time is needed. The time for response may be extended up to 15 days if necessary due to matters beyond the control of Aetna. You will be notified of the circumstances requiring the extension of time and the date by which a decision is expected to be rendered.

If an extension is needed because Aetna needs additional information from you, the extension notice will specify the information needed. In that case you and/or your doctor will have 45 days from receipt of the notification to supply the additional information. If the information is not provided within that time, your claim will be denied. During the period in which you are allowed to supply additional information, the normal period for making a decision on the claim will be suspended. The period for making the determination is suspended from the date of the extension notice until either 45 days or the date you respond to the request (whichever is earlier). Aetna then has 15 days to make a decision on a **Pre-Service Claim** and notify you of the determination.

If your provider improperly files a **Pre-Service Claim**, you and/or your provider will be notified as soon as possible but not later than 5 days after receipt of the claim, of the proper procedures to be followed in filing a claim. Notice of an improperly filed Pre-Service claim will only be sent if the claim includes (i) your name, (ii) your specific medical condition or symptom, and (iii) a specific treatment, service or product for which approval is requested. Unless the claim is re-filed properly, it will not constitute a claim.

### **Urgent Care Claims**

Unlike emergency admissions which require no pre-authorization, for an urgent admission, you, your physician or the facility will need to call before you are scheduled to be admitted. An urgent admission is a hospital admission by a physician due to the onset of or change in an illness, the diagnosis of an illness, or an injury.

If you are requesting pre-authorization of an **Urgent Care Claim**, Aetna will respond to your request with a determination by telephone as soon as possible taking into account the

medical circumstances, but not later than 72 hours after receipt of the claim by Aetna (in the case of a request for pre-authorization of a hospital benefit). The determination will also be confirmed in writing.

If an **Urgent Care Claim** is received without sufficient information to determine whether or to what extent benefits are covered or payable, your doctor will be notified as soon as possible, but not later than 24 hours after receipt of the claim, of the specific information necessary to complete the claim. You and/or your doctor must provide the specified information within two working days. If the information is not provided within that time, your claim will be denied.

Notice of the decision will be provided no later than 48 hours after receipt of the specified information, but only if the information is received within the required time frame.

If your doctor improperly files an **Urgent Care Claim**, they will be notified as soon as possible but not later than 24 hours after receipt of the claim, of the proper procedures to be followed in filing a claim. Unless the claim is re-filed properly, it will not constitute a claim.

### **Concurrent Claims**

In the event the Plan has pre-authorized an ongoing course of treatment to be provided over a period of time or a number of treatments, and a determination is made to terminate or reduce such course of treatment (other than by plan amendment or termination), you will be notified by Aetna (for inpatient hospitalization) as soon as possible, but in any event early enough to allow you to have an appeal decided before the benefit is reduced or terminated.

Any request by a claimant to extend approved Urgent Care treatment will be acted upon within 24 hours of receipt of the claim, provided the claim is received at least 24 hours prior to the expiration of the approved treatment. A request to extend approved treatment that does not involve Urgent Care will be decided according to Pre-Service or Post-Service time frames, whichever applies.

### **Other Claims**

The Plan will notify you of its decision on claims for Death Benefits or Accidental Death and Dismemberment Benefits within 90 days of receipt of the claim. This period may be extended for up to 90 additional days for special circumstances. If an extension applies, you will be notified of the extension and the circumstances prior to the expiration of the first 90-day period.

### **Content of Notice of Decision**

- You will be provided with written notice of a denial of a claim, whether denied in whole or in part. The notice will state:
- The specific reason(s) for the determination
- Reference to the specific Plan provision(s) on which the determination is based

- A description of any additional material or information necessary to perfect the claim, and an explanation of why the material or information is necessary
- A description of the appeal procedures and applicable time limits
- A statement of your right to bring a civil action under ERISA Section 502(a) following an adverse benefit determination on review, but only after first exhausting the claims and appeal procedures herein.
- If an internal rule, guideline or protocol was relied upon in deciding your claim, you will receive either a copy of the rule or a statement that it is available upon request at no charge.
- If the determination was based on the absence of medical necessity, or because the treatment was experimental or investigational, or other similar exclusion, you will receive an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, applying the terms of the Plan to your claim, or a statement that it is available upon request at no charge.
- For **Urgent Care Claims**, the notice will describe the expedited review process applicable to **Urgent Care Claims**. For **Urgent Care Claims**, the required determination may be provided orally and followed with written notification.

## **Claims for Dental, Vision, and Prescription Benefits**

**Claims for Vision Benefits** – If you have vision coverage and use a vision provider in the Vision Service Plan (VSP) member panel, you need not file a claim. VSP contracted vision providers will file vision claims directly with VSP. If you visit a VSP provider, you are responsible for the appropriate co-pay for the services rendered. If you use a vision provider that is not in the VSP member panel, you must file your claim for reimbursement directly with VSP. Further details are in the VSP member booklets. Call either the Plan or **VSP (800) 877-7195**, to get a copy of the current member booklet.

**Prescription Drug Benefits** – The Fund accesses the Express Scripts network of pharmaceutical providers and other prescription drug-related services through RxBenefits. As a result, some aspects of your prescription drug benefits are governed by RxBenefits and its rules and procedures, while others are governed by Express Scripts and its rules and procedures. Review these materials carefully to be sure you are contacting the right pharmaceutical service provider for your issue or concern. Contact information for Express Scripts and RxBenefits can be found on page B.

If you have prescription drug coverage and use a pharmacy participating in the Express Scripts (ESI) network, you need not file a claim. ESI contracted providers will file prescription drug claims directly with ESI. You are responsible for the appropriate co-payment for covered prescription drugs. If the drug is not covered, you will generally be advised as such at the pharmacy. If you must have a prescription filled on an emergency basis, contact Express Script to find out where to fill it.

**Dental HMO Plan (DHMO) and Arizona PPO Plan (AZ)** – Coverage for dental benefits is provided through United Concordia Dental Plan. In order to be eligible you must submit the appropriate enrollment form selecting a dentist from the United Concordia provider directory.

Please refer to either the DHMO plan or AZ plan documents, whichever is applicable, for the applicable claims procedures. Please also refer to these documents if you have any questions concerning out of the country coverage.

### **DHMO**

If you have dental coverage through the DHMO and use a dental provider in the United Concordia network, you need not file a claim. United Concordia providers will file dental claims directly with United Concordia. Unless it is an emergency, you may not use a provider that is not in the United Concordia network.

### **Arizona Plan**

If you have dental coverage through the Arizona Plan and use a dental provider in the United Concordia network, you need not file a claim. United Concordia providers will file dental claims directly with United Concordia. If you use a provider that is not in the United Concordia network, you must file your claim for reimbursement directly with United Concordia.

Call either the Plan or United Concordia at **(800) 937-6432** for plan documents, and enrollment and claim materials.

### **MediExcel Dental**

If you have dental coverage through MediExcel Dental and use a dental provider in the MediExcel network, you need not file a claim. MediExcel providers will file dental claims directly with MediExcel. Emergency claims are processed as appeals. Please see Appeals section on page 43 below for additional information.

## **APPEALS PROCEDURES**

This section describes the procedure for you to follow if your claim is denied in whole or in part and you wish to appeal the decision. These appeals procedures also apply and when a hospital stay pre-admission certification has been denied upon the recommendation of Aetna.

Additional information regarding appeals related to a denial of eligibility of a vision claim by Vision Service Plan, a denial of prescription benefits by Express Scripts, a denial of Life or Accidental Death and Dismemberment benefits by Prudential Life Insurance Company, or a denial of dental benefits by United Concordia or MediExcel is also provided below.

If your claim is denied in whole or in part, or if you disagree with the decision made on a claim, you may ask for a review. Your request for review must:

- be made in writing by you or your authorized representative

- state the reason(s) for disputing the denial;
- be accompanied by any pertinent material not already furnished to the Plan
- be submitted to the Plan within 180 days after you receive notice of denial

Failure to file an appeal that meets all of these criteria will constitute a waiver of your right to a review of the denial of your Claim.

Appeals involving an adverse determination of an **Urgent Care Claim** may be made by calling the Plan at **(800) 524-8687**. **Urgent claim appeals must be submitted directly to the Plan and not to Aetna.**

## **Review Process**

The review process works as follows:

You have the right to submit comments, documents, records and other information in support of your claim for benefits. Upon request and free of charge, the Plan will provide you with reasonable access to and copies of all documents, records, or other information relevant to your claim. A document, record or other information is relevant if it was relied upon by the Plan in making the decision; it was submitted, considered or generated (regardless of whether it was relied upon) in connection with the claim, it demonstrates compliance with the Plan's administrative processes for ensuring consistent decision-making; or it constitutes a statement of Plan policy regarding the denied treatment or service.

Upon request, you will be provided with the identification of medical or vocational experts, if any, that gave advice to the Plan on your claim, without regard to whether their advice was relied upon in deciding your claim.

A different person will review your appeal and such person will not be a subordinate of the person who originally denied your claim. The reviewer will not give deference to the initial adverse benefit determination. The decision will be made on the basis of the record, including such additional documents and comments that may be submitted by you relating to the claim.

If your claim was denied on the basis of a medical judgment (such as a determination that the treatment or service was not medically necessary, or was investigational or experimental), a health care professional who has appropriate training and experience in a relevant field of medicine will be consulted. Such professional will not be an individual who was consulted in connection with the initial determination that is the subject of the appeal, or any subordinate of such individual.

## Timing of Notice of Decision on Appeal

- **Pre-Service Claims:** You will be sent a notice of decision on review within 30 days of receipt of the appeal by the Plan.
- **Urgent Care Claims:** You will be sent a notice of a decision on review within 72 hours of receipt of the appeal by the Plan. **You must ensure that any urgent claim appeal is submitted directly to the Plan and not to Aetna.**
- **Post-Service Claims:** Ordinarily, decisions on appeals involving Post Service Claims will be made at the next regularly scheduled meeting of the Board of Trustees following receipt of your request for review. However, if your request for review is received in the Plan within 30 days of the next regularly scheduled meeting, your request for review may be considered at the second regularly scheduled meeting following receipt of your request. In special circumstances, a delay until the third regularly scheduled meeting following receipt of your request for review may be necessary. You will be advised in writing in advance if this extension will be necessary. Once a decision on review of your claim has been reached, you will be notified by the Plan of the decision as soon as possible, but no later than 5 days after the decision has been reached.
- **Concurrent Care Claims:** The decision will be made in the same manner as for Pre-Service, Post-Service, or Urgent Care Claims, as appropriate.
- **Other Claims:** The decision regarding an appeal involving Death or AD&D benefits will be made in the same manner as for Post-Service Claims.

## Notice of Decision on Review

The decision on any review of your claim will be given to you in writing. The notice of a denial of a claim on review will state:

- The specific reason(s) for the determination
- Reference to the specific plan provision(s) on which the determination is based
- A statement that you are entitled to receive reasonable access to and copies of all documents relevant to your claim, upon request and free of charge
- A statement of your right to bring a civil action under ERISA Section 502(a) following an adverse benefit determination on review.
- If an internal rule, guideline or protocol was relied upon by the Plan, you will receive either a copy of the rule or a statement that it is available upon request at no charge.
- If the determination was based on medical necessity, or because the treatment was experimental or investigational, or other similar exclusion, you will receive an

explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, applying the terms of the Plan to your claim, or a statement that it is available upon request at no charge.

- You and your plan may have other voluntary alternative dispute resolution options, such as mediation. One way to find out what may be available is to contact your local U.S. Department of Labor Office and your State insurance regulatory agency.
- The Board of Trustees has the discretionary authority and power to make factual findings, to fix omissions, to resolve Plan ambiguities, to construe the terms of the Plan, to make benefit eligibility determinations, and to resolve other disputes under the Plan. The denial of a claim to which the right to review has been waived, or the decision of the Board or its designated Appeals Committee with respect to a petition for review, is final and binding upon all parties including the claimant or the petitioner. You may bring a civil action under ERISA, but only after having first exhausted the claims and appeal procedures herein. Following issuance of the written decision of the Board on an appeal, there is no further right of appeal to the Board.

### **Limitation on When a Lawsuit May Be Started**

You may not file a lawsuit to obtain benefits until after you have first exhausted the claims and appeals procedures herein. A lawsuit must be filed within one-year following the date of the Plan's final determination of your appeal.

### **External Review Procedures**

After you have exhausted the Plan's internal appeals procedure (described above), and you remain unsatisfied with the final determination made by the Plan, you may choose to participate in the Plan's external review program. This program only applies if claim has been denied based on:

- Clinical reasons;
- The exclusions for Experimental or Investigational Services or Unproven Services; or
- As otherwise required by applicable law.

Effective for claims incurred on or after January 1, 2022, external review is applicable to adverse benefit determinations for items and services within the scope of the No Surprises Act, which include:

- Out-of-network emergency services

- Non-emergency services performed by nonparticipating providers at participating facilities, and
- (3) Air ambulance services furnished by nonparticipating providers of air ambulance services

This external review program offers an independent review process to review the denial of a requested service or procedure or the denial of payment for a service or procedure. The process is available at no charge to you after you have exhausted the Plan's internal appeals process and have received a final adverse benefit determination from the Plan on your internal appeal. You may request an external review by an independent review organization (IRO) within 4 months of the notice of the internal appeal denial.

The Plan's internal appeal denial notice will inform you of your right to request an external review appeal, your external review rights and your right to file suit in federal court under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 ("ERISA"), as amended. The external review will be performed by an independent Physician, or by a Physician who is qualified to decide whether the requested service or procedure is a covered health service under the Plan. The IRO has been contracted by the Plan and has no material affiliation with or interest in the Plan. The Plan will choose the IRO based on a rotating list of approved IROs. In certain cases, the independent review may be performed by a panel of Physicians, as deemed appropriate by the IRO. Within applicable time frames of the Plan's receipt of a request for independent review, the request will be forwarded to the IRO, together with:

- all relevant medical records;
- all other documents relied upon by the Plan in making a decision on the case; and
- all other information or evidence that the claimant or his or her Physician have already submitted to the Plan.

If there is any information or evidence you or your Physician wish to submit in support of your request that was not previously provided, you may include this information with the request for an independent review, and the Plan will include it with the documents forwarded to the IRO. A decision will be made within applicable time frames. If the reviewer needs additional information to make a decision, this time period may be extended. The independent review process will be expedited if you meet the criteria for an expedited external review as defined by applicable law.

### **Express Scripts Appeals**

The Fund accesses the Express Scripts network of pharmaceutical providers and other prescription drug-related services through RxBenefits. As a result, some aspects of your prescription drug benefits are governed by RxBenefits and its rules and procedures, while others are governed by Express Scripts and its rules and procedures. Review these materials carefully to be sure you are contacting the right pharmaceutical service provider for your issue or concern. Contact information for Express Scripts and RxBenefits can be found on page B.



Claims denials should be appealed to Express Scripts. If you must have a prescription filled on an emergency basis, contact Express Scripts to find out where to fill it. For additional information regarding appeals procedures related to prescription drug benefits claims, please consult the Express Scripts plan document which is administered by RxBenefits.

Appeals as to the denial of eligibility for benefits should be submitted to the Plan.

### **United Concordia Dental Benefit Appeals**

Appeals are handled by United Concordia in accordance with its claims and appeals procedures.

Please refer to either the DHMO plan or AZ plan documents, whichever is applicable, for the applicable appeals procedures. Please call either the Plan or United Concordia at (800) 937-6432 to request these documents or for additional information.

### **MediExcel Dental Benefit Appeals**

Appeals, including claims for emergency services, are handled by MediExcel in accordance with its claims and appeals procedures.

Members may submit a grievance to MediExcel through either of the following methods: (1) a telephone call to the numbers listed below; or (2) through the Plan's online grievance form located on MediExcel's website at <https://excel.network/claims/preview>

MediExcel Health Plan  
750 Medical Center Ct., Ste 2  
Chula Vista, CA 91911  
In the United States: (855) 633-4392  
In Baja California, Mexico: (664) 633-8555

Please refer to the MediExcel plan document, for applicable appeals procedures. Please call either the Plan or MediExcel at the above phone numbers to request these documents or for additional information.

### **VSP Appeals**

If a VSP member has a complaint/grievance regarding VSP and/or a VSP network provider, you may immediately call VSP Member Services at **(800) 877-7195**. If a complaint is called in and not satisfactorily resolved within five (5) calendar days, you will receive a written acknowledgment letter and a written resolution letter within thirty (30) calendar days after receipt.

For written complaints, you may log on to [www.vsp.com](http://www.vsp.com) and complete the Member Grievance/Complaint Form and send it to: VSP Complaints and Grievances, P.O. Box 2350, Sacramento, CA 95741. VSP will respond by mail to acknowledge receipt and/or provide the status of the complaint within five (5) business days. VSP will resolve your complaint within thirty (30) calendar days from the date of receipt and keep a copy of your complaint and the response on file for seven (7) years.

If the thirty (30) calendar day standard appeal process seriously threatens a member's health or ability to function, you can request an expedited, 24-hour, review of the complaint.

### **Life or Accidental Death and Dismemberment Appeals**

The appeals process is handled by the insurer as set out in the insurer's Summary Plan Description. Further information about the Life Insurance appeals procedures can be found in the insurer's Summary Plan Description and/or governing Plan Document.

## **INDEMNITY PLAN BENEFITS AND EXCLUSIONS AND LIMITATIONS**

### **Schedule of Benefits**

This SPD only contains a summary of the benefits offered by the Plan under the Plan. A separate schedule of benefits is being provided with this SPD. For more detailed information regarding the benefits offered under the Plan, please consult your Summary of Benefits and Coverages (SBC). The SBC is an integral part of this SPD and it is incorporated into this SPD by reference.

Please contact the Plan for a copy of the SBC, which may be available to you at no cost.

### **Annual Deductible**

The Plan does not currently maintain a deductible for medical related services. The Plan also does not maintain a deductible for prescription drug coverage. Please consult your SBC for additional details regarding deductibles and specific benefits.

### **Out of Pocket Limit**

The Plan's annual out-of-pocket limit (OOP maximum) for services furnished within the Plan's Preferred Provider Network is \$4,000 for individuals and \$8,000 for a family. The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services from providers within the Plan's Preferred Provider Network.

Premiums, balance-billed charges, payments for services provided by out-of-network providers, health care services that this plan does not cover, and any penalties for failure to obtain pre-authorization for services are expenses that do not count towards the Plan's out-of-pocket limit. There is no out-of-pocket limit on the amount such services and expenses.

### **Pre-Authorization Requirements**

You must obtain pre-authorization for some covered services, including but not limited to, non-emergency inpatient hospital admissions, and home health care. It is your responsibility to see that the pre-authorization requirements are followed, except as stated in the immediately following paragraph.

For in-network services, your physician is responsible for obtaining any necessary pre-authorization before you get the care. If your physician doesn't get a required pre-authorization, Aetna may not pay the provider who gives you the care. You won't have to pay either if your physician fails to obtain pre-authorization. If your physician requests pre-authorization and Aetna refuses it, you can still get the care but the Plan won't pay for it. Please refer to your SBC for additional details.

Generally, pre-authorization should be secured within the timeframes specified below. For emergency services, pre-authorization is not required, but you should notify Aetna within the timeframes listed below. You or your doctor must call Aetna at (888) 632-3862 prior to receiving these services to obtain pre-authorization.

For non- <b>emergency admissions</b> :	You, your <b>physician</b> or the facility will need to call and request <b>pre-authorization</b> at least 14 days before the date you are scheduled to be admitted.
For an <b>emergency admission</b> :	You, your <b>physician</b> or the facility must call within 48 hours or as soon as reasonably possible after you have been admitted.
For an urgent admission:	You, your <b>physician</b> or the facility will need to call before you are scheduled to be admitted. An urgent admission is a <b>hospital</b> admission by a <b>physician</b> due to the onset of or change in an <b>illness</b> , the diagnosis of an <b>illness</b> , or an <b>injury</b> .
For non-emergency medical services requiring <b>pre-authorization</b> :	You or your <b>physician</b> must call at least 14 days before the care is provided, or the treatment or procedure is scheduled.

If your pre-authorization services are approved, the approval is valid for 180 days as long as you remain enrolled in the plan.

When you have an inpatient admission to a facility, Aetna will notify you, your physician and the facility about your pre-authorized length of stay. If your physician recommends that your stay be extended, additional days will need to be pre-authorized. You, your physician, or the facility will need to call Aetna as soon as reasonably possible, but no later than the final authorized day. Aetna will review and process the request for an extended stay. You and your physician will receive a notification of an approval or denial.

If pre-authorization determines that the stay or services and supplies are not covered benefits, the notification will explain why and how the denial decision can be appealed. You or your provider may request a review of the pre-authorization decision. Please also review this SPD for the appeals procedures in the event pre-authorization is denied.

If you are unsure whether a procedure needs to be pre-authorized, please contact the Plan for assistance. Please consult your SBC for additional details regarding this requirement.

If you receive services that require pre-authorization from an out-of-network provider, you will need to check with the provider to make sure that they have obtained the appropriate pre-

authorization. You can do this by asking the provider if they have obtained pre-authorization before they perform the service and referring them to the link above.

If a pre-authorization approval is not obtained for an applicable out-of-network procedure, you will be charged a penalty of \$200. If the procedure is determined to be not medically necessary, you will be charged the full cost of the procedure.

## MEDICAL BENEFITS

### Percentage Payable of Covered Charges (i.e., Coinsurance of the Plan’s Allowed Amount or Qualifying Payment Amount)

Coinsurance is your share of the costs of a covered service, calculated as a percent of the allowed amount for the service, or when applicable, the Qualifying Payment Amount (QPA). Once your annual out-of-pocket limit has been satisfied for PPO Providers, you pay nothing for additional covered services from PPO Providers during the remainder of the plan year. Your coinsurance will be lower if you use a PPO Provider.

	Covered by Plan* / Coinsurance	
	PPO Provider	non-PPO Provider
Medical services (other than office visits and certain other procedures/services)	80% / 20%	60% / 40%
Habilitative Services	80% / 20%	60% / 40%
Rehabilitative Service	80% / 20%	60% / 40%
Emergency Room Care	80% / 20%	80% / 20%
Emergency Medical Transportation	80% / 20%	80% / 20%
Pregnancy (childbirth/delivery professional and facility services)	80% / 20%	60% / 40%
Outpatient Surgery	80% / 20%	60% / 40%
Hospital Stay	80% / 20%	60% / 40%
Skilled Nursing Care	80% / 20%	60% / 40%
Durable Medical Equipment	80% / 20%	Not covered
Hospice Services	80% / 20%	60% / 40%
Behavioral Health Services	80% / 20%	60% / 40%

\*

Please consult your SBC for additional details regarding your coinsurance rates for specific benefits.

#### Office Visits

The co-payment for all office visits is \$10 per visit. This applies to primary care physician office visits, specialist office visits, other practitioner office visits, and office visits for mental health, behavioral health or substance abuse.

### Emergency Services

To the extent required by law, you are covered for certain emergency services whether you receive treatment from a PPO Provider or a Non-PPO Provider.

The Plan will cover out-of-network emergency services (that is, emergency services provided at a Non-PPO Provider facility) if provided in connection with an emergency medical condition as though those services were provided by a PPO Provider. This means that the services you receive are subject to the same co-payments and coinsurance rates that apply at a PPO Provider facility.

If you seek services in the emergency room, your co-payment will be \$200, in addition to the 20% co-insurance. However, if you are admitted to the hospital on an inpatient basis after visiting the emergency room, the emergency room copayment of \$200 is waived.

Emergency room visits should be restricted to true emergency medical conditions and the emergency room should not necessarily be your first stop when the unexpected happens. Unnecessary emergency room visits will cost you time and money. **Non-emergency services received at the emergency room will be paid at a lower rate.** If your symptoms are not severe or life threatening but require immediate attention, use an urgent care facility. Normally, urgent care facilities are open for extended hours and available on a first-come, first-served basis. The Plan can provide or refer to you a list of network urgent care facilities.

Please consult your SBC for details regarding this benefit.

### Emergency Medical Transportation

Pre-authorization is required for transportation by fixed-wing aircraft (plane). Air ambulance services furnished by nonparticipating providers of air ambulance services falls with the scope of the surprise billing cost-sharing protections of the No Surprises Act. Therefore, your share of the cost will be the same as if the services were obtained in-network, including co-payments and deductibles.

Please consult your SBC for additional details regarding this benefit.

### Preventive Care/Screening/Immunization

The Plan will cover 100% (i.e., no copayments or coinsurance) of certain preventive care services. You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your Plan will pay for.

### Pregnancy and Childbirth/Delivery Services

There is no co-payment for routine and regularly scheduled pre-natal care office visits. These office visits are included in the provider's over-all maternity fee which includes prenatal care and delivery. However, post-natal office visits still require a \$10 office visit co-payment.

For childbirth/delivery facility services, non-routine, non-emergency inpatient maternity admissions must be pre-authorized through Aetna's medical management. If you use an out-of-network provider, the Trust will pay only 60% of the usual, customary and reasonable (UCR) amount, unless it is the type of claim that falls within the scope of the No Surprises Act.

### Abortion and Abortion-Related Services

The Plan provides covered, in-network abortion and abortion related services with no co-insurance, copayment, or any other cost-sharing requirements.

### Rehabilitative Services

The Plan provides coverage for rehabilitative services. There are no visit limits on speech therapy, occupational therapy, or physical therapy. Please consult your SBC for additional details regarding this benefit.

The Plan covers inpatient or outpatient rehabilitative care designed to restore and improve bodily functions lost due to injury or illness. This care is considered Medically Necessary only if significant improvement in body function is occurring and is expected to continue. Care (excluding speech therapy) aimed at slowing deterioration of body functions caused by neurological disease is also covered.

**Please note that occupational therapy is covered under rehabilitative services unless the service is for a workplace illness or injury covered by workers' compensation. Illnesses resulting from occupational diseases are also excluded from coverage under the Plan.**

Rehabilitative care includes:

- Physical Therapy and Occupational Therapy. To be considered physical therapy, the service must be provided by a licensed physical therapist;
- Speech Therapy if existing speech function (the ability to express thoughts, speak words, and form sentences) has been lost and the Speech Therapy is expected to restore the level of speech the individual had attained before the onset of the disease or injury; and
- Rehabilitative counseling or other help needed to return the patient to activities of daily living but excluding maintenance care or educational, vocational, or social adjustment services.

Rehabilitative care must be part of a formal written program of services consistent with your condition.

### Habilitative Services

The Plan provides coverage for habilitative services. Habilitative services are services that help you keep, learn, or improve skills and functioning for daily living (e.g., therapy for a child who is not walking or talking at the expected age). Habilitative service benefits for out-of-network providers are covered at 60% of the usual, customary and reasonable (UCR) amount.

The Plan provides coverage for Applied Behavioral Analysis (ABA) Therapy for autism spectrum disorder.

Eligible health services include habilitation therapy services your physician prescribes. The services have to be performed by:

- A licensed or certified physical, occupational or speech therapist
- A hospital, skilled nursing facility, or hospice facility
- A home health care agency
- A physician

Skilled nursing care is limited to a maximum of 30-days per person per calendar year. Habilitation therapy services have to follow a specific treatment plan, ordered by your physician.

ABA Therapy service benefits for Non-PPO Providers are covered at 60% of the usual, customary and reasonable (UCR) amount. Please consult your SBC for additional details regarding this benefit.

### Organ Transplants

While there is no dollar maximum/limit to the allowed Organ Transplant benefit, there is a 25% co-insurance payment of the Plan's allowed amount applicable to organ transplant related expenses.

The organ transplant and other related services must be pre-authorized through Aetna's medical management and in-network coverage only extends to facilities and physicians that are in the Institute of Excellence Transplant Network. Pre-authorized expenses incurred by an organ donor will be considered a covered expense if the donor does not have other coverage for this benefit. **There are no benefits for out of network providers/facilities.**

Please see the **Indemnity Plan Exclusions and Limitations** section of this SPD for additional information regarding Organ Transplant services.

### **Mental Health and Substance Abuse Benefits**

Percentage Payable of Covered Charges (i.e. Coinsurance of the Plan's allowed amount or QPA)

Covered by Plan / Coinsurance



	PPO Provider	non-PPO Provider
Inpatient mental health, behavioral health, or substance abuse services	80% / 20%	60% / 40%

The Plan will cover mental health, behavioral health, and substance abuse disorders in the same manner as any other medical condition.

There is a \$10 copayment per visit for outpatient, in-network mental health, behavioral health, and substance abuse services. No pre-authorization is required for such outpatient services.

Non-emergency inpatient admission for mental health, behavioral health, and substance abuse services must be pre-authorized through Aetna's medical management.

Please consult your SBC for details regarding these benefits. ABA therapy benefits are described under the Habilitative Services section above.

### **Indemnity Plan Exclusions and Limitations**

These exclusions and limitations are applicable to coverage under all portions of the Indemnity Plan. Benefits for the following are not payable except to the extent required by law:

- (a) expenses incurred due to illness resulting from occupational disease; for purpose of the Plan, "occupational disease" shall mean an illness for which you are entitled to benefits under the applicable Workers' Compensation Law, Occupational Disease Law, or similar legislation
- (b) expenses due to accidental bodily injuries arising out of or in the course of employment;
- (c) confinement in a hospital which is owned or operated by the Federal government;
- (d) charges which the covered individual is not required to pay;
- (e) services, supplies and treatment unless determined to be medically necessary by a legally qualified physician or other recognized professional performing services within the scope of their license;
- (f) services performed on or to the teeth, nerves of the teeth, gingival or alveolar processes, except to tumors or cysts or except as medically necessary as a result of accidental injury to natural teeth and provided such coverage through the medical plan is only provided when coverage for the condition is not provided under the separate dental benefit;
- (g) cosmetic services including cosmetic, plastic or reconstructive surgery except where the surgery is medically necessary due to a non-occupational accidental

bodily injury. This exclusion does not apply to treatment to alleviate a condition resulting from congenital defect affecting bodily function. Specifically EXCLUDED, unless medically necessary, are the following:

- 1) Surgery primarily for the purpose of improving appearance.
  - 2) Excision or reformation of any sagging skin on any part of the body.
  - 3) Any services performed in connection with the enlargement, reduction, implantation, reimplantation or change in appearance to a portion of the body including, but not limited to, the breast, face, lips, jaw, chin, nose, ears or genitals. Reconstructive surgery or prosthetic devices incident to a mastectomy are not excluded.
  - 4) Hair transplantation, implantation or any other treatment for baldness or removal of hair.
  - 5) Chemical face peels or abrasion of the skin.
  - 6) Electrolytic removal of hair.
  - 7) Charges for any other surgical or non-surgical procedures which are primarily for cosmetic purposes.
- (h) eye refractions, eye glasses, radial keratotomy, or any other surgical procedure performed to correct myopia (nearsightedness) or hyperopia (farsightedness);
- (i) medical expenses resulting from war or an act of war, declared or undeclared; participation in a felony, riot or insurrection;
- (j) any treatment for nicotine addiction;
- (k) routine inpatient newborn care expenses are not covered, other than those necessary for the treatment of sickness or bodily injury of such infant. Circumcision is not a covered benefit. However, see page 7 for benefits provided to newborns under the Newborn & Mothers Health Protection Act;
- (l) routine physical examinations or services if provided in connection with weight control;
- (m) reversal of sterilization;
- (n) treatment by acupuncture;
- (o) custodial care, regardless of who prescribes or renders such care;
- (p) fees to complete claim forms, fees for medical records or legal records;
- (q) any charges resulting from or directly related to any drug, device, medical or surgical procedure which is considered by the Plan to be experimental or investigative in nature;
- (r) organ transplants that are not medically necessary;
- (s) Pre-authorized expenses incurred by an organ donor will not be considered a covered expense if the donor has other coverage for this benefit.

- (t) Experimental/investigational organ transplants;
  - (u) treatment by any method for jaw joint problems including temporomandibular joint syndrome (TMJ) and craniomandibular disorders or other conditions of the jaw bone, skull, complex of muscles, nerves and other tissues related to that joint;
  - (v) charges incurred which are incidental to intersex (transsexual) operations or any resulting medical complications;
  - (w) pregnancy and abortion (therapeutic and elective) for dependents;
  - (x) genetic testing to establish paternity of a child or tests to determine the sex of an unborn child;
  - (y) hearing aids or the fitting thereof.
- (z) Comprehensive infertility services, including assisted reproductive technology (ART) and in vitro fertilization (IVF, or Invitro). However, the Plan will cover the cost of an initial evaluation to diagnose infertility including lab studies and the treatment of any underlying medical condition that is otherwise covered under the Plan and is determined to be the cause of infertility.
- (aa) Cost of Non-PPO provider durable medical equipment.

## **PRESCRIPTION DRUG BENEFITS**

The Fund accesses the Express Scripts network of pharmaceutical providers and other prescription drug-related services through RxBenefits. As a result, some aspects of your prescription drug benefits are governed by RxBenefits and its rules and procedures, while others are governed by Express Scripts and its rules and procedures. Review these materials carefully to be sure you are contacting the right pharmaceutical service provider for your issue or concern. Contact information for Express Scripts and RxBenefits can be found on page B.

The Prescription Drug Program consists of a network of walk-in pharmacies participating in the Express Scripts network and a mail order pharmacy through the Express Scripts mail order service plan. You may obtain your prescription drugs through either method. Further details are in the Express Scripts member booklet. Call either the Plan or Express Scripts at (888) 287-8151 to get a copy of the current member booklet.

### **Percentage Payable of Covered Charges (i.e., Coinsurance of the Plan's Allowed Amount)**

	Covered by Plan / Coinsurance
Generic Drugs (Retail and Mail) .....	100% / 0%

Preferred Brand Drugs.....	90% / 10%
Non-preferred Brand Drugs.....	80% / 20%

Preferred Brand Drugs

There is a \$15 maximum copayment for a 30-day supply of retail drugs.  
 There is a \$30 maximum copayment for a 90-day supply of mail-order drugs.

Non-Preferred Brand Drugs

There is a \$25 maximum copayment for a 30-day supply of retail drugs.  
 There is a \$50 maximum copayment for a 90-day supply of mail-order drugs.

Specialty Drugs Copayment Schedule

	<u>Copayment Amount</u>
Injectable Drugs .....	\$0
Generic Oral Drugs .....	\$10
Brand Oral Drugs .....	\$30

Vaccinations

Eligible participants may receive certain vaccines at a participating Rx Benefits or Express Scripts pharmacy, instead of going to a doctor’s office. There is no participant co-payment for this benefit when received through the pharmacy.

The following vaccines are covered under this benefit:

- Influenza
- Hepatitis
- Meningococcal
- Pneumonia
- HPV
- TDaP
- Herpes Zoster/Shingles
- Childhood Vaccine

Additionally, COVID-19 vaccinations will be available at pharmacies as well as doctors’ offices and other clinical sites of care. The vaccine will be covered under the medical or pharmacy benefit, depending on the site of administration. If the vaccine is administered by a pharmacy, it will be covered under the pharmacy benefit. If the vaccine is administered by

a doctor's office or another clinical site of care, it will be covered under the medical benefit. You may receive the vaccination from your Aetna network provider, in which case the vaccination will be covered under the medical plan. There is no co-payment for the vaccination. However, you may be subject to an office visit co-payment.

As an additional option, the CVS Minute Clinic can be found in most CVS locations, as well as inside retail outlets that contain a CVS on their premise. At the CVS Minute Clinic, you can be seen for most vaccinations, minor illnesses injections, women's services, wellness and physical exams. You may be responsible for an office co-pay at the time of service, which may vary depending on the type of service. To locate a CVS Minute Clinic in your area, you can GOOGLE 'CVS Minute Clinic' on your cell phone, tablet, lap top or computer. You can also call the Administrative Office for help in locating a CVS Minute Clinic in your area

Please consult your SBC, or [www.Express-Scripts.com](http://www.Express-Scripts.com), for additional details regarding your Prescription Drug benefits.

### **Claims and Appeals Procedures**

Please refer to page 32 of this SPD for claims procedures and to page 43 for appeals procedures involving eligibility determinations.

## **VISION BENEFITS**

The Plan offers vision benefits under Vision Service Plan (VSP). The benefits discussed herein are only a summary of the benefits provided under your VSP coverage through the Plan. Please consult your VSP brochures and schedule of benefits for additional details regarding your VSP benefits.

Dependent children, spouses, and domestic partners who have been added to an enrolled Participant's VSP coverage are eligible for vision coverage even if not enrolled under the Plan's medical plan.

Allowances and Benefits under your VSP coverage also include:

### **Retinal Screening**

For an additional co-pay, you can receive retinal screening as an enhancement to your WellVision exam. Please consult your VSP brochures for additional details regarding this benefit.

### **Laser Vision Correction**

You can receive a discount off the price of laser vision correction from contracted VSP facilities. Please consult your VSP brochures for additional details regarding this benefit.

### **Frames and Lenses**

You may obtain frames and lenses every 12 months. The Plan offers a \$130 annual allowance for a wide selection of frames. This allowance is increased to \$150 annually for featured frame brands. There is also a \$130 annual allowance for contact lenses if you choose to get them instead of frames.

### **VSP Lightcare**

VSP Lightcare allows you to use your frame and lens allowance to get non-prescription eyewear (including sunglasses and blue light filtering glasses) from VSP network doctors.

### **Diabetic Eyecare Plus Program:**

You and your dependents covered by the VSP benefit (“Covered Persons”) are also eligible for additional benefits under the Diabetic Eyecare Plus Program (“DEP Plus”) if you are diabetic.

Covered Services under the DEP:

Diabetic Covered Persons’ eye examinations are covered by DEP Plus in full after a Copayment of \$20.00. Special Ophthalmological Services are covered in full.

DEP Plus Exclusions and Limitations of Benefits:

DEP Plus provides coverage for limited, vision-related medical services. A current list of these procedures will be made available to Covered Person upon written request to VSP. The request must be submitted to VSP and not the Plan. The frequency at which these services may be provided is dependent upon the specific service and the diagnosis associated with such service.

The following are **not covered by DEP Plus:**

1. Services and/or materials not specifically included as Plan Benefits in the Diabetic Eyecare Plus Program Additional Benefit Rider. Contact VSP or the Plan for a copy of the Rider.
2. Frames, lenses, contact lenses or any other ophthalmic materials.
3. Orthoptics or vision training and any associated supplemental testing.
4. Surgery of any type, and any pre- or post-operative services.
5. Treatment for any pathological conditions.
6. An eye exam required as a condition of employment.
7. Insulin or any medications or supplies of any type.
8. Local, state and/or federal taxes, except where VSP is required by law to pay.

Please refer to page 43 of this SPD for additional information concerning complaints, grievances and appeals.

## **DENTAL BENEFITS**

Coverage for dental benefits is provided through United Concordia Dental Plan (UCCI) or MediExcel Dental. Please refer to the schedules of benefits that have been separately included with this SPD to obtain additional information regarding dental benefits.

Call either the Plan, United Concordia at **(800) 937-6432** or **MediExcel Dental** at (619) 365-4346 for enrollment materials.

### **Dental HMO Plan (DHMO) and Arizona PPO Plan (AZ)**

Please refer to page 32 of this SPD for additional information regarding claims procedures and page 43 for additional information regarding appeals procedures.

### **MediExcel Dental Plan**

Please refer to page 32 of this SPD for additional information regarding claims procedures and page 43 for additional information regarding appeals procedures.

## **TELEMEDICINE/TELADOC BENEFITS**

The Fund provides remote or so-called “telemedicine” or “teladoc” services through the Aetna network. Under this program, participants and eligible, enrolled dependent children may access licensed physicians to receive non-emergent medical consultations. These consultations generally allow the physician to diagnose the patient’s ailment, recommend therapy, and if necessary and appropriate, write a Non-DEA-controlled prescription. The program is designed to provide physician access in the states where participants and their eligible dependents live and travel. The physicians may be contacted over the telephone, internet or any other telecommunication device or network. Under the program, each physician is required to be appropriately licensed and/or certified to practice in his/her respective area(s) of practice.

There is no participant co-payment required to access this telemedicine benefit.

## **LIFE INSURANCE**

**\*\* COVERAGE PROVIDED THROUGH THE WESTERN HEALTH CARE COALITION UNDER A GROUP INSURANCE CONTRACT ISSUED BY THE PRUDENTIAL INSURANCE COMPANY OF AMERICA.**

**(GROUP CONTRACT NO. G-93876-006)**

**THE AMOUNT OF INSURANCE OF ANY PERSON SHALL BE BASED UPON THE FOLLOWING:**

Program Effective Date:

December 1, 2000

**FORMS OF INSURANCE****AMOUNT OF INSURANCE****LIFE INSURANCE BENEFIT\*\***

All Participants whose Participating Employer is included in the Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health & Welfare Trust Fund

\$5,000.00

**ACCELERATED LIFE INSURANCE BENEFIT**

An amount chosen by the Person which shall not be more than 50% of the amount of life insurance.

**ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT BENEFIT\*\***

(Principal Sum)

\$5,000.00

Refer to booklet/certificate for any limitations or exclusions which may apply.

Coverage is effective only if the Participant is eligible for the Plan in accordance with the eligibility provisions of the Plan.

\*\* Basic Term Life and Accidental Death and Dismemberment Coverages are underwritten by The Prudential Insurance Company, a Prudential Financial Company. This is intended to be a summary of your benefits and does not include all plan provisions and any exclusions and limitations which may apply. A Booklet-Certificate, with complete plan information, including limitation and exclusions, can be requested from the Plan. The eligibility provisions of this SPD will govern. If there is any other discrepancy between this document and the Group Contract/Booklet-Certificate issued by Prudential to the Western Health Care Coalition, the terms of the Group Contract will govern.

---

**FILING CLAIMS FOR LIFE AND ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT BENEFITS**

For Life Insurance, notify the Plan as soon as possible, the necessary forms will be supplied. Return the completed claim form with the necessary documents to the Plan.

The address and telephone number for any eligibility information or claim forms is:

Laundry and Dry Cleaning Workers  
Local No. 52 Health & Welfare Trust Fund  
1200 Wilshire Blvd. 5th Floor  
Los Angeles, CA 90017

(800) 524-8687 or (562) 463-5060 Telephone  
(562) 463-5894 FAX



If you have any questions regarding your claim, contact the Plan at the telephone number above. The employee Eligibility Rules outlined under the medical Plan are also applicable for Life and Accidental Death and Dismemberment coverage.

## **LIFE INSURANCE BENEFIT**

If you die from any cause while you are insured, the proceeds will be paid to your beneficiary. Upon the attainment of age 70, the amount of your Life Insurance will be reduced by 50%.

## **BENEFICIARY**

You may name anyone you wish as your beneficiary. You may change your beneficiary at any time by completing the proper form. The change will be effective when the Plan receives the completed form.

If you do not name a beneficiary, or if your beneficiary dies before you, the proceeds will be payable to the first class of surviving beneficiaries as follows:

- a) your spouse;
- b) your children;
- c) your parents;
- d) your brothers and sisters;
- e) your executors or administrators.

## **TERMINATION OF PLAN BENEFITS**

Your coverage terminates on the earliest of:

- a) the date the Board of Trustees terminates the benefits provided by the Plan or the Plan of Benefits to which you belong;
- b) cessation of contributions made on your behalf;
- c) on the date you cease to be eligible.

## **CONVERSION PRIVILEGE**

If you are no longer eligible for group life insurance due to a reduction of your life insurance or if you are no longer eligible for coverage, you may convert that benefit to any form of individual life insurance usually offered by Prudential Life Insurance Company, except for term insurance.

You will not need a medical examination. But you must complete the application form and send it with the first premium payment to Prudential Life Insurance Company no later than 31 days after your group life insurance has terminated.

The face value of your new policy cannot be more than the amount you had under the group plan. The rate you pay will depend upon your age (at the nearest birthday to the date of issue of the individual policy) and your class of risk at the time of your conversion.

You may also convert if your life insurance benefits terminate because the policy terminates. You will be considered Totally Disabled while, as a result of bodily injury or sickness, you are prevented continuously from engaging in any occupation for which you are qualified by reason of education, training or experience.

In this case, however, you must be Totally Disabled on the date the policy terminates, or you must have been covered under the group plan for at least five years. You may convert up to the amount of life insurance you have under this Plan, less any new amount you may have or for which you may become eligible under another group plan within 31 days of termination.

If you should die during the 31 day period after your group life insurance has terminated, the Life Insurance Company will pay the group life insurance benefits to the last beneficiary you named, whether or not you applied for an individual life insurance policy.

### **ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT BENEFIT (24-Hour Coverage)**

This benefit will be payable if you, while insured, sustain any of the losses mentioned below as a result of a purely accidental means. The loss must take place within 90 days from the date of the accident for the benefits to be payable. This benefit is in addition to your other benefits under this Plan.

### **WHO WILL RECEIVE BENEFITS**

For loss of life, benefits will be paid to the beneficiary you name. For any other loss, the benefits will be paid to you.

### **BENEFITS**

<b>For Loss of:</b>	<b>The Benefit Is:</b>
Life	The Principal Sum
Two Hands	The Principal Sum
Two Feet	The Principal Sum
Sight of Two Eyes	The Principal Sum
One Hand and One Foot	The Principal Sum
One Hand and Sight of One Eye	The Principal Sum
One Hand or One Foot	One-Half The Principal Sum
Sight of One Eye	One-Half The Principal Sum

If you suffer more than one loss in any one accident, no more than the full amount of your benefit will be paid. The full amount is the Principal Sum.

## **DEFINITIONS**

1. "Principal Sum" is the benefit amount shown on page 63.
2. "Loss of Hand or Foot" means that the limb is severed at or above the wrist or ankle joint.
3. "Loss of Sight" means the total and irrevocable loss of sight.

## **LOSSES THAT ARE NOT COVERED**

The Plan will not pay a benefit for any loss that is caused either directly or indirectly, or contributed to, by:

- a) Physical or mental infirmity or disease;
- b) bacterial infection, unless such infection results from accidental bodily injury;
- c) suicide or intentional self-inflicted injury while sane;
- d) participation in the commission of a felony;
- e) war, declared or undeclared, or any act of war, or any resistance to armed invasion or aggression, or international police action with force of arms by any country or by the United Nations or any other assembly of nations;
- f) active participation in a riot.

**INFORMATION REQUIRED UNDER EMPLOYEE  
RETIREMENT INCOME SECURITY ACT OF 1974  
(ERISA)**

1. Plan Name: Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health and Welfare Trust Fund

2. The Plan Sponsor and Plan Administrator:

The Board of Trustees of the Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health and Welfare Trust Fund is the Plan Sponsor and Plan Administrator. The Board of Trustees has contracted with Benefit Programs Administration to provide administrative services to the Trust.

3. The address of the Board of Trustees

Board of Trustees  
Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52  
Health and Welfare Trust Fund  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017

(800) 524-8687 or (562) 463-5060 Telephone  
(562) 463-5894 FAX

4. The address of the Administrator

Benefit Programs Administration  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017

(800) 524-8687 or (562) 463-5060 Telephone  
(562) 463-5894 FAX

5. Members of the Board of Trustees

**Employer Trustees**

Mr. Brad Champagne  
Mission Linen Supply  
702 East Montecito Street  
Santa Barbara, CA 93103

Mr. Scott Cornwell  
General Manager  
Braun Linen Services  
P.O. Box 348  
Paramount, CA 90723

**Union Trustees**

Ms. Cristina Vázquez  
Regional Manager  
Western States Regional Joint Board, Workers United  
920 South Alvarado Street  
Los Angeles, CA 90006

Ms. Maria Rivera  
Western States Regional Joint Board, Workers United  
920 South Alvarado Street  
Los Angeles, CA 90006

Ms. Evelyn Zepeda  
Western States Regional Joint Board, Workers United  
920 South Alvarado Street  
Los Angeles, CA 90006

Mr. Juan Flores  
Western States Regional Joint Board, Workers United  
920 South Alvarado Street  
Los Angeles, CA 90006

6. Employer Identification Number

The Plan's Employer Identification Number for DOL Form 5500 purposes is 95-6537860 and for IRS purposes is 95-6048415. The Plan Number is 501.

7. Record Keeping Period

The Plan runs on a calendar year basis, January 1 to December 31. The Plan's government reporting obligations are determined by its plan year.

8. Name and address of the Person Designated as Agent for the Service of Legal Process

Benefit Programs Administration  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017

9. Plan Type and Administration

The Plan is a Taft-Hartley Trust. The Plan provides Medical, Prescription Drug, Dental, Vision and Life Insurance benefits. The Plan is administered by the Board of Trustees

with the assistance of Benefit Programs Administration. The Plan is maintained pursuant to collective bargaining agreements and a Trust Indenture Establishing the Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health and Welfare Trust Fund. The collective bargaining agreements are available from the Plan upon written request and are also available for inspection at the Plan.

10. Source of Plan Contributions and the Funding Mechanism by which Benefits are provided

All contributions to the plan are made on behalf of the Participant by the employer based upon the Collective Bargaining Agreement.

A list of sponsoring employers, and their addresses, is available for review at the Plan's Administrative Office. The Plan is self-funded for Medical (with the exception of those Participants covered by the MediExcel HMO program), Prescription and Vision benefits that are paid from plan assets. The Dental, Vision and Life Insurance are provided through contracted carriers.

11. Claims and Appeals Procedures

See pages 32 through 43 above.

## **YOUR RIGHTS UNDER ERISA**

You have certain rights and protections under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

### **Getting Information**

You have the right to:

- Examine, without charge, at the Plan, all required Plan documents, including collective bargaining agreements, insurance contracts, detailed annual reports (Form 5500 series) and descriptions filed by the Plan with the U.S. Department of Labor and available at the Public Disclosure Room of the Employee Benefits Security Administration (EBSA).
- Obtain copies of all required Plan documents, such as insurance contracts, collective bargaining agreements, copies of the latest annual report and summary plan description, by writing to the Plan. The Plan can make a reasonable charge for copies.
- Receive a summary of the Plan's Annual Financial Report. The Plan is required by law to provide each member with a copy of this Summary Annual Report.

### **Continued Group Health Coverage**

- If you lose health coverage under the Plan, for which you, your Spouse (vision and dental only), Domestic Partner, or Dependent Child(ren) are otherwise eligible, and the

loss of coverage is the result of a Qualifying Event, then, you, your Spouse, Domestic Partner or your Dependent Child(ren) may have to pay for continued coverage. Review this summary plan description and the documents governing the Plan on the rules governing your COBRA continuation coverage rights.

- Upon request, no later than 24 months after losing coverage, you will be provided a Certificate of Creditable Coverage from the Plan when you lose coverage under the Plan, when you become entitled to elect COBRA continuation coverage, when your COBRA continuation coverage ceases, but only if you request it before losing coverage.

## **Fiduciary Responsibility**

In addition to creating rights for Plan Participants, ERISA imposes duties on the people responsible for operating the Plan, called “fiduciaries.” The fiduciaries have a responsibility to operate the Plan prudently and in the interest of all Plan members and eligible dependents. No one, including your employer or any other person, may fire you or discriminate against you in any way to prevent you from obtaining a welfare benefit from this Plan or from otherwise exercising your rights under ERISA.

## **Enforcing Your Rights**

If your claim for benefits is entirely or partially denied:

- You must receive a written explanation of the reason for the denial, obtain copies of documents relating to the decision without charge, and
- You have the right to have the Plan review and reconsider your claim, using the appeal procedure.

Under ERISA, there are steps you can take to enforce your rights:

- If you request a copy of plan documents or the latest annual report from the Plan and you do not receive them within 30 days, you may file suit in Federal Court. In this case, the court may require the Plan Administrator to provide the documents and possibly pay you up to \$110 a day until you receive the materials, unless the documents were not sent because of reasons beyond the control of the Plan Administrator.
- If you have a claim for benefits which is entirely or partially denied or ignored, you may file suit in a State or Federal Court, but only after having exhausted the claims and appeals procedure herein.
- If you disagree with the Plan’s decision or lack thereof concerning the qualified status of a medical child support order, you may file suit in Federal Court, but only after having exhausted the claims and appeals procedure herein.
- If it should happen that the Plan’s fiduciaries misuse the Plan’s money, or if you are discriminated against for asserting your rights, you may get help from the U.S. Department of Labor, or you may file suit in a Federal Court. The court will decide who should pay court costs and legal fees. If you are successful, the court may order that

you be paid these costs and fees. If you lose, the court may require you to pay these costs and fees (for example, if it finds your claim is frivolous).

## **Assistance with Your Questions**

If you have any questions about your plan, you should contact the Plan. If you have any questions about this statement or about your rights under ERISA, or if you need assistance in obtaining documents from the Plan, you should contact the nearest office of the Employee Benefits Security Administration (EBSA), U.S. Department of Labor, listed in your telephone directory or the Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, NW, Washington, DC 20210. You may also obtain certain publications about your rights and responsibilities under ERISA by visiting EBSA's website at <http://www.dol.gov/ebsa> or by calling the Publications Hotline of the Employee Benefits Security Administration. The toll-free telephone number is 1-866-444-3272.

## **OTHER IMPORTANT INFORMATION**

### **Payments to Beneficiary In Lieu Of Participant**

In the event the Plan determines that the Employee is incompetent or incapable of executing a valid receipt and no guardian has been appointed, or in the event the Employee has not provided the Plan with an address at which he can be located for payment, the Trust Fund may, during the lifetime of the Employee, pay any amount otherwise payable to the Employee, to the husband, wife, Domestic Partner, or relative by blood of the Employee, or to any other person or institution determined by the Plan to be equitably entitled thereto; or in the case of the death of the Employee before all amounts payable have been paid, the Plan may pay any such amount to one or more of the following surviving relatives of the Employee: lawful spouse, Domestic Partner, child or children, mother, father, brothers or sisters, or to the Employee's estate, as the Board of Trustees at its sole discretion may designate. Any payment in accordance with this provision shall discharge the obligation of the Plan hereunder to the extent of such payment.

### **No Vested Rights**

Employees and their Dependents have no accrued or vested rights to benefits under the Plan. In the event this Plan is terminated by the Board of Trustees, all benefits or premium payments to HMOs or insurance companies that would normally have been paid may not be, and any benefits available subsequent to termination will be determined by the Board of Trustees.

### **Medical Examination**

To the extent allowed by law, the Plan, at its own expense, shall have the right and opportunity to have a Physician of its choice examine the person of an Employee or



Dependent when and as often as it may reasonably require during the pendency of any claim. Proof of claim forms, as well as other forms, and methods of administration and procedure will be solely determined by the Trustees.

### **Misrepresentation**

In the event that any person, Employee, or Dependent has made any misrepresentation, whether or not intentional, in connection with claims for benefits, or has committed any other act or omission resulting in abuse or misuse of the Plan, the Board of Trustees reserves the right and authority to impose upon such Employee and Dependents such restrictions with respect to their future rights to receive benefits from the Plan as the Board of Trustees shall determine to be necessary or proper to prevent further misrepresentation or recurrence of such abuse or misuse of the program. The Board of Trustees also reserve the right to seek reimbursement for any benefits improperly paid by exercising a right of offset against future benefits, by filing a lawsuit or otherwise.

### **Non-Assignment of Benefits**

With the exception of medical benefits assigned to a medical provider, no Employee or Dependent shall have the right to assign, alienate, transfer, sell, hypothecate, mortgage, encumber, pledge, commute, or anticipate any benefit payment hereunder. Benefits hereunder shall not be subject to any legal process to levy execution upon or attachment or garnishment proceedings against for the payment of any claims.

### **Trust Agreement & Trustee Rights**

The provisions of the Plan are subject to and controlled by the provisions of the Trust Agreement and in the event of any conflict between the provisions of the Trust Agreement and the provisions of this Summary Plan Description, the Trust Agreement shall prevail.

In order for the Board of Trustees to maintain the financial integrity of the Plan while providing health and welfare benefits for Employees and Dependents, the Board of Trustees must constantly monitor and control the level of benefits offered. Therefore, the Board of Trustees expressly reserves the right, at their sole discretion and on a non-discriminatory basis, at any time, to:

- Terminate or amend the reimbursement amount or eligibility conditions with respect to any benefit, to terminate or change any benefit, or to add, increase or otherwise modify any self-payment, even though such changes may affect claims which have already accrued;
- Terminate, alter, or eliminate any HMO or prepaid plan option or HMO or prepaid benefit option;
- Terminate this Plan even though such termination affects claims, which have already accrued;
- Alter or postpone the method of payment of any benefit even though such changes may affect claims which have already accrued; or

- Amend or rescind any other provision of the Plan even though such changes may affect claims which have already accrued;
- Amend any provisions of these rules and regulations;
- Investigate and determine eligibility, dependency, and qualifications for coverage.

## **QUESTIONS?**

If you have any questions about:

- Your Plan, contact the Plan at (562) 463-5060 or (800) 524-8687.
- Your rights under ERISA, or if you need assistance in obtaining documents from the Plan Administrator, contact the nearest area office of the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, listed in your telephone directory or the Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

You may also obtain certain publications about your rights and responsibilities under ERISA by calling the Publications Hotline of the Employee Benefits Security Administration at (866) 444-3272.



Summary Plan Description  
for the  
Laundry and Dry Cleaning  
Workers Local No. 52  
Health & Welfare Trust Fund

---

Descripción Resumida  
del Plan del  
Fideicomiso De Salud Y Bienestar  
De Los Trabajadores De  
Lavanderías Y Tintorerías,  
Local n.º 52

1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor Los Ángeles, CA 90017  
Teléfono: (562) 463-5060 o (800) 524-8687  
Fax: (562) 463-5894

1 de octubre de 2023

---

En muchos casos, el Plan le permitirá recibir mejores prestaciones médicas si toma decisiones informadas. Si tiene alguna duda sobre cómo usar el Plan, comuníquese con nosotros para obtener ayuda. Los números de teléfono importantes se enumeran a continuación.

Para obtener información sobre **elegibilidad, beneficios o reclamaciones, comuníquese con:**

## **OFICINA ADMINISTRATIVA DEL PLAN**

Fideicomiso de Salud y Bienestar de Trabajadores de Lavanderías y Tintorerías  
Local N.º 52

1200 Wilshire Blvd. 5<sup>th</sup> Floor

Los Ángeles, CA 90017 Teléfono: (562) 463-5060 o (800) 524-8687

Fax: (562) 463-5894

Sitio web del fideicomiso: <http://www.laundryfund.org>

Para obtener información sobre los **proveedores de la red** y para obtener una **revisión de servicios médicos**:

### **Organización de Proveedores Preferidos de Aetna (PPO)**

Para buscar un proveedor participante, llame al: (800) 524-8687

Directorio de proveedores de Aetna:

[https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchLanding&site\\_id=DirectLink&planValue=NSPMC%7CAetna Choice POS II Open Access](https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchLanding&site_id=DirectLink&planValue=NSPMC%7CAetna Choice POS II Open Access)

**Antes de** cualquier cirugía con internación que no sea de emergencia, todas las hospitalizaciones, tomografías computarizada o por emisión de positrones y resonancias magnéticas, debe obtener una autorización previa de Aetna. Encontrará una lista completa de los servicios que requieren autorización previa en

<https://www.aetna.com/health-care-professionals/precertification/precertification-lists.html>.

Si está inscrito en el **Plan Médico o en el Plan Dental de MediExcel**, póngase en contacto con MediExcel para obtener más información:

### **Plan de Salud MediExcel**

Teléfono: (619) 565-2570

Directorio de proveedores de MediExcel: <https://excel.network/physicians/provider-list/>

Se le podrá proporcionar una lista de proveedores sin cargo previa solicitud por escrito.

Para obtener información sobre todos los otros tipos de cobertura, como su **cobertura oftalmológica** (VSP), **medicamentos recetados**, incluidos los inyectables (Express Scripts mediante RxBenefits), **servicios de atención odontológica** (United Concordia), comuníquese con:

### **Vision Service Plan (VSP)**

Teléfono: (800) 877-7195

Página web: [www.vsp.com](http://www.vsp.com)

Directorio de proveedores: <https://www.vsp.com/eye-doctor>

## **RxBenefits**

Teléfono: (800) 377-1614

Página web: [www.rxbenefits.com](http://www.rxbenefits.com)

## **Express Scripts**

Teléfono: (888) 287-8151

Sitio web: [www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com)

Directorio de proveedores de Express Scripts: [www.express-scripts.com/RxBenefits](http://www.express-scripts.com/RxBenefits)

## **United Concordia**

Teléfono: (800) 937-6432

Página web: [www.ucci.com](http://www.ucci.com)

Directorio de proveedores: <https://www.unitedconcordia.com/find-a-dentist/#/>

**DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN**  
**para el**  
**Fideicomiso de Salud y Bienestar de Trabajadores de Lavanderías y**  
**Tintorerías del Local N.º 52**

A todos los participantes del Plan:

El FONDO FIDUCIARIO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES DE LAVANDERÍA Y TINTORERÍA, LOCAL N.º 52 (el "Plan") se constituyó para brindar cobertura médica, odontológica, oftalmológica y de medicamentos recetados a los participantes y a sus dependientes. El Plan también brinda prestaciones de seguro de vida. Las prestaciones proporcionadas son el resultado del convenio colectivo entre el Sindicato y los empleadores participantes. Los aportes que se realicen al Plan se utilizan para brindar los mejores beneficios posibles compatibles con una sólida gestión fiscal del Plan.

En esta Descripción Resumida del Plan se incluye una sección especial relacionada con la administración del Plan según lo exige la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (ERISA).

Revise con detenimiento esta Descripción resumida del plan en su totalidad para familiarizarse por completo con los beneficios disponibles para usted, el procedimiento para presentar reclamaciones y sus derechos como participante elegible. En esta Descripción resumida del plan, se explican las disposiciones actuales sobre elegibilidad y beneficios. Los términos del Plan prevalecerán para la interpretación de las preguntas relativas a los beneficios resumidos en este folleto.

Un Consejo Directivo (el "Consejo") está a cargo de garantizar que el Plan se administre y dirija en función de los intereses de los participantes del Plan. Este Consejo está compuesto por fiduciarios sindicales y fiduciarios administrativos en igual cantidad.

Esta Descripción resumida del plan ("DRP") está diseñada para ayudarlo a comprender su plan. Es probable que tenga dudas después de leer esta DRP, y debe enviar esas consultas al administrador externo del Plan, que es el responsable de la administración diaria del Plan que se encarga de procesar sus reclamaciones, responder sus preguntas y otras operaciones administrativas:

**Administración de Programas de Beneficios**

1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Ángeles, CA 90017 1(800) 524-8687 o (562) 463-5060 Teléfono  
(562) 463-5894 FAX

Al leer o interpretar el Plan, es importante que recuerde que es posible que el Consejo haya establecido modificaciones. Todas estas modificaciones prevalecerán por sobre este documento y tendrán efecto vinculante. Para su protección, solo el Consejo tiene la facultad de interpretar o modificar el Plan. Cualquier dato que reciba que no provenga del Consejo o que no esté identificado como una medida oficial del Consejo no será vinculante.

## **BENEFICIOS DE FINANCIAMIENTO, MODIFICACIONES EN EL PLAN Y RESCISIÓN DEL PLAN**

Los beneficios que se le brindan en virtud de este Plan se financian con aportes de empleadores participantes que han firmado un convenio colectivo de trabajo con el afiliado participante de Workers United Western States Regional Joint Board (el Sindicato), según se describe en el convenio colectivo, o con aportes de los empleados.

Si los aportes futuros para financiar cualquier plan de beneficios no son suficientes, los Fiduciarios se reservan el derecho de modificar o discontinuar (1) los tipos y los importes de los beneficios en virtud de plan, y (2) las normas de elegibilidad, incluidas aquellas que otorgan elegibilidad por un período extendido, incluso si ya se ha acumulado dicha extensión de la elegibilidad.

Los Fiduciarios podrán rescindir el Fideicomiso si el dinero disponible no es suficiente para pagar las reclamaciones y proporcionar beneficios. El Sindicato y los empleadores también podrán rescindir el Fideicomiso mediante un convenio colectivo. Si se rescinde el Fideicomiso, todos los beneficios quedarán suspendidos una vez que se hayan abonado los activos del Plan.



## ÍNDICE

SECCIÓN	PÁGINA
<b>NORMAS DE ELEGIBILIDAD.....</b>	<b>1</b>
Empleados elegibles .....	1
Fecha de elegibilidad.....	1
Tabla de continuidad de la elegibilidad .....	1
Norma especial de elegibilidad para reincorporaciones .....	2
Norma especial de elegibilidad para empleados de una unidad de negociación recién constituida .....	2
¿Cuándo perderé la elegibilidad para recibir beneficios?.....	3
Tabla de finalización de la elegibilidad.....	3
<b>DEPENDIENTES ELEGIBLES.....</b>	<b>3</b>
<b>NORMAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA PAREJA DE HECHO .....</b>	<b>4</b>
<b>INSCRIPCIÓN, BAJA, COPAGO Y BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS Y OFTALMOLÓGICOS DE DEPENDIENTES .....</b>	<b>5</b>
<b>INSCRIPCIÓN ABIERTA .....</b>	<b>6</b>
<b>ÓRDENES CALIFICADAS DE MANUTENCIÓN MÉDICA INFANTIL (QMCSO).....</b>	<b>6</b>
<b>LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES....</b>	<b>7</b>
<b>LEY DE DERECHOS DE LAS MUJERES SOBRE SALUD Y CÁNCER.....</b>	<b>7</b>
<b>MEDICARE COMO PAGADOR PRINCIPAL .....</b>	<b>8</b>
<b>LEY ÓMNIBUS CONSOLIDADA DE CONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA (COBRA).....</b>	<b>9</b>
Requisitos de notificación.....	14
Finalización de la continuación de la cobertura de COBRA .....	15
Requisitos de tarifas de pago .....	16
Cónyuges e Hijos Dependientes .....	16
Parejas de Hecho y sus Hijos Dependientes .....	16
Requisitos de plazos de pago .....	16
<b>LEY DE REEMPLAZO CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS DE CALIFORNIA (SOLO PARTICIPANTES EN CAL-COBRA O MEDIEXCEL) .....</b>	<b>17</b>
<b>CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN VIRTUD DE LA LEY USERRA.....</b>	<b>19</b>
<b>LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA DE 1993 .....</b>	<b>20</b>
<b>LEY DE TRANSFERIBILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA)22</b>	

Sus derechos.....	23
Períodos de inscripción especiales .....	28
<b>RESPONSABILIDAD DE TERCEROS .....</b>	<b>30</b>
<b>COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....</b>	<b>31</b>
¿Cómo funciona la coordinación? .....	31
¿Qué plan paga primero?.....	31
<b>PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES.....</b>	<b>32</b>
Presentación de reclamaciones de beneficios según el Plan de Indemnización .....	33
<b>CUÁNDO DEBEN PRESENTARSE LAS RECLAMACIONES .....</b>	<b>39</b>
<b>REPRESENTANTE AUTORIZADO .....</b>	<b>39</b>
<b>PLAZOS DE NOTIFICACIÓN DE LA DETERMINACIÓN SOBRE LAS RECLAMACIONES DE BENEFICIOS .....</b>	<b>39</b>
Reclamaciones posteriores al servicio .....	39
Reclamaciones Previas al Servicio.....	40
Reclamaciones de Atención Urgente .....	40
Reclamaciones simultáneas .....	41
Otras reclamaciones.....	41
Contenido de la notificación de la determinación .....	41
Reclamaciones de prestaciones dentales, oftalmológicas y de medicamentos recetados.....	42
<b>PROCEDIMIENTOS DE APELACIONES .....</b>	<b>43</b>
Proceso de revisión .....	44
Plazos de notificación de la determinación sobre la apelación.....	45
Anuncio de decisión sobre la revisión .....	45
Limitaciones temporales para iniciar una demanda.....	46
Procedimientos de revisión externa.....	46
Apelaciones de Express Scripts .....	47
Apelaciones de beneficios odontológicos de United Concordia .....	48
Apelaciones de beneficios odontológicos de MediExcel .....	48
Apelaciones de VSP.....	48
Apelaciones por beneficios de seguro de vida o muerte accidental y desmembramiento.....	49
<b>BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN DE INDEMNIZACIÓN.....</b>	<b>50</b>

Programa de beneficios.....	50
Deducible anual.....	50
Límite de gastos de bolsillo .....	50
Requisitos de autorización previa.....	50
<b>BENEFICIOS MÉDICOS .....</b>	<b>52</b>
Porcentaje por pagar de los cargos cubiertos (es decir, coseguro del monto permitido del Plan o importe de pago calificado).....	52
Beneficios de salud mental y por abuso de sustancias .....	55
Exclusiones y limitaciones del Plan de Indemnización .....	56
<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS .....</b>	<b>58</b>
<b>BENEFICIOS OFTALMOLÓGICOS.....</b>	<b>60</b>
<b>BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS.....</b>	<b>62</b>
<b>BENEFICIOS DE TELEMEDICINA Y CONSULTAS MÉDICAS EN LÍNEA.....</b>	<b>62</b>
<b>SEGURO DE VIDA.....</b>	<b>62</b>
<b>INFORMACIÓN EXIGIDA SEGÚN LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE     JUBILACIÓN DE EMPLEADOS DE 1974 (ERISA) .....</b>	<b>67</b>
<b>SUS DERECHOS EN VIRTUD DE LA LEY ERISA .....</b>	<b>69</b>
<b>OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE .....</b>	<b>71</b>
Pagos al beneficiario en lugar del Participante.....	71
Sin derechos adquiridos .....	71
Examen médico.....	71
Declaraciones falsas .....	71
Sin derechos de cesión de beneficios .....	72
Contrato de fideicomiso y derechos fiduciarios .....	72
<b>¿TIENE ALGUNA PREGUNTA?.....</b>	<b>73</b>

# NORMAS DE ELEGIBILIDAD

Una persona comienza a ser elegible para inscribirse al Plan una vez que reúne las siguientes condiciones: **Empleados elegibles**

---

Se considerarán elegibles todos los empleados de un empleador participante que hayan completado el formulario de inscripción del Plan, cuyo empleo esté contemplado en un convenio colectivo de trabajo entre el empleador y el participante afiliado a WORKERS UNITED (el Sindicato) y pertenezca a una clasificación por la cual el empleador haya aceptado aportar al Fideicomiso. El nivel de beneficios para su Plan se determina según el convenio colectivo de trabajo entre el Sindicato y su empleador, y la cantidad de aportes efectuados al Plan. El Consejo Directivo se reserva la facultad y la autoridad plenas para establecer los requisitos de elegibilidad, determinar la cantidad de beneficios y para modificar los requisitos de elegibilidad y los beneficios de manera oportuna y sin notificación previa.

## Fecha de elegibilidad

### Requisitos para las nuevas contrataciones

Los empleados contratados a partir del 4 de octubre de 2013 serán elegibles el primer día del mes siguiente tras cumplir cincuenta y nueve días en el empleo, con la condición de que se haya realizado por lo menos un aporte en su nombre. Por ejemplo, si comienza a trabajar con su empleador el 6 de noviembre, su 59.º día de empleo será el 2 de enero. Pasará a ser elegible para la cobertura el 1.º de febrero, si se ha realizado por lo menos un aporte en su nombre.

## Tabla de continuidad de la elegibilidad

<b>Si se abonan los aportes exigidos correspondientes al mes de:</b>	<b>Usted conservará su elegibilidad para recibir los beneficios durante el mes de:</b>
Enero	Marzo
Febrero	Abril
Marzo	Mayo
Abril	Junio
Mayo	Julio
Junio	Agosto
Julio	Septiembre
Agosto	Octubre
Septiembre	Noviembre
Octubre	Diciembre

---

Noviembre  
Diciembre

Enero  
Febrero

### **Norma especial de elegibilidad para reincorporaciones**

Si ya no cumple con los requisitos para acceder al Plan por cualquier motivo, vuelve a trabajar con un empleador participante y se le efectúa un aporte correspondiente antes de que transcurran más de seis meses desde que perdió la elegibilidad, pasará a ser elegible el primer día del mes que coincida con el mes del primer aporte. Supongamos que usted abandona un empleo que le proporciona cobertura el 15 de junio, y su elegibilidad finaliza el 31 de julio. Si vuelve a tener un empleo que le brinda cobertura en septiembre, y se hace un aporte correspondiente para octubre, volverá a ser considerado elegible en virtud del Plan a partir del 1.º de octubre. También será elegible para los meses de noviembre y diciembre. Si pierde la elegibilidad durante más de seis meses, se le aplicarán las normas de elegibilidad para nuevos empleados para volver a tener acceso al plan. La continuidad de la elegibilidad a partir de entonces se determina según la tabla de elegibilidad que se muestra anteriormente. Para que sus dependientes puedan acceder a la cobertura cuando usted vuelva al trabajo, se debe realizar un copago por dependiente el primer día del mes siguiente tras cumplir 30 días en el empleo.

Si regresa al empleo activo después de una licencia debido a una incapacidad por la que recibió una indemnización laboral, será elegible el primer día del mes siguiente al mes en que regrese al trabajo.

### **Norma especial de elegibilidad para empleados de una unidad de negociación recién constituida**

Si usted es empleado de una unidad de negociación constituida recientemente que se convierte en parte de un convenio colectivo de trabajo inicial, será elegible para recibir la cobertura el primer día del mes para el cual se realiza el primer aporte en su nombre. Por ejemplo, si su empleador pasa a ser un empleador participante y tiene la obligación de hacer un aporte en su nombre correspondiente al mes de octubre, usted es elegible para recibir cobertura a partir del 1.º de octubre.

---

## ¿Cuándo perderé la elegibilidad para recibir beneficios?

Salvo que la cobertura continúe en virtud de la ley COBRA, su elegibilidad para recibir beneficios finaliza el último día del mes calendario siguiente al mes en que se abonó el último aporte correspondiente del empleador, como se muestra en la tabla a continuación.

### Tabla de finalización de la elegibilidad

Si los aportes correspondientes se abonan por última vez en el mes de:	Su elegibilidad terminará el último día del mes siguiente:
Enero	Febrero
Febrero	Marzo
Marzo	Abril
Abril	Mayo
Mayo	Junio
Junio	Julio
Julio	Agosto
Agosto	Septiembre
Septiembre	Octubre
Octubre	Noviembre
Noviembre	Diciembre
Diciembre	Enero

Su elegibilidad para los beneficios también finalizará en la fecha en que el Consejo Directivo suspenda los beneficios proporcionados por el Plan o el Plan de Beneficios al que usted pertenece.

## DEPENDIENTES ELEGIBLES

Se considera que una persona es su dependiente elegible según los siguientes criterios:

Su “**Cónyuge**” es la persona con la que está casado legalmente. Su Cónyuge será su dependiente elegible si usted está inscrito en una cobertura odontológica u oftalmológica. Su cónyuge es un dependiente elegible a los fines de la cobertura médica solo si usted está inscrito en el Plan de Salud MediExcel. Los cónyuges no son elegibles para la cobertura del plan PPO de Aetna.

Su “**Pareja de Hecho**” es su pareja que cumple con los requisitos del Plan para ser una pareja de hecho, según se describe a continuación. Su Pareja de Hecho será su dependiente elegible de la misma manera que lo sería un Cónyuge (consulte anteriormente).

Los **“Hijos Dependientes”** pueden ser sus dependientes elegibles para cualquier tipo de cobertura disponible en virtud del Plan. En esta categoría están comprendidos los hijos menores de 26 años, incluidos hijos biológicos, adoptados o en proceso de adopción, hijastros e hijos de Parejas de Hecho, o cualquier niño del que sea legalmente responsable según una resolución judicial. También están incluidos los hijos discapacitados mayores de 26 años si dependen completamente de usted para su sostén.

Se le pedirá que presente comprobantes por escrito (certificados de nacimiento, certificado de matrimonio, declaración jurada de la pareja de hecho) para todos los dependientes elegibles respecto de los cuales desea recibir beneficios. Por lo general, la cobertura para su dependiente comenzará (1) la fecha de entrada en vigencia de su elegibilidad o (2) la fecha en que esa persona comenzó a ser su dependiente, lo que suceda con posterioridad.

Para que los hijos recién nacidos puedan acceder a los beneficios del Plan, debe inscribirlos en un plazo de 30 días a partir de la fecha de nacimiento. También se exige un copago para dependientes a fin de inscribir al recién nacido. El copago que debe abonarse para el mes de nacimiento del recién nacido, y para todos los meses posteriores en los que se inscribirá al niño. Por eso, es posible que deba efectuar copagos para dependientes durante dos meses para iniciar la cobertura. Por ejemplo, si su hijo nace el 20 de enero y lo inscribió en el Plan el 5 de febrero, deberá realizar los aportes en enero y febrero para brindar cobertura al recién nacido.

También debe presentar una copia del certificado de nacimiento del recién nacido. Aunque debe inscribir a su hijo recién nacido dentro de los 30 días posteriores a la fecha de nacimiento, el Plan le concederá hasta 90 días para presentar el certificado de nacimiento de su recién nacido dependiente.

Como se explicó anteriormente, su Cónyuge, Pareja de Hecho o Hijos Dependientes pueden pasar a ser dependientes elegibles según el tipo de cobertura en la que usted se inscriba, de la siguiente manera:

Tipo de plan:	Cónyuge o Pareja de Hecho	Hijo dependiente
Plan médico PPO de Aetna	No	Sí*
Plan de Salud de MediExcel (HMO)	Sí	Sí
Vision Service Plan	Sí	Sí
Express Scripts	No	Sí
United Concordia (Plan odontológico)	Sí	Sí
MediExcel Dental	Sí	Sí

\*sujeto al copago requerido para dependientes

## NORMAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA PAREJA DE HECHO

El Plan brinda cobertura odontológica y oftalmológica a su Pareja de Hecho. Sin embargo, la cobertura médica se ofrece solamente si está inscrito en el Plan HMO de MediExcel. Puede inscribir a los hijos de su pareja de hecho en cualquier cobertura médica, odontológica u oftalmológica si dichos hijos son menores de 26 años. Una pareja de hecho elegible es la pareja de un participante, que cumple con los siguientes requisitos:

1. tanto usted como su pareja de hecho, ya sea del mismo sexo o del sexo opuesto, deben tener 18 años de edad o más;
2. su pareja de hecho está inscrita en un organismo estatal gubernamental de conformidad con la ley estatal o local que autoriza dicho registro o en un registro interno que conserva al menos uno de sus empleadores;

Los beneficios para parejas de hecho de las parejas de hecho inscritas a nivel del estado no están sujetos a impuestos en el estado de California. En virtud de la ley federal, los participantes que no puedan justificar que su pareja de hecho o los hijos de su pareja de hecho deban ser considerados “dependientes” según el Código de Impuestos Internos deberán declarar sus beneficios de pareja de hecho como renta imponible y pagar los impuestos federales sobre la renta aplicables a estos beneficios. Los participantes con parejas de hecho que no hayan inscrito su pareja de hecho en el estado de California también tendrán que declarar sus beneficios de pareja de hecho como renta imponible y pagar los impuestos federales sobre la renta aplicables a los beneficios de las personas no dependientes en caso de que no puedan justificar que su pareja de hecho o los hijos de su pareja de hecho deban ser considerados “dependientes” según el Código de Impuestos Internos. Se enviará más información sobre este tema a quienes soliciten estos beneficios.

## **INSCRIPCIÓN, BAJA, COPAGO Y BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS Y OFTALMOLÓGICOS DE DEPENDIENTES**

### **Inscripción de los dependientes**

Si tiene hijos dependientes elegibles a quienes desee inscribir para la cobertura médica y de medicamentos recetados, deberá completar un formulario de inscripción. Si inscribe a un nuevo hijo dependiente que nunca ha estado afiliado al Plan, deberá enviar una copia del certificado de nacimiento de ese niño para inscribirlo. Si su dependiente ha estado inscrito anteriormente y usted ya presentó su certificado de nacimiento, no es necesario que lo haga nuevamente. Deberá informar a su empleador que inscribirá a sus hijos dependientes para que pueda comenzar a retener de su pago el importe del copago correspondiente a los dependientes. Consulte a continuación para obtener más información sobre el copago para dependientes.

### **Baja de Dependientes**

Si tiene hijos dependientes para los que desee cancelar la cobertura médica y de medicamentos recetados, deberá completar un formulario de inscripción con los nombres de los dependientes que desea dar de baja. Si solicita la baja de sus hijos dependientes, por lo general, no podrá volver a inscribirlos hasta el próximo período de inscripción abierta.

### **Copago para Dependientes**

Si inscribe o da de baja a sus hijos dependientes durante la Inscripción Abierta, esto podría afectar la deducción de su nómina de pago podría para la cobertura médica y de medicamentos recetados. Si inscribe a uno o varios hijos dependientes, debe notificar a su empleador para que comience a deducir el importe correspondiente de su nómina de pago. Si solicita la baja de sus hijos dependientes, debe notificar a su empleador que deje de deducir el importe de su nómina de pago.

Se requiere la siguiente deducción de la nómina de pago para la cobertura de hijos dependientes:



Un hijo	\$10 al mes
o más hijos	\$20 por mes

### **Inscripción/baja de Dependientes durante la Inscripción Abierta**

Puede inscribir o dar de baja a sus hijos dependientes durante la Inscripción Abierta cada año. Recibirá una notificación anual que le informará cuándo será el período de Inscripción Abierta. Su solicitud para inscribir o dar de baja a sus hijos dependientes debe recibirse durante ese plazo. Si no envía su formulario de inscripción durante el período de Inscripción Abierta, sujeto a las normas sobre inscripciones especiales, tendrá que esperar hasta el próximo período de Inscripción Abierta para realizar cualquier cambio.

### **Beneficios odontológicos y oftalmológicos para dependientes**

Su cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes inscritos son elegibles para los beneficios odontológicos y oftalmológicos, y en estos casos no se exige la deducción del copago para dependientes de su nómina de pago. Si da de baja a sus hijos dependientes de la cobertura médica y de medicamentos recetados, seguirán siendo elegibles para los beneficios odontológicos y oftalmológicos, siempre que cumplan con la definición de dependiente elegible.

## **INSCRIPCIÓN ABIERTA**

Habrará un período anual de inscripción abierta durante el cual podrá optar por participar (o dejar de participar) en un plan de HMO, si está disponible, y realizar cambios en la inscripción de sus hijos dependientes.

## **ORDEN MÉDICA CALIFICADA DE MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS (QMCSO)**

La ley federal exige que el Plan, en determinadas circunstancias, brinde cobertura a sus hijos si usted y su Cónyuge se divorcian o se separan legalmente. El proceso comienza cuando el plan recibe una Orden Médica Calificada de Manutención de los Hijos (QMCSO). Este tipo de resolución comprende cualquier sentencia, decisión u orden judicial, incluida la aprobación de un acuerdo de separación de bienes, que reúna estas condiciones:

1. Debe emitirla un tribunal competente de conformidad con las leyes que rigen las relaciones familiares del estado.
2. Debe exigirle que proporcione únicamente la cobertura médica grupal disponible en virtud del Plan para sus hijos, aunque ya no tenga la tenencia.
3. Además, debe especificar claramente lo siguiente:
  - a. su nombre y su última dirección postal conocida, y los nombres y direcciones de cada hijo contemplado por la resolución;
  - b. una descripción razonable de la cobertura que se proporcionará;
  - c. el plazo durante el cual estará vigente la resolución; y

d. cada plan afectado por dicha resolución.

Si el Plan recibe una QMCSO, los hijos identificados se incluirán para recibir la cobertura en carácter de dependientes elegibles. El progenitor que ejerce la tenencia del hijo, el tutor legal o un organismo estatal podrán solicitar la cobertura, incluso si usted no lo hace.

Cualquier pago de beneficios que efectúe el Plan en virtud de la QMCSO como reembolso de los gastos pagados por el hijo, por el progenitor que ejerza la tenencia o por su tutor legal debe dirigirse al destinatario alternativo o al progenitor que ejerza la tenencia o al tutor legal del hijo. Cualquier pago de ese tipo realizado al padre o madre con custodia o al tutor legal o a un funcionario de un estado o su subdivisión política (cuyo nombre y dirección se utilizan para la dirección de un destinatario alternativo) se considerará el pago de beneficios para el destinatario alternativo.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de estos requisitos o desea obtener una copia de los procedimientos de QMCSO (que se ofrece sin cargo), comuníquese con el Plan.

## **LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES**

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios para ninguna estadía en el hospital relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto normal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, conforme a la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de los emisores para indicar una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas, según aplique).

El Plan brinda este beneficio a los Participantes elegibles inscritos en el plan PPO de Aetna, así como a la madre que sea Participante, Cónyuge o Pareja de Hecho cuando la madre esté inscrita en el plan HMO de MediExcel.

Si los Participantes inscritos en el plan PPO de Aetna NO OBTIENEN una aprobación de autorización previa para un procedimiento aplicable fuera de la red, también se le cobrará una multa de \$200. Si se determina que el procedimiento no es médicamente necesario, se le cobrará el costo total del procedimiento.

Se revisarán las reclamaciones de todas las internaciones que no estén certificadas como médicamente necesarias para determinar si se cubrirá la totalidad o parte de la estadía hospitalaria.

## **LEY DE DERECHOS DE LAS MUJERES SOBRE SALUD Y CÁNCER**

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. En mujeres que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta entre el médico tratante y el paciente, para:

- todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;

- cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- prótesis; y
- tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros correspondientes a otros beneficios médicos y quirúrgicos previstos en este Plan.

También se ofrece cobertura para Cónyuges y Parejas de Hecho, pero solo cuando la participante y su beneficiario correspondiente están inscritos en el Plan de MediExcel.

Esta cobertura estará sujeta a los mismos copagos y máximos de beneficios del Plan que se aplican a las mastectomías según el nivel de cobertura de beneficios que brinde su Plan.

Para las intervenciones quirúrgicas realizadas en un consultorio médico, el costo de los insumos y equipos, junto con la cirugía, se proporcionará sobre la base del nivel de cobertura de beneficios que brinde su Plan, que no podrá superar el beneficios máximo contemplado en su Plan.

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al administrador de su plan al (800) 524-8687 o al (562) 463-5060.

## **MEDICARE COMO PAGADOR PRINCIPAL**

Salvo que elija otra opción, este Plan le proporcionará cobertura principal si es un empleado elegible de 65 años o más y cumple con los requisitos para recibir Medicare. Excepto en los casos descritos a continuación, si opta por Medicare como su cobertura principal, se suspenderán los beneficios de este Plan.

Si le diagnostican una insuficiencia renal terminal (IRT), puede optar por la cobertura de Medicare independientemente de su edad. En cuanto inicie el tratamiento de diálisis, deberá solicitar de inmediato las Partes A y B de Medicare (la Parte C es opcional). Si es un empleado activo o dependiente y reúne los requisitos para Medicare porque padece una Enfermedad Renal en Estado Terminal (ESRD), este Plan continuará proporcionándole cobertura primaria durante los primeros 30 meses de su elegibilidad para Medicare, que comienza con su primer tratamiento de diálisis. A partir de ese momento, si está inscrito en Medicare, recibirá la cobertura primaria y el Plan la secundaria.

NOTA: Aunque no esté inscrito en las Partes A y B de Medicare, después del periodo inicial de 30 meses posterior a su primer tratamiento de diálisis, el Plan pagará las reclamaciones como si fuera el pagador secundario y Medicare estuviera proporcionando la cobertura primaria.

Por consiguiente, si no se inscribe en las Partes A y B de Medicare, después de los primeros 30 meses de elegibilidad el Plan, solo pagará las reclamaciones como pagador secundario, y usted será responsable de lo que Medicare hubiera pagado de otro modo.

# LEY FEDERAL DE RECONCILIACIÓN DEL PRESUPUESTO GENERAL CONSOLIDADO (COBRA)

El derecho a la continuación de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura COBRA puede estar a su disposición y a la de otros familiares cuando, de otro modo, finalizaría la cobertura sanitaria colectiva. Si desea más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la legislación federal, póngase en contacto con la Oficina Administrativa del Fideicomiso. Esta cobertura extendida se proporcionará solamente si usted es un "beneficiario calificado", es decir, que usted y sus Hijos Dependientes estén inscritos en la cobertura del Plan el día antes del evento calificado. Usted, el participante, solo podrá elegir la cobertura que brinda COBRA para los tres beneficios proporcionados por el Plan (médico, odontológico y oftalmológico). Sin embargo, sus Hijos Dependientes tienen la opción de elegir cobertura médica o un beneficio combinado de cobertura odontológica y oftalmológica independiente de la cobertura médica. El Plan no brinda cobertura médica a su Cónyuge en virtud del Plan PPO de Aetna.

Si el día antes del evento calificado usted estaba inscrito en el plan PPO de Aetna, y tanto usted como su Cónyuge estaban inscritos en los planes odontológico y oftalmológico, su Cónyuge será solamente un "beneficiario calificado" con derecho a la cobertura de COBRA en virtud del plan combinado de cobertura odontológica y oftalmológica. Si usted y su Cónyuge estaban inscritos en la cobertura médica, odontológica y oftalmológica HMO de MediExcel el día antes del evento calificado, su Cónyuge será un "beneficiario calificado" y solo podrá elegir la cobertura para los tres beneficios (médico, odontológico y oftalmológico). Su Pareja de Hecho no recibirá la cobertura en virtud de COBRA, pero recibirá una cobertura similar a la dispuesta en COBRA, según se explica en la página 16.

**Es posible que disponga de otras opciones más rentables que la cobertura COBRA cuando pierda la cobertura de salud grupal.** Por ejemplo, puede contratar un plan individual en un Mercado de Seguros Médicos como CoveredCA.com o Healthcare.gov. Al inscribirse en la cobertura de un Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y menores costos de bolsillo. Además, puede optar a un periodo de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que reúna los requisitos (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan no suele aceptar inscripciones tardías.

## ***¿Qué es la continuación de la cobertura COBRA?***

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación de la cobertura del Plan más allá del momento en que, de lo contrario, finalizaría debido a un acontecimiento vital. Esto también se denomina "hecho habilitante".

Más adelante se enumeran los acontecimientos que cumplen los requisitos. Tras un evento que cumpla los requisitos, debe ofrecerse la continuación de la cobertura COBRA a cada persona que sea un "beneficiario cualificado". Usted, su cónyuge y los hijos a su cargo podrían convertirse en beneficiarios cualificados si se pierde la cobertura del Plan debido al hecho causante. En virtud del Plan, los beneficiarios cualificados que elijan la continuación de la cobertura COBRA deben pagar por la continuación de la cobertura COBRA.

Si es un trabajador, se convertirá en beneficiario cualificado si pierde la cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos calificados:

- Se reducen sus horas de trabajo.

- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave.

Si es cónyuge de un trabajador por cuenta ajena y está cubierto por el Plan cuando se produce el hecho causante, se convertirá en beneficiario cualificado si pierde la cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos calificados:

- Muere su cónyuge.
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge.
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea su falta grave.
- Su cónyuge adquiere derecho a prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- Se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes que estén cubiertos por el Plan cuando se produzca el hecho causante se convertirán en beneficiarios cualificados si pierden la cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos calificados:

- Fallece el progenitor/empleado.
- Se reducen las horas de trabajo del progenitor/empleado.
- El empleo del padre/empleado finaliza por cualquier motivo que no sea su falta grave.
- El progenitor/empleado adquiere el derecho a las prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- Los padres se divorcian o se separan legalmente.
- El hijo deja de tener derecho a la cobertura del Plan como "hijo a cargo".

### ***¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura COBRA?***

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a los beneficiarios que reúnan los requisitos solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificados:

- El fin de la relación laboral o la reducción de las horas de trabajo.
- Fallecimiento del trabajador.
- El trabajador adquiere el derecho a las prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

**Para todos los demás eventos que cumplan los requisitos (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o pérdida del derecho a la cobertura de un hijo a cargo como hijo a cargo), debe notificarlo a la Oficina Administrativa del Fideicomiso en un plazo de 60 días tras producirse el evento calificado. La notificación debe enviarse a la siguiente dirección:**

Fideicomiso de Salud y Bienestar de Trabajadores de Lavanderías y Tintorerías  
Local N.º 52  
1200 Wilshire Blvd., 5th Floor  
Los Ángeles, CA 90017

### ***¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura COBRA?***

Una vez que la Oficina Administrativa del Fideicomiso reciba la notificación de que se ha producido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios que reúnan los requisitos. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal que suele durar 18 meses debido a la finalización del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Determinados eventos calificados, o un segundo acontecimiento que cumple los requisitos durante el periodo inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas de ampliar este periodo de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA:

### **Prórroga por incapacidad del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA.**

Si el Seguro Social determina que usted o cualquier familiar cubierto por el Plan está incapacitado y usted lo notifica al Administrador del Plan a tiempo, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, con hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del 60.º día de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura.

### **Segundo evento calificado para la prórroga del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura**

Si su familia sufre otro evento calificado durante los 18 meses de continuación de la cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, con un máximo de 36 meses, si el segundo evento calificado se notifica en tiempo y forma al Plan. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo a cargo que obtenga la continuación de la cobertura COBRA si el empleado o antiguo empleado fallece; adquiere derecho a las prestaciones de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o separa legalmente; o si el hijo a cargo deja de reunir los requisitos del Plan como hijo a cargo. Esta prórroga solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera provocado que el cónyuge o hijo a cargo perdiera la cobertura del Plan de no haberse producido el primer evento calificado.

A continuación, presentamos un resumen que indica el tipo y la duración de la cobertura a la que podrá acceder, y quiénes pueden ser beneficiarios calificados (“Sí” significa que la persona puede ser un beneficiario calificado si está inscrita en la cobertura correspondiente el día antes del evento calificado):

Evento calificado	Beneficiario calificado	EPO de PPO		MediExcel HMO		Odontológico y oftalmológico	Período máximo de continuación
1. Reducción del horario laboral del empleado cubierto	Empleado	Sí	O BIEN	Sí	+	Sí	18 meses después de la fecha del evento calificado
	Cónyuge o Pareja de Hecho	No		Sí	+	Sí	
	Hijo(s) dependientes <sup>1</sup>	Sí	O BIEN	Sí	Y/O	Sí	
2. Desvinculación del empleo del empleado cubierto	Empleado	Sí	O BIEN	Sí	+	Sí	18 meses después de la fecha del evento calificado
	Cónyuge o Pareja de Hecho	No		Sí	+	Sí	
	Hijo(s) dependientes <sup>1</sup>	Sí	O BIEN	Sí	Y/O	Sí	
3. Muerte del empleado cubierto por el Plan	Empleado	Sí	O BIEN	Sí	+	Sí	36 meses después de la fecha del evento calificado original
	Cónyuge o Pareja de Hecho	No		Sí	+	Sí	
	Hijos Dependientes <sup>1</sup>	Sí	O BIEN	Sí	Y/O	Sí	
4. Divorcio o separación legal del empleado cubierto	Empleado	Sí	O BIEN	Sí	+	Sí	36 meses después de la fecha del evento calificado original
	Cónyuge o Pareja de Hecho	No		Sí	+	Sí	
	Hijo(s) dependientes <sup>1</sup>	Sí	O BIEN	Sí	Y/O	Sí	
5. Hijo Dependiente que deja de pertenecer a esa categoría en virtud del Plan	Empleado	Sí	O BIEN	Sí	+	Sí	36 meses después de la fecha del evento calificado original
	Cónyuge o Pareja de Hecho	No		Sí	+	Sí	
	Hijo(s) dependientes <sup>1</sup>	Sí	O BIEN	Sí	Y/O	Sí	
6. Derecho del empleado cubierto a acceder a los beneficios de Medicare según las disposiciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).	Empleado	Sí	O BIEN	Sí	+	Sí	36 meses después de la fecha del evento calificado original
	Cónyuge o Pareja de Hecho	No		Sí	+	Sí	
	Hijo(s) dependientes <sup>1</sup>	Sí	O BIEN	Sí	Y/O	Sí	

<sup>1</sup> Los Hijos Dependientes serán elegibles para la continuación de la cobertura de COBRA únicamente si están inscritos en la cobertura el día anterior al evento calificado, y solo podrán recibir la continuación de la cobertura que brinden los planes en los que el participante estaba inscrito el día antes de dicho evento calificado.

Cada beneficiario calificado tiene el derecho autónomo de elegir y pagar la cobertura de COBRA, independientemente de si el empleado cubierto elige la cobertura COBRA para sí mismo o no.

Un hijo recién nacido o recién adoptado durante el período de cobertura de COBRA pasará a ser beneficiario calificado con derecho a la cobertura de COBRA por derecho propio. Los hijos en esa situación, por ejemplo, serían elegibles para la cobertura extendida de COBRA si el empleado cubierto fallece o se inscribe en Medicare durante el período de cobertura de COBRA.

Por el contrario, después de cualquiera de los eventos calificados mencionados anteriormente, usted podrá inscribir a un nuevo Cónyuge o Pareja de Hecho en la cobertura para la cual sería de otro modo elegible (odontológica y oftalmológica), o a un hijo que no sea recién nacido ni recién adoptado. Sin embargo, dichas personas no tendrán derechos autónomos otorgados por COBRA. Esto significa que si su cobertura de COBRA finaliza por cualquier motivo, también finalizará la cobertura para el nuevo Cónyuge o Pareja de Hecho y para los Hijos Dependientes.

Después de que haya comenzado su cobertura de COBRA, si desea obtener la cobertura de COBRA para un hijo recién nacido o recién adoptado, así como para un nuevo Cónyuge y otros nuevos Hijos Dependientes, el afiliado a COBRA debe notificar al Plan por escrito en un plazo de 30 días a partir del nacimiento, la adopción, el matrimonio u otro evento que motive la inscripción del nuevo dependiente.

Por un cargo adicional y sujeto a determinados requisitos de notificación, el período de continuación máximo de 18 meses que se muestra en el cuadro anterior podrá extenderse hasta por 29 meses para el participante y para la familia de un beneficiario calificado que se determine que está incapacitado durante los primeros 60 días posteriores a la reducción del horario laboral o a la desvinculación del empleo en virtud del Título II o XVI de la Ley del Seguro Social. Las primas de COBRA para la persona discapacitada durante este período de extensión por discapacidad aumentarán al 150 % del costo de la cobertura grupal. Se debe notificar al Plan de la indemnización por discapacidad durante los 60 días posteriores a su otorgamiento y dentro del período inicial de 18 meses de elegibilidad para COBRA. El período de extensión por discapacidad de 11 meses concluirá si usted o su Cónyuge o Hijos Dependientes ya no sufren la discapacidad antes del final del período de extensión por discapacidad. Comuníquese con el Plan para obtener más detalles sobre esta extensión por discapacidad.

El período máximo de continuación es de 36 meses a partir de la fecha del evento calificado original, incluso si ocurre más de un evento que da lugar a los derechos de continuación de COBRA. El período de 18, 29 o 36 meses de elegibilidad para COBRA se reduce por los meses de cobertura gratuita o subsidiada que se proporciona en caso de discapacidad o muerte.

### **¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de Cobertura COBRA?**

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia en el Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar bastante menos que la continuación de la cobertura COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en CoveredCA.com o Healthcare.gov.

### **Puede inscribirse en Medicare en lugar de continuar con la cobertura COBRA una vez finalizada la cobertura del plan de salud colectivo.**

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando cumple los requisitos por primera vez porque aún tiene empleo, después del periodo de inscripción inicial de Medicare, dispone de un periodo de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir de lo que ocurra primero de lo siguiente:

- el mes posterior a la finalización de su empleo; o

---

<sup>1</sup> <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>.



- el mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige continuar con la cobertura COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y es posible que tenga un período sin cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura COBRA y posteriormente se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de la cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura COBRA no puede interrumpirse debido al derecho de Medicare, aun cuando se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la continuación de la cobertura COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, aun cuando no esté inscrito en Medicare. Para obtener más información, consulte la sección titulada "MEDICARE COMO PAGADOR PRIMARIO" en la página 8 de esta SPD o visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

### **Si tiene preguntas**

Las preguntas sobre su Plan o a sus derechos de continuación de la cobertura COBRA deben dirigirse al contacto o contactos indicados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de seguridad de ingresos de jubilación de los empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de protección al paciente y cuidado de salud asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. más cercana a su zona o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web). Para más información sobre el Mercado, visite [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) o [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).

### **Mantenga a su plan informado sobre los cambios de domicilio**

Para proteger los derechos de su familia, comuníquese al administrador del plan cualquier cambio de domicilio de los miembros de su familia. Asimismo, debe conservar una copia, para sus registros, de todas las notificaciones que envíe al administrador del plan.

### **Información de contacto del plan:**

Fideicomiso de Salud y Bienestar de Trabajadores de Lavanderías y Tintorerías  
Local N.º 52  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Ángeles, CA 90017  
(800) 524-8687 o (562) 463-5060

### **Requisitos de notificación**

Usted o sus dependientes son responsables de notificar al Plan cuando se produzca un divorcio o una separación legal, o cuando una Pareja de Hecho deje de calificar como tal según los términos del Plan. Deberá notificar al Plan si un hijo deja de reunir los requisitos para ser considerado "Hijo a cargo", tal y como se define en la página 4 de esta SPD. Además, usted o sus dependientes deben notificar al Plan si el empleado cubierto fallece o se inscribe en Medicare, o cuando una persona

con una discapacidad deja de tenerla. La notificación de estos eventos debe enviarse en un plazo de 60 días. Si no se proporciona una notificación dentro del plazo establecido, no se permitirán los pagos personales de COBRA.

Dentro de los 14 días que siguen a la notificación por escrito al Plan de un evento que le permite a usted o a su cónyuge o hijos dependientes acceder a la cobertura de COBRA, la oficina le proporcionará información detallada sobre la cobertura disponible y su costo. Usted o sus dependientes tienen un plazo de 60 días para elegir la cobertura a partir de una de estas fechas (la que suceda después):

1. la fecha en que se suspendería la cobertura del Plan debido al evento calificado; o
2. la fecha en que se le proporciona la notificación.

### **Finalización de la continuación de la cobertura de COBRA**

La continuación de la cobertura de COBRA finalizará antes de que venza el plazo de continuación de la cobertura de 18, 29 o 36 meses si ocurre lo siguiente:

1. usted o sus dependientes no envían el pago exigido para la cobertura de COBRA, con fecha postal el día 31 o antes después de la fecha de vencimiento;
2. usted o sus dependientes reciben cobertura, después de la fecha de elección, de otro plan de salud grupal (salvo un plan que excluya o limite los beneficios para una afección preexistente que lo afecte a usted o su dependiente, y que dicha exclusión o limitación sea aplicable en virtud de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos);
3. usted o sus dependientes se inscriben en Medicare después de la fecha de elección;
4. su empleador deja de ofrecer este plan de salud para los empleados elegibles, pero tiene otro plan de salud para proporcionarles a estos empleados; o
5. usted o sus dependientes tienen cobertura en virtud de la extensión por discapacidad de COBRA de 11 meses, pero la persona ya no tiene la discapacidad. Debe informar al Plan en un plazo de 30 días a partir de la determinación del Seguro Social de que una persona con una discapacidad deja de tenerla, en cuyo caso la cobertura de COBRA finalizará para todas las personas cuya cobertura extendida se basaba en la discapacidad en cuestión.
6. Se determina un motivo (como la presentación de reclamaciones fraudulentas) que daría lugar a la rescisión de la cobertura para la misma categoría de participante que no tiene cobertura de COBRA, como un participante, Cónyuge, Pareja de Hecho o Hijos Dependientes sin cobertura de COBRA.

Si este Plan finaliza, la continuación de la cobertura ya no estará disponible en virtud de este Plan.

---

## **Requisitos de tarifas de pago**

### **Cónyuges e Hijos Dependientes**

Las tarifas de pago personal de COBRA serán el 102 % del costo de la cobertura grupal durante el período de 18 o 36 meses. Si la cobertura de COBRA continúa para una persona discapacitada y miembros elegibles de su familia, las tarifas de pago personal serán el 150 % del costo de la cobertura grupal durante los 11 meses adicionales de cobertura (entre 19 y 29 meses de cobertura).

### **Parejas de Hecho y sus Hijos Dependientes**

Dado que las Parejas de Hecho y sus Hijos Dependientes que reciben cobertura del Plan podrán ser tratados como si fueran beneficiarios calificados, según se explicó anteriormente, el Plan podrá proporcionarles una cobertura similar a la de COBRA por tarifas como las de Cal-COBRA. Sus tarifas de pago personal serán el 110 % del costo de la cobertura grupal durante el período de 18 o 36 meses. Si se continúa con la cobertura para una persona discapacitada y miembros elegibles de su familia, las tarifas de pago personal serán el 150 % del costo de la cobertura grupal durante los 11 meses adicionales de cobertura (entre 19 y 29 meses de cobertura).

## **Requisitos de plazos de pago**

La cobertura de COBRA debe abonarse con retroactividad a la fecha en que se pierde la cobertura en virtud del Plan. El primer pago de COBRA debe enviarse con una fecha postal dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que envió su elección. Los pagos subsiguientes vencen el primer día del mes respecto de ese mes, y deben tener una fecha postal el día 31 o antes después de la fecha de vencimiento. No se abonará ninguna reclamación de beneficios si no se envía oportunamente el pago exigido por COBRA correspondiente al período en que se incurrió el gasto de la reclamación.

Tenga en cuenta que, si algún proveedor de atención médica, como un médico o una farmacia, solicita información acerca de su elegibilidad, la ley exige que el Plan realice una declaración completa que explique si venció o no su plazo para la elección de COBRA, o si usted eligió COBRA pero aún no abonó el pago.

Si elige adquirir la continuación de la cobertura, la cobertura para los miembros elegibles de su familia continuará de forma automática, salvo que su Cónyuge o Pareja de Hecho rechace la cobertura de forma independiente. Si elige no continuar con su cobertura, su Cónyuge, Pareja de Hecho e Hijos Dependientes elegibles aún pueden hacerlo (pero solo en la medida en que dicha cobertura esté disponible para ellos).. Cualquier persona que elija la continuación de la cobertura debe pagarla, salvo que se disponga que el participante debe pagar la cobertura de COBRA para sus dependientes en virtud de una Orden Calificada de Manutención de los Hijos.

## **Mercado de seguros de California (California Exchange)**

Además de la continuación de la cobertura COBRA, hay otras opciones para usted y su familia. El Mercado de Seguros de California (California Exchange) ofrece muchos planes de salud entre los que elegir.

Las inscripciones se realizarán del 15 de octubre al 7 de diciembre para la cobertura efectiva al año siguiente.

Una vez finalizada la inscripción abierta, puede tener derechos especiales de inscripción en determinadas circunstancias. Encontrará más información en la página web de California Exchange : [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com).

Además, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce su prima mensual si no tiene derecho a una cobertura a través del Fondo.

**Nota:** Si decide inscribirse en la cobertura COBRA y luego la abandona, solo podrá inscribirse en el *Exchange* durante el periodo de inscripción abierta (o en un periodo de inscripción especial si sucede otro acontecimiento vital, tal y como lo defina el Exchange).

## **LEY DE REEMPLAZO CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS DE CALIFORNIA (SOLO PARA PARTICIPANTES DE CAL-COBRA -MediExcel)**

Si está cubierto por el Plan HMO de MediExcel y su cobertura federal de COBRA está agotada, es posible que se le permita extender la cobertura médica en virtud del programa Cal-COBRA del estado de California o convertirla en una póliza médica individual.

Si se produce un evento calificador que da lugar a menos de 36 meses de cobertura y si mantenido esta cobertura durante el periodo máximo, puede ser elegible para continuar con sus beneficios médicos durante un periodo de tiempo adicional en virtud de California COBRA. Puede recibir información adicional de la HMO.

### **Opción de conversión**

**NOTA:** Una vez que finalice la Continuación de Cobertura COBRA, usted o sus Dependientes (si son elegibles) pueden tener derecho a convertir el seguro de salud (solo médico) en cobertura de conversión conforme a las disposiciones sobre el Derecho a Convertir el Seguro de Salud proporcionadas por MediExcel. Debe consultar el folleto de Evidencia de Cobertura HMO correspondiente para obtener información detallada sobre la Conversión a Cobertura del Plan Individual.

En resumen, puede tener el derecho de conversión con su HMO o a través de los derechos de autopago de Cal-COBRA. Póngase en contacto con su HMO para averiguar cuáles son esos derechos o con la Oficina Administrativa del Fideicomiso llamando al (562) 463-5060 o al (800) 524-8687.

## **Ayuda a las primas de Medicaid y del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)**

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted tiene derecho a la cobertura sanitaria de su empresa, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para el pago de primas que pueda ayudarlo a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no podrán elegir estos programas de ayuda para el pago de primas, pero sí podrán contratar un seguro individual en el Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o las personas a su cargo ya están inscritas en Medicaid o CHIP y vive en uno de los Estados que se indican a continuación, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado para averiguar si dispone de ayuda para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al **1-877-KIDS NOW**. También puede acceder a [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo solicitarlos. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por la empresa.

Si usted o las personas a su cargo son elegibles para recibir asistencia para el pago de las primas de Medicaid o CHIP, así como para ser elegible para el plan de su empresa, puede inscribirse en este plan de salud si aún no lo está. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine que es elegible para recibir la ayuda para el pago de las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en su plan de salud, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

**Si vive en California, puede optar a una ayuda para pagar las primas de su plan de salud. Póngase en contacto con el Estado de California para obtener más información sobre los requisitos.**

CALIFORNIA-Medicaid
Visite: Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>

Para obtener información sobre los programas de ayuda a las primas de otros estados, visite: <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/ebsa/laws-and-regulations/laws/chipra/model-notice.pdf>. Si desea más información sobre los derechos especiales de inscripción, póngase en contacto con

Departamento de Trabajo de EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)

[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)

1-866-444-EBSA (3272)

1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 6156

## **CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN VIRTUD DE LA LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLIO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS DE 1994 (USERRA)**

Esta sección proporciona información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Empleo y Reemplio de los Servicios Uniformados ("USERRA"). La USERRA protege los derechos laborales de las personas que, voluntaria o involuntariamente, abandonan un puesto de trabajo para realizar el servicio militar o determinados servicios en el Sistema Nacional de Asistencia Médica en Casos de Desastre. La USERRA también prohíbe a las empresas discriminar a los antiguos y actuales miembros de los servicios uniformados, así como a los aspirantes a estos servicios.

### **Licencias militares inferiores a 31 días**

La ley USERRA establece que si está de licencia militar en su empleo por un periodo menor a treinta y un (31) días, seguirá teniendo derecho a la cobertura de asistencia sanitaria de este Plan durante la licencia sin que se requiera el pago por su parte más allá de la cuota normal del empleado de cualquier prima, siempre que tenga derecho a las prestaciones de este Plan en el momento en que comience su licencia militar.

En virtud de esta ley federal, si deja su empleo para realizar el servicio militar, tiene derecho a optar por continuar con la cobertura de su plan de salud existente en la empresa para usted y las personas a su cargo durante un máximo de 24 meses mientras esté en el ejército. El periodo máximo de continuación de la cobertura sanitaria en virtud de la ley USERRA es el menor de los siguientes periodos: (1) 24 meses (contados a partir de la fecha en que dejó su empleo debido a su licencia militar) o (2) el día siguiente a la fecha en que no solicite oportunamente o no se reincorpore a un puesto de trabajo en una Empresa participante en el Fideicomiso.

El Congreso promulgó la USERRA para proteger a los miembros de los "servicios uniformados". Los "servicios uniformados" son los siguientes: las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional del Ejército y la Guardia Nacional del Aire cuando están en servicio activo para formación, en servicio inactivo para formación o a tiempo completo en la Guardia Nacional, el cuerpo comisionado de los Servicios de Salud Pública y cualquier otra categoría de personas designadas por el Presidente en tiempo de guerra o emergencia nacional. Una de las protecciones previstas por la ley USERRA es que los empleados cubiertos por un plan de salud colectivo deben tener la oportunidad de optar por continuar la cobertura para sí mismos o para sus dependientes (que no sean parejas de hecho que no reúnan los requisitos para ser consideradas dependientes en virtud del artículo 152 del Código de Rentas Internas) si toman una licencia para servir en los servicios uniformados (en adelante, "licencia militar").

Aunque no haya optado por continuar la cobertura durante el servicio militar, tiene derecho a reintegrarse en el plan de salud de su empresa cuando vuelva a trabajar, generalmente sin periodos de carencia ni exclusiones (por ejemplo, exclusiones por afecciones preexistentes) salvo por enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio.

Si elige la continuación de la cobertura, los periodos de continuación de COBRA y USERRA transcurrirán simultáneamente.

### **licencias militares superiores a 30 días**

1. Si se encuentra de licencia militar por más de treinta (30) días, USERRA le permite continuar la cobertura para usted y sus dependientes a su propio costo a un costo del 102 % por hasta 24 meses, siempre y cuando notifique a su Empleador por

adelantado (con ciertas excepciones) de la licencia, y siempre y cuando su licencia total, al sumarse a cualquier periodo previo de licencia, no exceda los 5 años.

2. El periodo máximo de continuación de la cobertura sanitaria en virtud de la ley USERRA es el menor de los siguientes periodos: (1) 24 meses o (2) el día siguiente a la fecha en que no solicite o reincorpore a tiempo un puesto de trabajo en una Empresa Contribuyente.
3. Para determinar su periodo de servicio, debe presentar a la Oficina del Fondo Fiduciario una copia de los documentos de separación del servicio.
4. Si continúa la cobertura en virtud de la ley USERRA, debe presentar el pago por cuenta propia que se le exija. Si no opta por continuar la cobertura durante su licencia militar, a su regreso al trabajo puede tener derecho a que se le reincorpore al mismo nivel de beneficios inmediatamente anterior a su servicio antes de la licencia si reúne los requisitos para volver a ser contratado conforme a los criterios establecidos en la USERRA.

Los derechos de autoliquidación se rigen por las mismas condiciones descritas en el apartado COBRA. Aunque los periodos de cobertura son diferentes, si se opta por la continuación de la cobertura conforme a USERRA, los periodos de cobertura de COBRA y USERRA serán simultáneos.

**Para más información sobre USERRA, póngase en contacto con la Oficina Administrativa.**

## **LEY DE PERMISOS POR MOTIVOS FAMILIARES Y MÉDICOS Y LEY DE DERECHOS DE LA FAMILIA DE CALIFORNIA**

En virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) y la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA), su empresa debe seguir pagando su cobertura sanitaria durante cualquier licencia aprobada. En general, puede disfrutar de hasta 12 semanas al año de licencia no remunerada y protegida por el puesto de trabajo en virtud de la FMLA/CFRA si:

1. su empresa tiene al menos 5 empleados en virtud de la CFRA o al menos 50 empleados en virtud de la FMLA;
2. ha trabajado para la empresa durante al menos 12 meses y un total de al menos 1,250 horas durante los 12 meses más recientes; y
3. necesita un permiso por uno de los siguientes motivos:
  - a. debido al nacimiento o la colocación de un niño en adopción o acogida;
  - b. para establecer un vínculo afectivo con un hijo (la licencia debe tomarse en el plazo de un año desde el nacimiento o la colocación del hijo);
  - c. para cuidar de su hijo, cónyuge, pareja de hecho, hijo de pareja de hecho, padre, abuelo, nieto, hermano o persona designada que padezca una enfermedad grave que califique;

d. debido a su propio estado de salud grave que lo incapacite para desempeñar su trabajo; o

e. en caso de necesidades excepcionales relacionadas con el despliegue en el extranjero de un militar que sea su cónyuge, pareja de hecho, hijo o progenitor.

NOTA: La CFRA define a una persona designada como cualquier individuo emparentado por consanguinidad o cuya asociación con el empleado sea equivalente a una relación familiar. Los empleados están limitados a una persona designada por periodo de 12 meses.

Además, la FMLA permite a un empleado tomarse hasta 26 semanas de licencia para cuidar de su cónyuge, hijo, hija, padre, madre o pariente más cercano que sea militar cubierto y sufra una lesión o enfermedad grave.

**Su empresa está obligada a mantener su cobertura sanitaria durante el periodo de 12 o 26 semanas, según el caso, como si no estuviera de licencia.**

**Si su empresa está cubierta por la FMLA o la CFRA y usted tiene derecho a una licencia por FMLA o CFRA, su empresa puede tener la responsabilidad de seguir realizando pagos al Fondo para su cobertura durante un máximo de 12 o 26 semanas, dependiendo del tipo de licencia por FMLA o CFRA a la que tenga derecho. *Debe ponerse en contacto con su Empresa para determinar si tiene derecho a una licencia por FMLA o CFRA.***

No corresponde a los Fiduciarios ni al Plan determinar si un empleado en particular tiene derecho a una licencia con beneficios médicos continuos en virtud de la ley federal, de cualquier ley estatal o de las disposiciones del convenio colectivo. Las controversias sobre el derecho a solicitar una licencia con beneficios médicos continuos deben ser resueltas por el empleador, el empleado y, cuando corresponda, el Sindicato.

En la medida en que los Participantes tengan derecho a solicitar una licencia con cobertura médica continua de conformidad con la ley federal, la legislación estatal o las disposiciones expresadas en un convenio colectivo, el Plan proporcionará cobertura médica continua siempre que el empleador participante envíe los aportes mensuales exigidos. Los derechos contemplados en esta sección de ninguna manera afectan sus derechos en virtud de la ley COBRA.

**Recuerde que todo el ámbito de la discapacidad y la enfermedad es complejo. Por lo tanto, si se encuentra incapacitado o enfermo durante algún periodo, le rogamos que lo notifique a la Oficina Administrativa.**



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**EN ESTA SECCIÓN, SE DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU**  
**INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. REVÍSELA**  
**DETENIDAMENTE.**

**Información general**

El Fideicomiso de Salud y Bienestar de Trabajadores de Lavanderías y Tintorerías Local N.º 52 (el "Plan") se compromete a mantener la confidencialidad de su información médica privada. En esta sección, se describen nuestros esfuerzos por proteger su información sanitaria de usos o divulgaciones indebidos o innecesarios, así como sus derechos de privacidad. Esta sección solo se aplica a la información relacionada con la salud creada o recibida por el Plan o en su nombre. Le proporcionamos esta información porque las normas de privacidad emitidas en virtud de la ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, 45 CFR Partes 160 y 164 ("HIPAA", por sus siglas en inglés), nos exigen que le proporcionemos un resumen de las prácticas de privacidad del Plan y las obligaciones legales relacionadas, así como sus derechos en relación con el uso y la divulgación de la información de su Plan. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas mientras esté en vigor.

En esta sección, los términos "Plan", "nosotros", "nos" y "nuestro" se refieren al Plan y a terceros en la medida en que presten servicios administrativos para el Plan. Cuando terceros proveedores de servicios realizan funciones administrativas para el Plan, les exigimos que salvaguarden adecuadamente la privacidad de su información.

***Tenga en cuenta lo siguiente:***

***Si está inscrito en el Plan MediExcel (HMO), también recibirá un aviso por separado de su proveedor del HMO en el que se describen el uso y la divulgación específicos de su información sanitaria por parte del proveedor del HMO. Sus derechos con respecto al uso y divulgación de su información sanitaria se exponen en dicho aviso por separado.***

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:**  
**Si tiene alguna pregunta sobre**  
**las prácticas de privacidad,**  
**póngase en contacto con:**

**Responsable de Privacidad**  
**Fideicomiso de Salud y**  
**Bienestar de Trabajadores de**  
**Lavanderías y Tintorerías Local**  
**N.º 52 A/A Administración de**  
**Programas de Beneficios**  
**1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor Los**  
**Ángeles, CA 90017**  
**(800) 524-8687 o (562) 463-5060**

## Sus derechos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener una copia de su historia clínica y de siniestros.
- Corregir su historial sanitario y de reclamaciones.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Designar a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si cree que se han vulnerado sus derechos a la intimidad.

## Sus opciones

Usted tiene algunas opciones respecto de la forma en que usamos y compartimos la información como nosotros:

- Responder a las preguntas sobre cobertura de su familia y amigos.
- Prestar ayuda en caso de catástrofe.
- Comercializar nuestros servicios y vender su información.

## Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información al:

- Ayudar a gestionar el tratamiento sanitario que recibe.
- Dirigir nuestra organización.
- Pagar sus servicios sanitarios.
- Administrar su plan de salud.
- Ayudar en cuestiones de salud y seguridad públicas.
- Investigar.
- Cumplir la ley.
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajar con un médico forense o director de funeraria.
- Atender las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otras administraciones públicas.
- Responder a demandas y acciones legales.

## Sus derechos

**Cuando se trata de su información sanitaria, usted tiene ciertos derechos.** En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo. La legislación federal le otorga ciertos derechos en relación con su PHI. Los padres de hijos menores de edad y otras personas con autoridad legal para tomar decisiones sobre la salud de un participante en el Plan pueden ejercer estos derechos en nombre del participante, de conformidad con la legislación estatal.

## Obtenga una copia de los registros sanitarios y de siniestros

- Puede solicitar ver u obtener una copia de su historial médico y de reclamaciones, así como otra información sanitaria que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.

- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamaciones, normalmente en los 30 días siguientes a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.
- Sin embargo, este derecho no se extiende a (1) las notas de psicoterapia, (2) la información recopilada en previsión razonable de, o para su uso en, una acción o un procedimiento civil, penal o administrativo, y (3) cualquier información, incluida la PHI, en cuanto a la cual la ley no permite el acceso. También denegaremos su solicitud de inspeccionar y obtener una copia de su PHI si un profesional de atención médica autorizado contratado por el Plan ha determinado que darle el acceso solicitado tiene una probabilidad razonable de poner en peligro su vida o su seguridad física o la de otra persona, o de causarle un daño sustancial a usted o a otra persona, o que el registro hace referencia a otra persona (que no sea un proveedor de atención médica), y que el acceso solicitado probablemente causaría un daño sustancial a la otra persona.
- En caso de que se le deniegue su solicitud de consultar u obtener una copia de su PHI, podrá solicitar que se revise dicha decisión. Otro profesional sanitario colegiado elegido por el Plan revisará la solicitud y la denegación, y nosotros acataremos la decisión del profesional sanitario.
- Puede presentar una solicitud para inspeccionar u obtener una copia de su PHI completando el formulario correspondiente disponible en el Plan. Podemos cobrarle una tasa para cubrir los costos de fotocopiado, envío por correo u otros suministros directamente relacionados con su solicitud. Se le notificará cualquier costo antes de que incurra en gastos.

### **Pídanos que corriamos la historia clínica y los registros de siniestros**

- Puede pedirnos que corriamos su historia clínica y su historial de siniestros si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos denegar su solicitud, pero le explicaremos por qué por escrito en un plazo de 60 días.
- Puede solicitar modificaciones de su PHI completando el formulario correspondiente disponible en el Plan.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una forma concreta (por ejemplo, teléfono particular o de la oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables, y debemos aceptar nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.
- Usted puede solicitar la comunicación confidencial de su PHI completando un formulario apropiado disponible en el Plan.

### **Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos determinada información sanitaria para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si puede afectar a su atención.
- El Plan no aceptará ninguna restricción que le haga violar o incumplir cualquier requisito legal. Si aceptamos su restricción o limitación solicitada, respetaremos la restricción hasta que usted acepte poner fin a la restricción o hasta que le notifiquemos que estamos poniendo fin a la restricción con respecto a la PHI creada o recibida por el Plan en el futuro.

- Puede presentar una solicitud de restricción del uso y divulgación de su PHI completando el formulario de solicitud correspondiente disponible en el Plan.

### **Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información sanitaria durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas (1) relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (2) sobre usted; (3) incidentales a un uso o una divulgación permitidos o requeridos por la ley; (4) de conformidad con una autorización proporcionada por usted; (5) para directorios o para personas involucradas en su atención médica u otros fines de notificación permitidos por la ley; (6) para fines de seguridad nacional o inteligencia; (7) para instituciones correccionales o funcionarios de aplicación de la ley; (8) que forman parte de un conjunto de datos limitado; (9) que ocurrieron más de seis años antes de su solicitud. Proporcionaremos un informe una vez al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en costos si solicita otro dentro de los 12 meses.
- Puede solicitar una rendición de cuentas completando el formulario de solicitud correspondiente disponible en el Plan.

### **Obtener una copia de este aviso de privacidad.**

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le enviaremos una copia en papel lo antes posible.

### **Designar a alguien que actúe en su nombre**

- Si ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información sanitaria.
- Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de emprender cualquier acción.

### **Presentar una denuncia si considera que se vulneran sus derechos**

- Puede presentar una queja si cree que hemos vulnerado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros:

**Responsable de Privacidad**  
**Fideicomiso de Salud y Bienestar de Trabajadores de Lavanderías y Tintorerías**  
**Local N.º 52**  
**1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor**  
**Los Ángeles, CA 90017**  
**(800) 524-8687 o (562) 463-5060 Teléfono**  
**(562) 463-5894 FAX**

Puede presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

## Usted elige

**En el caso de determinada información sanitaria, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de solicitar que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en el pago de su atención médica.
- Compartamos información en caso de catástrofe.

*Si no puede decirnos lo que prefiere, por ejemplo si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos, *nunca* compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información

## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿Cómo solemos utilizar o compartir su información sanitaria?

Para proteger la privacidad de su PHI, el Plan no solo vela por la seguridad física de su PHI, sino que también limita la forma en que su PHI se utiliza o divulga a terceros. Podemos utilizar o divulgar su PHI de determinadas formas permitidas que se describen a continuación. En la medida en que lo exija la ley federal de privacidad de la información sanitaria, utilizamos la cantidad mínima de su PHI necesaria para realizar estas tareas. Normalmente utilizamos o compartimos su información sanitaria de las siguientes maneras.

### Ayudar a gestionar el tratamiento sanitario que recibe.

Podemos utilizar su información sanitaria y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

*Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.*

### Dirigir nuestra organización.

Podemos utilizar y divulgar su información para gestionar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. Podemos utilizar y divulgar su PHI para numerosas funciones administrativas y de control de calidad necesarias para el correcto funcionamiento del Plan.

No estamos autorizados a utilizar información genética para decidir si le damos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de asistencia a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos su información sanitaria para desarrollar mejores servicios para usted.

### **Pagar sus servicios sanitarios.**

Podemos utilizar y divulgar sus datos sanitarios mientras pagamos sus servicios sanitarios.

*Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.*

### **Administrar su plan**

Podemos revelar su información sanitaria al patrocinador de su plan de salud o a socios comerciales para la administración del plan.

*Ejemplo: Su empresa contrata con nosotros un plan de salud y nosotros le facilitamos determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*

### **¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras formas, normalmente de forma que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Ayudar en cuestiones de salud y seguridad públicas.**

Podemos compartir información sanitaria sobre usted para:

- prevenir enfermedades;
- ayudar en la retirada de productos;
- informar reacciones adversas a los medicamentos;
- informar sospechas de malos tratos, abandono o violencia doméstica;
- prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

### **Realizar investigaciones**

Podemos utilizar o compartir su información para la investigación sanitaria.

### **Cumplir la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajar con un médico forense o director de funeraria.**

- Podemos compartir información sanitaria sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información sanitaria con un forense, médico forense o director de funeraria cuando fallece una persona.

## **Atender las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otras administraciones públicas**

Podemos utilizar o compartir información sanitaria sobre usted:

- en caso de siniestro laboral;
- para fines policiales o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley;
- con organismos de control sanitario para actividades autorizadas por la ley;
- para funciones gubernamentales especiales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

## **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir información sanitaria sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

## **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de sus datos sanitarios protegidos.
- Le informaremos con prontitud si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la aquí descrita a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, comuníquenoslo por escrito.

### **Para obtener más información:**

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## **Períodos de inscripción especiales**

Según las disposiciones de la ley HIPAA, una persona elegible y los dependientes elegibles podrán inscribirse durante períodos de inscripción especiales.

Se aplica un período de inscripción especial cuando usted o sus dependientes elegibles pierden otra cobertura de salud o cuando incorpora a un nuevo dependiente elegible por matrimonio, nacimiento, adopción o cuidado de acogida. Usted o sus dependientes elegibles que se inscriban durante un período de inscripción especial no estarán sujetos a las disposiciones sobre inscripción tardía.

Si usted o sus dependientes elegibles pierden otra cobertura de salud, podrá inscribirse durante un período de inscripción especial si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- a) usted o su dependiente elegible contaba con cobertura de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro de salud cuando pasó a ser elegible inicialmente para recibir la cobertura de este Plan;
- b) la cobertura en este Plan fue rechazada;

- c) perdió la cobertura del otro plan de salud grupal o la cobertura de seguro de salud por una de las siguientes razones:
- la otra cobertura de salud grupal es la continuación de la cobertura de COBRA, y la cobertura se ha agotado; o bien
  - la otra cobertura es un plan de salud grupal u otra cobertura de seguro de salud y ha finalizado como resultado de la pérdida de elegibilidad o se han suspendido los aportes del empleador a la otra cobertura;
  - la pérdida de elegibilidad incluye una pérdida de la cobertura como consecuencia de una separación legal, divorcio, fallecimiento, desvinculación del empleo, reducción del horario de trabajo y cualquier pérdida de elegibilidad después de un plazo que se cuenta en relación con cualquiera de los hechos anteriores;
  - la pérdida de elegibilidad no incluye una pérdida debido a la falta de pago oportuno de las primas por parte de la persona o el Participante o debido a la finalización de la cobertura con justa causa, y;
- d) usted o su dependiente elegible se inscriben dentro de los 31 días que siguen a la pérdida de la cobertura.

Si ha sido elegible pero no está inscrito e incorpora un dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o cuidado de acogida, usted y los nuevos dependientes elegibles podrán inscribirse durante un período de inscripción especial.

El período de inscripción especial es de 30 días a partir de la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o acogida para la adopción. Si se presenta una solicitud de inscripción completa durante el plazo de 30 días, la fecha de entrada en vigencia de la cobertura será la siguiente:

- en caso de contraer matrimonio, el primer día del primer mes calendario que sigue a la fecha en la que se recibe la solicitud de inscripción completa; o
- en caso de un nacimiento, adopción o acogida para la adopción de un dependiente, la fecha de dicho nacimiento, adopción o acogida para la adopción.



## RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

En caso de sufrir un accidente, lesión, enfermedad o afección que lo afecten a usted o a su dependiente y se haya provocado por una acción u omisión de un tercero, usted o su dependiente deberán completar (1) la Planilla Informativa de Responsabilidad de Terceros con respecto al accidente, lesión, enfermedad o afección y (2) el Acuerdo de Reconocimiento del Derecho de Retención en Equidad y Subrogación (el "Acuerdo").

Con respecto a las lesiones o accidentes laborales, deberá obtener el tratamiento necesario mediante el proveedor de indemnización laboral de su empleador, y no mediante este Plan. Sin embargo, si usted finalmente solicita o recibe un tratamiento que es consecuencia de una lesión o un accidente laboral, o posiblemente lo sea, el pago de los beneficios por parte del Plan también está supeditado a que tanto usted como su abogado, si corresponde, firmen y devuelvan el mismo "Acuerdo de Reconocimiento del Derecho de Retención en Equidad y Subrogación".

El Acuerdo le permite al Plan recuperar los beneficios que tiene o que pagará en relación con el accidente, la lesión, la enfermedad o la afección (denominadas en adelante "Accidente"). El Acuerdo establece que usted y sus dependientes reconocen el derecho de retención en equidad que tiene el Plan sobre cualquier importe que usted o el Plan de un tercero o de cualquier otra fuente (ya sea por medio de una liquidación o una sentencia, o de otro modo) en relación con ese Accidente. El Acuerdo también establece que usted y sus dependientes reconocen por separado el derecho de subrogación del Plan con respecto a cualquier derecho legal que tengan usted o sus dependientes contra dicho tercero, nuevamente por el importe de los beneficios que el Plan les paga a usted o a sus dependientes. Si alguno de los dependientes sufrió una lesión o enfermedad producto del Accidente, cada uno de ellos también deberá firmar el Acuerdo. El padre, la madre o el tutor de un dependiente menor de edad podrán firmar en su nombre.

Formalizar el Acuerdo es una condición de elegibilidad para recibir los beneficios del Plan para usted y sus dependientes. Si no firma dicho Acuerdo o lo incumple, esto será causal de denegación de los beneficios o el resarcimiento en virtud del Plan, independientemente de que dichos beneficios estén o no relacionados con el Accidente del que participó un tercero. También se le podrá exigir a usted o a su dependiente, o a su abogado, que entregue al Plan informes periódicos sobre el estado de su reclamación contra el tercero o cualquier otra reclamación vinculada, previa solicitud de dicha información por parte del Plan.

Si usted o su dependiente reciben un resarcimiento por parte de un tercero, por ejemplo, debido a lesiones derivadas de un accidente automovilístico, el Plan podrá tener un derecho preferencial de reembolso de los resarcimientos totales y parciales, incluso si usted o su dependiente no son reembolsados en su totalidad o no han recibido el importe total de los daños y perjuicios reclamados. Esto significa que usted o su dependiente deben reembolsar al Plan el 100 % del importe de los beneficios que abonó el Plan, incluso si usted o su dependiente no reciben el pago de ningún importe en concepto de resarcimiento de ninguna fuente. El Plan también tendrá el derecho de subrogación, es decir, de tomar medidas en su nombre o en nombre de su dependiente, con o sin el consentimiento de usted o de su dependiente, a fin de garantizar el derecho preferencial de retención o reembolso de un resarcimiento de cualquier fuente que se le abone a usted o a su dependiente. No podrán deducirse del resarcimiento del Plan las costas ni los honorarios de los abogados sin el consentimiento por escrito del Plan.

Asimismo, el Plan tendrá derecho al reembolso de cualquier fuente responsable del Accidente hasta el importe que haya abonado el Plan. Si los importes de la retención en equidad, la retención preferencial o el reembolso del 100 % son inferiores a los importes que usted o su dependiente recibieron en resarcimiento, usted reembolsará al Plan el importe total de dicho resarcimiento, sin perjuicio de las costas y los honorarios de abogados incurridos por usted o su dependiente para obtener dicho resarcimiento. El Plan no será responsable de las costas ni los honorarios de sus abogados o los de sus dependientes, salvo que el Plan haya aceptado pagar dichos honorarios o costas por escrito.

Los Fiduciarios, a su entera discreción, podrán desistir de cualquier derecho de reembolso, subrogación o cesión, o afectarlo.

No se interpretará que esta disposición exige al Plan el pago de beneficios en sentido contrario de cualquier otra disposición del Plan que excluya el pago de beneficios.

## **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

Los integrantes de una familia suelen recibir cobertura de más de un plan médico o de salud grupal. Como resultado, dos o más planes pagan el mismo gasto. Para evitar este costoso problema, su Plan médico ofrece una disposición de Coordinación de Beneficios. Esta disposición afecta a toda su cobertura médica.

### **¿Cómo funciona la coordinación?**

Si usted o sus dependientes también están cubiertos por otro plan grupal, el importe total recibido de todos los planes nunca deberá superar el 100 % de los “gastos permitidos”. Los beneficios se reducen solo en la medida necesaria para evitar que una persona obtenga ganancias con su cobertura. Los “gastos permitidos” son todos los gastos necesarios y razonables por servicios, tratamientos o insumos médicos u odontológicos cubiertos por uno de los planes en virtud de los cuales usted o sus dependientes reciben cobertura.

Se considera que un “plan” es cualquier seguro grupal que brinde cobertura para tratamientos o servicios médicos con o sin un esquema de seguro. Esto incluye la cobertura de seguro grupal general o con franquicia, consultorio colectivo y cualquier otra cobertura grupal de prepago, planes fiduciarios de trabajadores y empleadores, planes sindicales de asistencia social, planes de la organización del empleador, cualquier cobertura en virtud de programas gubernamentales y cualquier cobertura exigida o proporcionada por la ley, incluido el seguro automotor independiente de la culpa que exige el estado.

Esta disposición de Coordinación de Beneficios no se aplicará a ninguna otra cobertura por la cual usted pague el total la prima.

Si tiene cobertura de otro plan con una red o grupo exclusivo de proveedores, como una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), y no le corresponde recibir el pago de beneficios por parte de este plan ni del otro plan, no se aplicará esta disposición de Coordinación de Beneficios. Para la coordinación entre este plan y una HMO, solo podrán incluirse deducibles, coseguro o copagos y, salvo respecto de los servicios de emergencia, solamente si el proveedor es un proveedor preferido en virtud de este plan y de la HMO.

### **¿Qué plan paga primero?**

Cuando hay dos o más planes, uno de los planes involucrados es el plan “principal” y los otros planes son “secundarios”. El plan principal paga los beneficios en primer lugar y sin tener en cuenta los demás planes. Los planes secundarios, luego, compensan la diferencia hasta el total de gastos permitidos. Ningún plan pagará más de lo que hubiera abonado de no existir esta disposición.

Si un plan no incluye una disposición de Coordinación de Beneficios, ese será el plan principal. Si varios planes tienen una disposición de Coordinación de Beneficios, se determinará de la siguiente manera cuál es el principal y cuáles son secundarios:

## **1. Empleado activo, jubilado o desvinculado**

El plan que brinda cobertura a una persona en carácter de empleado que no haya sido desvinculado ni se haya jubilado (o en carácter de dependiente de esa persona) paga los beneficios en primer lugar. El plan que cubre a esa persona en carácter de empleado desvinculado o jubilado (o en carácter de dependiente de esa persona) paga los beneficios en segundo lugar.

## **2. Empleado/Dependiente**

El plan que brinda cobertura a la persona en carácter de empleado paga los beneficios en primer lugar. El plan que brinda cobertura a la persona en carácter de dependiente paga los beneficios en segundo lugar.

## **3. Hijos dependientes de padres que no están separados ni divorciados**

El plan que brinda cobertura al padre o madre cuya fecha de cumpleaños ocurre primero en el año paga en primer lugar. El plan que cubre al padre o madre cuya fecha de cumpleaños ocurre más adelante en el año paga en segundo lugar. Si el padre y la madre cumplen años el mismo día, pagará en primer lugar el plan que haya brindado cobertura al padre o a la madre durante más tiempo. El plan que haya proporcionado cobertura al otro padre durante menos tiempo pagará en segundo lugar. El año de nacimiento de una persona no es relevante para la aplicación de esta regla.

## **4. Hijos dependientes de padres separados o divorciados**

Cuando los padres están separados o divorciados:

- a) el plan del progenitor biológico que tiene la tenencia paga en primer lugar;
- b) el plan del cónyuge del progenitor biológico que tiene la tenencia (el padrastro o la madrastra con quien vive el niño) paga en segundo lugar; y
- c) el plan del progenitor biológico que no tiene la tenencia del niño paga en último lugar.

Esta orden de pago podrá verse modificada si existe una sentencia de divorcio o separación legal en la que se ordena a uno de los padres que se haga responsable económicamente de los gastos de atención médica del niño.

## **5. Mayor o menor duración de la cobertura**

Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de los beneficios, el plan que haya brindado cobertura a una persona durante más tiempo pagará en primer lugar. El plan que haya brindado cobertura a una persona durante menos tiempo pagará en segundo lugar.

## **PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES**

Estos son los procedimientos para presentar reclamaciones por beneficios en virtud del Plan de Indemnización del Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de los Trabajadores de Lavandería y Tintorería, Local N.º 52 (el Plan). Dichos procedimientos abarcan todos los beneficios del Plan de Indemnización, incluidos los beneficios de hospitales, médicos, recetas y medicamentos. Esta sección también proporciona información sobre cómo presentar reclamaciones para otros

beneficios, incluidos los beneficios oftalmológicos, odontológicos, de recetas y de telemedicina y consultas médicas en línea.

## Presentación de reclamaciones de beneficios según el Plan de Indemnización

### Reclamaciones Posteriores al Servicio

Las reclamaciones posteriores al servicio son reclamaciones para el pago de tratamientos, servicios o insumos que ya se le han proporcionado. **Puede obtener un formulario de reclamación llamando al Plan al (562) 463-5060.**

#### Autorización previa:

Se requiere autorización previa para determinados servicios cubiertos, que incluyen, entre otros, atención médica domiciliaria, internaciones hospitalarias que no sean de emergencia, cirugía para pacientes internados (**si no se autoriza previamente, se reducen los beneficios**) y centros de enfermería especializada. Consulte las páginas 36 y 37, y la sección a continuación sobre reclamaciones previas al servicio y reclamaciones de atención de urgencia.

Complete detenidamente todas las secciones requeridas del Formulario de Reclamación y entréguelo a su médico. Luego, su médico debe enviar el Formulario de Reclamación completo y su factura detallada a Aetna a la siguiente dirección:

Aetna Life Insurance Company  
P.O. Box 981106  
El Paso, TX 79998-1106

**Presentación electrónica de reclamaciones:** si su proveedor (médico, laboratorio, hospital, residencia para mayores u otro) presenta su reclamación de manera electrónica, esta debe cumplir con los estándares federales para la transmisión electrónica de reclamaciones médicas, y debe incluir la siguiente información:

- nombre completo, fecha de nacimiento y dirección del paciente;
- relación del paciente con el empleado;
- CPT-4 (el código para servicios médicos y otros servicios de atención médica que se encuentra en la publicación *Current Procedural Terminology, Fourth Edition* (Terminología de Procedimientos Actuales, cuarta edición), tal como la mantiene y distribuye la Asociación Médica Estadounidense) ICD-10 (el código de diagnóstico que se encuentra en la publicación *International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> Edition, Clinical Modification* (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición, modificación clínica) tal como la mantiene y distribuye el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU.);
- servicios prestados (incluidas las fechas de los servicios);

- nombre del empleado elegible, su número de Seguro Social y su número de sindicato local;
- cargos facturados (las facturas deben estar desglosadas y detallar todas las fechas de las consultas médicas);
- cantidad de unidades (para la anestesia y otras reclamaciones determinadas);
- número de identificación del contribuyente (TIN) federal y *código de identificación de proveedor nacional (NPI)* del proveedor;
- nombre y dirección de facturación, número de teléfono y título profesional o número de licencia del proveedor;
- firma del proveedor;
- si el tratamiento se debe a un accidente, detalles del accidente (se le pedirá que firme el Acuerdo de Reconocimiento del Derecho de Retención en Equidad y Subrogación para reembolsar al Plan si recibe una indemnización por daños y perjuicios);
- información sobre otros seguros, si corresponde;
- en caso de fallecimiento, se debe enviar al Plan una notificación por escrito de la reclamación y una copia certificada del certificado de defunción.

**Monto permitido/Cargos permitidos:** el Plan pagará los Servicios Cubiertos hasta un “monto permitido” o “cargo permitido”, que es la tarifa negociada que acordó aceptar un proveedor dentro de la Red de Proveedores Preferidos del Plan (proveedor de la PPO) en contraprestación por prestar los Servicios Cubiertos. El Importe Permitido o Cargo Permitido para un Servicio Cubierto no superará el cargo real.

En el plan PPO, además de un proveedor o centro de la red, también tiene la opción de elegir un centro o proveedor fuera de la red. Sin embargo, los proveedores o centros fuera de la red no tienen un contrato o acuerdo para prestar servicios a menor costo. Por lo tanto, el monto facturado será probablemente mayor. **Además, si recurre a un proveedor fuera de la red, el Fideicomiso solo pagará el 60 % del importe habitual, acostumbrado y razonable (UCR)**, a menos que se trate del tipo de reclamación que entra en el ámbito de la Ley Sin Sorpresas (NSA), para la que se aplica en su lugar un Importe de Pago Cualificado (QPA), tal y como se describe a continuación.

El UCR es el costo del Servicio Cubierto, cuando no lo presta un proveedor de la PPO, no supera el nivel general de los cargos que cobran otras personas que prestan o proporcionan servicios, tratamientos o insumos similares dentro de la misma área geográfica o una similar en la que se encuentra el proveedor, y por lesiones físicas o enfermedades que sean comparables en gravedad y naturaleza con las lesiones físicas o enfermedades tratadas actualmente o con anterioridad por el proveedor. La UCR se sitúa en el percentil 80 del índice de referencia de Salud Justa. Esto significa que, de 100 proveedores que prestan un servicio específico en la misma zona geográfica o en una similar, el UCR será el 80º más alto.

Por lo tanto, si recurre a un proveedor o centro de salud fuera de la red y ese proveedor o centro cobra más que el monto UCR, usted será responsable del pago del 40 % del monto UCR MÁS cualquier cargo que supere el monto UCR. El monto que el proveedor cobra que es superior al monto UCR se denomina "saldo", y el proveedor puede facturarle ese saldo, así como el 40 % del monto UCR. Por lo tanto, el costo para usted será, generalmente, más bajo si elige un proveedor o centro de la red.

Los montos de la facturación del saldo (es decir, el saldo adeudado a los proveedores fuera de la red por los montos facturados por encima del monto UCR) no se incluyen en el máximo de gastos de bolsillo. Esto significa que cuando el monto facturado supera el monto UCR, usted es responsable del pago de ese exceso aunque haya alcanzado el máximo de su bolsillo. Por consiguiente, a menos que se trate de un servicio al que se aplique el QPA, en el caso de que recurra a un proveedor fuera de la red, su parte de la factura es el 40 % del monto UCR más el monto de la facturación del saldo. Su parte del monto UCR se tendrá en cuenta para su máximo de bolsillo. Sin embargo, el monto de la facturación del saldo (es decir, cualquier monto que deba pagar por encima del monto UCR) no se tendrá en cuenta para su máximo de bolsillo.

**Importes de pago admisibles (QPA):** si los artículos y servicios están incluidos en una de estas tres categorías, su parte del costo será la misma que si los servicios se obtuvieran dentro de la red, incluidos los copagos y los deducibles. (1) servicios de urgencia fuera de la red, (2) servicios que no sean de urgencia prestados por proveedores no participantes en centros participantes, y (3) servicios de ambulancia aérea prestados por proveedores no participantes de servicios de ambulancia aérea. En estas circunstancias, el pago al proveedor por estos artículos y servicios será el QPA, que es la tarifa mediana contratada aplicable establecida por la red de proveedores, en lugar del importe de "Cantidad Permitida" o "Cargos Permitidos".

**Coseguro, copago y deducible:** este Plan no aplica deducibles. Es posible que deba abonar una parte del total Importe Permitido, Cargo Permitido o Importe de Pago Calificado, según corresponda, hasta que los costos totales que haya pagado alcancen el límite máximo de gastos de bolsillo (límite de OOP) que establece el plan, después del cual el Plan pagará el costo total de los Servicios Cubiertos. Un pago de coseguro es un porcentaje de un Cargo Permitido o QPA que debe abonarse cuando el Plan paga el porcentaje que le corresponde del Cargo Permitido o QPA. Un copago suele ser un importe fijo en dólares, y se debe pagar cada vez que reciba un Servicio Cubierto que esté sujeto a copagos. Las descripciones completas de los montos de coseguro y copago que se le podrán exigir se encuentran en el documento "Resumen de Cobertura de Beneficios" que le ha proporcionado el Plan.

**Recuperación de pagos en exceso:** si el Plan realiza un pago de beneficios, a usted o en su nombre, que supera el monto del beneficio que tiene derecho a recibir, el Plan podrá exigir la devolución del pago en exceso. El Plan tiene el derecho de reducir, por el importe del pago en exceso, el pago de cualquier beneficio futuro en el Plan efectuado a un Participante o en su nombre. Otra forma en que se recuperan los pagos en exceso es reducir los pagos futuros al proveedor por el importe del pago en exceso. Estos pagos futuros podrán comprender a este Plan o a otros planes de salud gestionados por el administrador externo del Plan (Aetna). Mediante este proceso, Aetna reduce los pagos futuros a los proveedores por el importe de los pagos en exceso que recibieron y, luego, acredita el importe recuperado al plan que pagó en exceso al proveedor. Los pagos a los proveedores en virtud de este Plan están sujetos a este mismo proceso cuando Aetna recupera los pagos en exceso de otros planes administrados por Aetna.

Este derecho no afecta a ningún otro derecho de resarcimiento que el Plan pueda tener con respecto a los pagos en exceso.

**Si un proveedor intenta facturarle a usted o a sus Dependientes, o de otro modo cobrarle a usted o a sus Dependientes de manera personal, debido a que Aetna ha compensado su pago al proveedor por un pago en exceso al proveedor, no realice ningún pago al proveedor antes de comunicarse con el Plan.**

### **Reclamaciones Previas al Servicio**

Las reclamaciones previas al servicio son reclamaciones que exigen una autorización previa antes de que se preste el tratamiento. Se requiere la autorización previa de Aetna para todos los elementos de la lista nacional de certificación previa de Aetna, incluidos, entre otros, la atención médica domiciliaria, las internaciones hospitalarias, determinados servicios relacionados con el comportamiento y las estadías en centros de enfermería especializada.

Encontrará una lista completa de los servicios que requieren autorización previa en <https://www.aetna.com/health-care-professionals/precertification/precertification-lists.html>.

También puede encontrar este enlace en la página web del Plan: <http://laundryfund.org/other-links.html>.

Además de lo indicado en los enlaces anteriores, deberá obtener una autorización previa en las siguientes situaciones:

- Cirugías y servicios médicos que no son de emergencia que figuran en la lista de certificación previa de Aetna
- Internaciones hospitalarias que no son de emergencia
- Servicios de salud conductual, entre los que se incluyen:
  - Internaciones hospitalarias
  - Internaciones en un centro de tratamiento residencial (RTC)
  - Programas de hospitalización parcial (PHP)
  - Análisis de comportamiento aplicado (ABA)
  - Estimulación magnética transcraneal (EMT)
  - Todas las internaciones hospitalaria en un centro de enfermería especializada

Para los servicios indicados anteriormente y en el sitio web de Aetna, se requiere autorización previa. Si recibe alguno de estos servicios de un proveedor de la red, este obtendrá automáticamente la autorización previa correspondiente. Si recibe estos servicios de un proveedor fuera de la red, tendrá que consultar con el proveedor para asegurarse de que ha obtenido la autorización previa correspondiente. Para ello, pregunte al proveedor si ha obtenido una autorización previa antes de que realice el servicio y pídale que visite el enlace de arriba.

Si no se obtiene una aprobación de la autorización previa para un procedimiento aplicable fuera de la red, se le cobrará una penalización de \$200. Si se determina que el procedimiento no es médicamente necesario, se le cobrará el costo total del procedimiento.

Para internaciones hospitalarias que no sean de emergencia, usted, su médico o la institución deberán llamar y solicitar una autorización previa por lo menos 14 días antes de la fecha programada para su internación.

### **Autorización previa para reclamaciones de atención de urgencia**

Una solicitud de autorización previa es una reclamación que involucra la atención de urgencia en caso de que el plazo estándar de 15 días para notificarlo de una decisión respecto de la autorización previa pudiera:

- (a) poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar el máximo de sus funciones, o
- (b) en opinión de un médico con conocimiento de su estado de salud, lo sometiera a un dolor intenso que no podría controlarse adecuadamente sin la atención médica o el tratamiento para el cual solicita la autorización previa.

El Plan determina si su reclamación es una **Reclamación de Atención de Urgencia** al aplicar el criterio de un lego prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina. Alternativamente, cualquier reclamación que un médico con conocimiento de su afección médica determine que es una **Reclamación de Atención de Urgencia**, según el significado descrito anteriormente, será tratado como una **Reclamación de Atención de Urgencia**.

Para iniciar una Reclamación de Atención de Urgencia que implique la autorización previa de un beneficio hospitalario, incluida una estadía en el hospital en una habitación semiprivada, determinadas pruebas de diagnóstico ambulatorias, estadías en centros de enfermería especializada y atención médica domiciliaria, debe llamar a **Aetna al (888) 632-3862**. Si la Reclamación de Atención de Urgencia implica un servicio o procedimiento que **no** figura en esta lista, debe llamar al Plan al (562) 463- 5060.

**ATENCIÓN DE EMERGENCIA:** Tenga en cuenta que los procedimientos de la Reclamación de Atención de Urgencia descritos en este aviso no se aplican a la atención de emergencia. En caso de tener una emergencia médica, debe acudir a la sala de emergencias del hospital más cercano. El término “emergencia” significa el surgimiento repentino de una afección que requiere un tratamiento inmediato, entre las que se incluyen ataques cardíacos, intoxicaciones, pérdidas del conocimiento o convulsiones. Los cargos por estos servicios se presentarán como reclamaciones posteriores al servicio y estarán sujetos a los límites y exclusiones del Plan.

### **Reclamaciones de Atención Simultánea**

Una reclamación concurrente es una reclamación que involucra un plan de tratamiento en curso que se reconsidera después de recibida la autorización previa inicialmente, y da lugar a una reducción, suspensión o extensión de un beneficio. Un ejemplo de este tipo de reclamación sería una estadía en el hospital originalmente autorizada por cinco días que se revisa a los tres días a fin de determinar si los cinco días completos son apropiados. En esta situación, la decisión de reducir, suspender o prolongar el tratamiento se toma de manera simultánea con la prestación del tratamiento.

Para solicitar una extensión u otra modificación de un beneficio hospitalario que haya sido autorizado previamente, incluida una internación hospitalaria en una habitación semiprivada, cirugía ambulatoria,



diagnóstico ambulatorio de análisis de laboratorio de más de \$500 por procedimiento, estadías en centros de enfermería especializada e insumos médicos de atención médica domiciliaria, usted o su proveedor debe llamar a **Aetna al (888) 632-3862**.

### **Otras reclamaciones**

Si tiene cobertura de un seguro de vida a término o beneficios por muerte accidental y desmembramiento, y desea iniciar una reclamación, comuníquese con el Plan para obtener los formularios necesarios y las instrucciones específicas sobre cómo presentar el comprobante de pérdida. Por ejemplo, las reclamaciones de beneficios por muerte deben presentarse al Plan junto con una copia certificada del certificado de defunción.

### **Controversias de elegibilidad**

Si su reclamación se rechaza porque no figura como elegible en los registros del Plan, su estado de elegibilidad será resuelto por el Plan de acuerdo con los plazos descritos a continuación, en función de la clasificación de su reclamación como “urgente”, “previa al servicio”, “posterior al servicio”, etc.

### **Qué NO es una “reclamación” según estos procedimientos**

- Las meras consultas sobre las disposiciones del Plan que no estén relacionadas con ninguna solicitud de beneficios específicos no se tratarán como una reclamación de beneficios. Por ejemplo, llamar al Plan y preguntar si el Plan cubre la terapia del habla no es una reclamación de beneficios.
- Una solicitud de autorización previa respecto de la cobertura del Plan de un tratamiento, servicio o insumo médico que su médico haya recomendado no es una “reclamación” en virtud de estos procedimientos, salvo que el Plan le exija obtener una autorización previa. Por ejemplo, la solicitud de autorización previa de un procedimiento ambulatorio no es una condición obligatoria para recibir los beneficios, y no se la considerará una solicitud de beneficios.
- De acuerdo con las reglamentaciones federales, una “reclamación” no incluye el intento de surtir una receta en una farmacia minorista. Por otro lado, un “reclamación” incluye los intentos de surtir una receta a través de una farmacia de pedidos por correo. Sin embargo, en cualquiera de estos casos, si su solicitud de receta se deniega, total o parcialmente, podrá presentar una apelación mediante los procedimientos que se describen a continuación.
- Las solicitudes para determinar si una persona es elegible para recibir beneficios no se considerarán una reclamación según estos procedimientos, salvo que se deniegue una reclamación específica de beneficios por falta de elegibilidad.

## CUÁNDO DEBEN PRESENTARSE LAS RECLAMACIONES

Las reclamaciones de servicios que se hayan recibido o las reclamaciones de beneficios por muerte deben presentarse al Plan dentro de los 90 días que siguen a la fecha en que se incurrió en el gasto o se sufrió la pérdida. No se denegará ni reducirá su reclamación debido a una demora en la presentación si no puede enviar la reclamación en el plazo de 90 días, siempre y cuando la envíe lo antes que pueda, pero en ningún caso después de un año a partir de la fecha en que se incurrió en el gasto o se sufrió la pérdida.

Si la reclamación no está completa, se le notificará a usted o a su representante autorizado sobre las pruebas adicionales requeridas para establecer si se debe pagar o no una reclamación. El Administrador del Fondo podrá, por ejemplo, solicitar documentación complementaria o los resultados de un examen físico o de laboratorio para adjudicar una reclamación médica. Este aviso se le proporcionará a usted o a su representante autorizado tan pronto como sea razonablemente posible, a más tardar cinco (5) días para una reclamación previa al servicio o 24 horas para una reclamación de atención urgente. En el caso de una reclamación de atención urgente, el aviso puede ser proporcionado a usted o a su representante de forma oral, a menos que usted o su representante soliciten un aviso por escrito. Si no coopera con dichos requisitos, su reclamación puede ser denegada.

## REPRESENTANTE AUTORIZADO

Un representante autorizado, como su cónyuge, podrá completar el formulario de reclamación en su nombre si usted no puede hacerlo por sus propios medios y ha designado previamente a la persona para que actúe en su nombre. El Plan podrá proporcionar un formulario para designar a un representante autorizado. El Plan podrá solicitar información adicional para verificar que esta persona esté autorizada para actuar en su nombre. Aunque haya designado a un representante autorizado para que actúe en su nombre, usted debe firmar personalmente un formulario de reclamación y presentarlo al Plan por lo menos una vez al año.

Un profesional de la salud con conocimiento de su afección médica podrá actuar como representante autorizado en relación con una **Reclamación de Atención de Urgencia** sin que usted tenga que completar el formulario de autorización especial.

## PLAZOS DE NOTIFICACIÓN DE LA DETERMINACIÓN SOBRE LAS RECLAMACIONES DE BENEFICIOS

El plazo en el cual se lo notificará de la determinación sobre su reclamación de beneficios variará en función de la clasificación de su reclamación. Lea atentamente cada sección para determinar qué procedimiento es aplicable a su solicitud de beneficios:

### **Reclamaciones Posteriores al Servicio**

Por lo general, se le notificará una determinación sobre su **Reclamación Posterior al Servicio** en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la reclamación por parte del Plan. Este plazo podrá ser prorrogado una vez por el Plan hasta un máximo de 15 días si la prórroga es necesaria por causas ajenas al Plan. Si es necesaria una prórroga, se le notificarán, antes de que finalice el plazo inicial de 30 días, las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha en la que el Plan espera tomar una decisión.

Si se necesita una extensión porque el Plan necesita información adicional de su parte, en la notificación de extensión se especificará la información que se necesita. En ese caso, tendrá 45 días a partir de la recepción de la notificación para suministrar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de ese plazo, se denegará su reclamación. Durante el plazo en que se le permite suministrar información adicional, se suspenderá el plazo habitual para tomar una determinación sobre la reclamación. El plazo para tomar la determinación se suspende desde la fecha de la notificación de extensión hasta 45 días o la fecha en que usted responda a la solicitud (lo que ocurra primero). Luego, el Plan tendrá 15 días para tomar una determinación sobre una **Reclamación Posterior al Servicio** y notificarlo de la determinación.

### **Reclamaciones Previas al Servicio**

Para las Reclamaciones **Previas al Servicio** debidamente presentadas, se le notificará la determinación dentro de los 15 días que siguen a la recepción de la reclamación, salvo que se necesite tiempo adicional. El plazo de respuesta podrá prorrogarse hasta 15 días si es necesario debido a cuestiones que escapan al control de Aetna. Se le notificarán las circunstancias que requieren la extensión del plazo y la fecha en que se espera que se tome una determinación.

Si se necesita una extensión porque Aetna necesita información adicional de su parte, en la notificación de extensión se especificará la información que se necesita. En ese caso, usted o su médico tendrán 45 días a partir de la recepción de la notificación para suministrar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de ese plazo, se denegará su reclamación. Durante el plazo en que se le permite suministrar información adicional, se suspenderá el plazo habitual para tomar una determinación sobre la reclamación. El plazo para tomar la determinación se suspende desde la fecha de la notificación de extensión hasta 45 días o la fecha en que usted responda a la solicitud (lo que ocurra primero). Aetna tendrá 15 días para tomar una determinación sobre una **Reclamación Previa al Servicio** y notificarlo de la determinación.

Si su proveedor presenta incorrectamente una **Reclamación Previa al Servicio**, se lo notificará a usted o a su proveedor lo antes posible, como máximo 5 días después de recibir el reclamación, de los procedimientos adecuados que deben seguirse para presentar una reclamación. Se enviará una notificación de una Reclamación Previa al Servicio presentada de manera incorrecta solamente si la reclamación incluye (i) su nombre; (ii) su afección o síntoma específicos; y (iii) un tratamiento, servicio o producto específico para el cual se solicita la aprobación. No constituirá una reclamación hasta tanto se haya presentado de la manera correcta.

### **Reclamaciones de Atención Urgente**

A diferencia de las internaciones de emergencia que no requieren autorización previa, para una internación urgente, usted, su médico o la institución deberán llamar antes de la fecha programada para su internación. Una internación de urgencia es una internación hospitalaria por parte de un médico debido al surgimiento o cambio en una enfermedad, el diagnóstico de una enfermedad o una lesión.

Si solicita la autorización previa de una **Reclamación de Atención de Urgencia**, Aetna responderá a su solicitud con una determinación por teléfono lo antes posible, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, en un plazo máximo de 72 horas desde que Aetna recibe la reclamación (en el caso de una solicitud de autorización previa de un beneficio hospitalario).

La determinación también se confirmará por escrito.

Si se recibe una **Reclamación de Atención de Urgencia** sin la información necesaria que permita determinar si los beneficios tienen cobertura o deben pagarse, y en qué medida, se lo notificará a su médico lo antes posible, en un plazo máximo de 24 horas desde que se recibe la reclamación, de la información específica necesaria para completar la reclamación. Usted o su médico deben proporcionar la información especificada en un plazo de dos días hábiles. Si la información no se proporciona dentro de ese plazo, se denegará su reclamación.

Se lo notificará de la determinación en un plazo máximo de 48 horas desde que se recibe la información especificada, solamente si la información se recibe dentro del plazo establecido.

Si su médico presenta incorrectamente una **Reclamación de Atención de Urgencia**, se lo notificará lo antes posible, en un plazo máximo de 24 horas desde la recepción de la reclamación, de los procedimientos adecuados que deben seguirse para presentar una reclamación. No constituirá una reclamación hasta tanto se haya presentado de la manera correcta.

### **Reclamaciones simultáneas**

En el caso de que el Plan haya autorizado previamente un plan de tratamiento en curso que debe proporcionarse durante un tiempo determinado o una serie de tratamientos, y se tome la determinación de suspender o reducir dicho plan de tratamiento (de otro modo que no sea la modificación o la finalización del plan), Aetna lo notificará (para una internación hospitalaria) lo antes posible, pero en cualquier caso con una antelación suficiente que le permita resolver una apelación antes de que se reduzca o suspenda el beneficio.

Cualquier solicitud de un reclamante para extender un tratamiento de atención de urgencia aprobado se procesará en un plazo de 24 horas desde que se recibe la reclamación, siempre y cuando esta se reciba por lo menos 24 horas antes del vencimiento del tratamiento aprobado. Una solicitud para extender un tratamiento aprobado que no involucre atención de urgencia se decidirá de acuerdo con los plazos para las reclamaciones previas o posteriores al servicio, según corresponda.

### **Otros reclamaciones:**

El Plan lo notificará de su determinación sobre reclamaciones de beneficios por muerte o beneficios por muerte accidental y desmembramiento dentro de los 90 días posteriores a la recepción de la reclamación. Este plazo podrá extenderse hasta 90 días adicionales por circunstancias especiales. Si se aplica una extensión, se lo notificará de la extensión y las circunstancias antes del vencimiento del primer plazo de 90 días.

### **Contenido de la notificación de la determinación**

- Se lo notificará de la denegación de una reclamación por escrito, tanto si esta es total o parcial. La notificación indicará lo siguiente:
- las razones específicas de la determinación;
- la referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se fundamenta la denegación;

- una descripción de cualquier material o información adicional necesaria para formalizar la reclamación, y una explicación de por qué el material o la información son necesarios;
- una descripción de los procedimientos de apelación y los plazos aplicables;
- una declaración de su derecho a entablar una demanda en virtud de la Sección 502(a) de la ley ERISA después de una determinación adversa de beneficios en revisión, pero solo después de haber agotado primero los procedimientos de reclamación y apelación mencionados en el presente documento.
- Si la determinación de su reclamación se fundamentó en una norma, pauta o protocolo internos, recibirá una copia de la norma o una declaración de que está disponible sin cargo previa solicitud.
- Si la determinación se basó en la ausencia de necesidad médica, en que el tratamiento fue experimental o de investigación o en otra exclusión similar, recibirá una explicación del criterio científico o clínico de la determinación que aplica los términos del Plan a su reclamación, o una declaración de que la explicación está disponible sin cargo previa solicitud.
- Para las **Reclamaciones de Atención de Urgencia**, la notificación describirá el proceso de revisión expeditiva aplicable a las **Reclamaciones de Atención de Urgencia**. Para las **Reclamaciones de Atención de Urgencia**, la determinación requerida podrá proporcionarse de manera verbal y luego enviarse una notificación por escrito.

## **Reclamaciones de prestaciones dentales, oftalmológicas y de medicamentos recetados**

**Reclamaciones de beneficios oftalmológicos:** si tiene cobertura oftalmológica y acude a un proveedor oftalmológico del panel de miembros de Vision Service Plan (VSP), no es necesario que presente una reclamación. Los proveedores de servicios oftalmológicos contratados por VSP presentarán las reclamaciones directamente ante VSP. Si consulta a un proveedor de VSP, usted será responsable del copago correspondiente por los servicios prestados. Si acude a un proveedor de servicios oftalmológicos que no forma parte del panel de miembros de VSP, deberá presentar su reclamación de reintegro directamente ante VSP. Encontrará más detalles en los folletos para miembros de VSP. Llame al Plan o a **VSP (800) 877- 7195** para obtener una copia del folleto para miembros actual.

**Beneficios de medicamentos recetados:** el Fondo accede a la red Express Scripts de proveedores farmacéuticos y otros servicios relacionados con medicamentos recetados a través de RxBenefits. Por ello, algunos aspectos de sus beneficios de medicamentos recetados se rigen por RxBenefits y sus normas y procedimientos, mientras que otros se rigen por Express Scripts y sus normas y procedimientos. Revise estos materiales detenidamente para asegurarse de que se comunica con el proveedor de servicios farmacéuticos adecuado para su problema o inquietud. La información de contacto de Express Scripts y RxBenefits se puede encontrar en la página B.

Si tiene cobertura de medicamentos recetados y acude a una farmacia participante en la red Express Scripts (ESI), no es necesario que presente una reclamación. Los proveedores contratados por ESI presentarán las reclamaciones de medicamentos recetados directamente ante ESI. Usted es responsable del copago correspondiente por los medicamentos recetados con cobertura. Si el medicamento tiene cobertura, generalmente se le informará esto en la farmacia. Si debe surtir una receta en un caso de emergencia, comuníquese con Express Script para averiguar dónde hacerlo.

**Plan Odontológico HMO (DHMO) y Plan Arizona PPO (AZ):** la cobertura de los beneficios odontológicos se proporciona a través del Plan Odontológico United Concordia. Para ser elegible, debe enviar el formulario de inscripción correspondiente en el cual seleccione un odontólogo del directorio de proveedores de United Concordia.

Consulte los documentos del plan DHMO o del plan AZ, según corresponda, para conocer los procedimientos de reclamación correspondientes. Consulte también estos documentos si tiene alguna pregunta sobre la cobertura fuera del país.

### **DHMO**

Si cuenta con cobertura odontológica a través de DHMO y acude a un proveedor odontológico de la red United Concordia, no es necesario que presente una reclamación. Los proveedores de United Concordia presentarán las reclamaciones odontológicas directamente ante United Concordia. Salvo que se trate de una emergencia, no podrá acudir a un proveedor que pertenezca a la red United Concordia.

### **Plan Arizona**

Si tiene cobertura odontológica a través del Plan Arizona y acude a un proveedor odontológico de la red United Concordia, no es necesario que presente una reclamación. Los proveedores de United Concordia presentarán las reclamaciones odontológicas directamente ante United Concordia. Si acude a un proveedor que no pertenece a la red United Concordia, deberá presentar su reclamación de reintegro directamente ante United Concordia.

Llame al Plan o a United Concordia al **(800) 937-6432** para obtener los documentos del plan y los materiales de inscripción y reclamaciones.

### **MediExcel Dental**

Si tiene cobertura odontológica a través del plan odontológico de MediExcel y acude a un proveedor odontológico de la red MediExcel, no es necesario que presente una reclamación. Los proveedores de MediExcel presentarán las reclamaciones odontológicas directamente ante MediExcel. Las reclamaciones por servicios de emergencia se procesan como apelaciones. Consulte la sección “Apelaciones” en la página 43 a continuación para obtener información adicional.

## **PROCEDIMIENTOS DE APELACIONES**

En esta sección, se describe el procedimiento que debe seguir si su reclamación es denegada total o parcialmente y desea apelar la decisión. Estos procedimientos de apelación también se aplican cuando se ha denegado una certificación previa a la internación hospitalaria por recomendación de Aetna.

También se proporciona a continuación información adicional sobre apelaciones relacionadas con la denegación de elegibilidad de una reclamación oftalmológica por parte de Vision Service Plan, la denegación de beneficios de medicamentos recetados por parte de Express Scripts, la denegación de beneficios de seguro de vida o por muerte accidental y desmembramiento por parte de Prudential Life Insurance Company, y la denegación de beneficios odontológicos por parte de United Concordia o MediExcel.

Si su reclamación es rechazada total o parcialmente, o si no está de acuerdo con la determinación que se tomó sobre una reclamación, podrá solicitar una revisión. Su solicitud de revisión debe reunir los siguientes requisitos:

- debe presentarla por escrito usted o su representante autorizado;

- debe indicar los motivos para impugnar la denegación;
- debe ir acompañada de cualquier documento pertinente que aún no se haya proporcionado al Plan;
- debe presentarse al Plan en un plazo de 180 días desde que recibe la notificación de denegación.

Si no presenta una apelación que cumpla con todos estos criterios, esto constituirá una renuncia de su derecho a una revisión de la denegación de su reclamación.

Las apelaciones que involucren la determinación adversa de una **Reclamación de Atención de Urgencia** podrán efectuarse comunicándose por teléfono al Plan al **(800) 524-8687**. **Las apelaciones de reclamaciones de atención de urgencia deben enviarse directamente al Plan y no a Aetna.**

### **Proceso de revisión**

El proceso de revisión funciona de la siguiente manera:

Usted tiene derecho a presentar comentarios, documentos, registros y otros datos que respalden su reclamación de beneficios. El Plan le proporcionará, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otros datos relevantes para su reclamación. Un documento, registro u otro dato es relevante si el Plan lo utilizó como fundamento para tomar la determinación; se presentó, consideró o generó en relación con la reclamación (independientemente de si sirvió como fundamento), acredita el cumplimiento con los procesos administrativos del Plan para garantizar una toma de decisiones uniforme; o constituye una declaración de la política del Plan con respecto al tratamiento o servicio denegado.

Si lo solicita, se le proporcionará la identificación de los expertos médicos o profesionales, si los hubiere, que asesoraron al Plan sobre su reclamación, independientemente de si el Plan fundamentó la determinación de su reclamación en dicho asesoramiento.

Una persona diferente revisará su apelación; esta persona no será un subordinado de quien originalmente denegó su reclamación. El revisor no hará una consideración favorable de la determinación inicial adversa sobre los beneficios. La determinación se tomará sobre la base de los registros, incluidos los documentos y comentarios adicionales que usted podrá enviar en relación con la reclamación.

Si su reclamación se denegó sobre la base del criterio médico (como una determinación de que el tratamiento o servicio no era médicamente necesario, o era de investigación o experimental), se consultará a un profesional de la salud que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en un campo de la medicina pertinente. Dicho profesional no será una persona a quien se haya consultado en relación con la determinación inicial que es el objeto de la apelación, ni un subordinado de dicha persona.

## Plazos de notificación de la determinación sobre la apelación

- **Reclamaciones Previas al Servicio:** se le notificará la determinación sobre la revisión en un plazo de 30 días desde que el Plan recibe la apelación.
- **Reclamaciones de Atención Urgente:** se le notificará la determinación sobre la revisión en un plazo de 72 horas desde que el Plan recibe la apelación. **Debe asegurarse de que cualquier apelación de reclamación de atención de urgencia se envíe directamente al Plan y no a Aetna.**
- **Reclamaciones Posteriores al Servicio:** por lo general, las determinaciones sobre apelaciones que involucren reclamaciones Posteriores al Servicio se tomarán en la siguiente reunión ordinaria programada del Consejo Directivo después de recibir su solicitud de revisión. Sin embargo, si su solicitud de revisión se recibe en el Plan dentro de los 30 días posteriores a la siguiente reunión ordinaria programada, su solicitud de revisión podrá analizarse en la segunda reunión ordinaria programada después de recibir su solicitud. En circunstancias especiales, es posible que se necesite una prórroga hasta la tercera reunión ordinaria programada después de recibir su solicitud de revisión. Se le informará por escrito con anticipación si será necesaria esta extensión. Una vez que se haya tomado una determinación sobre la revisión de su reclamación, el Plan lo notificará de la determinación lo antes posible, en un plazo máximo de 5 días desde que se tomó la determinación.
- **Reclamaciones de asistencia simultánea:** la determinación se tomará de la misma manera que para las Reclamaciones Previas o Posteriores al Servicio, o las Reclamaciones de Atención de Urgencia, según corresponda.
- **Otros reclamaciones:** la determinación respecto de una apelación que involucre beneficios por muerte o por muerte accidental y desmembramiento se tomará de la misma manera que para las Reclamaciones Posteriores al Servicio.

## Notificación de la determinación sobre la revisión

La determinación respecto de cualquier revisión de su reclamación se le notificará por escrito. La notificación de la denegación de una reclamación en revisión indicará lo siguiente:

- las razones específicas de la determinación;
- la referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se fundamenta la denegación;
- Una declaración que exprese que usted tiene derecho a que se le brinde acceso razonable y copias de todos los documentos relevantes para su reclamación, previa solicitud y sin cargo.
- Una declaración de su derecho de entablar una demanda según la Sección 502(a) de la ley ERISA tras una determinación adversa de los beneficios en revisión.
- Si el plan fundamentó su determinación en una norma, pauta o protocolo internos, recibirá una copia de la norma o una declaración de que está disponible sin cargo previa solicitud.



- Si la determinación se basó en la necesidad médica, en que el tratamiento fue experimental o de investigación o en otra exclusión similar, recibirá una explicación del criterio científico o clínico de la determinación que aplica los términos del Plan a su reclamación, o una declaración de que la explicación está disponible sin cargo previa solicitud.
- Usted y su plan pueden tener otras opciones alternativas de resolución voluntaria de disputas, como la mediación. Una forma de averiguar lo que puede estar disponible es ponerse en contacto con la oficina local del Departamento de Trabajo de los EE. UU. y con el ente regulador de seguros de su Estado".
- El Consejo Directivo tiene la autoridad y la facultad discrecionales para investigar hechos, corregir omisiones, resolver ambigüedades del Plan, interpretar los términos del Plan, tomar determinaciones de elegibilidad para los beneficios y resolver otros conflictos en virtud del Plan. La denegación de una reclamación respecto de la cual se ha renunciado al derecho de revisión, o la decisión del Consejo o de su Comité de Apelaciones designado con respecto a una petición de revisión, es definitiva y vinculante para todas las partes, incluido el reclamante o el solicitante. Usted podrá entablar una demanda en virtud de la ley ERISA, pero solo después de haber agotado en primer lugar los procedimientos de reclamaciones y apelaciones descritos en el presente documento. Después de la emisión de la determinación por escrito del Consejo sobre una apelación, quedarán agotados los derechos de apelación ante el Consejo.

### **Limitaciones temporales para iniciar una demanda**

No podrá entablar una demanda para obtener beneficios hasta después de haber agotado en primer lugar los procedimientos de reclamaciones y apelaciones descritos en el presente documento. La demanda deberá entabarse en un plazo de un año a partir de la fecha de la determinación final del Plan sobre su apelación.

### **Procedimientos de revisión externa**

Después de haber agotado el procedimiento interno de apelaciones del Plan (descrito anteriormente) y si no está conforme con la determinación final realizada por el Plan, podrá optar por participar en el programa de revisión externa del Plan. Este programa solo se aplica si la reclamación se ha denegado por alguno de estos motivos:

- razones clínicas;
- las exclusiones por servicios experimentales, de investigación o sin eficacia comprobada; u
- otras disposiciones de la ley vigente.

A partir del 1 de enero de 2022, la revisión externa es aplicable a las decisiones adversas sobre prestaciones de artículos y servicios incluidos en el ámbito de aplicación de la Ley "Sin sorpresas", entre los que se incluyen los siguientes puntos:

- Servicios de emergencia externos a la red;

- servicios que no sean de emergencia prestados por proveedores no participantes en centros participantes; y
- (3) servicios de ambulancia aérea prestados por proveedores de servicios de ambulancia aérea no participantes

Este programa de revisión externa ofrece un proceso de revisión independiente orientado a analizar la denegación de un servicio o procedimiento solicitado o la denegación de pago por un servicio o procedimiento. El proceso está disponible sin cargo para usted después de que haya agotado el proceso interno de apelaciones del Plan y haya recibido una determinación de beneficios final adversa por parte del Plan en su apelación interna. Podrá solicitar una revisión externa por parte de una organización de revisión independiente (IRO) en un plazo de 4 meses a partir de la notificación de la denegación de la apelación interna.

La notificación de denegación de la apelación interna del Plan le informará sobre su derecho a solicitar una apelación de revisión externa, sus derechos de revisión externa y su derecho a presentar una demanda ante un tribunal federal en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (“ERISA”), con sus modificaciones. La revisión externa será realizada por un médico independiente o por un médico cualificado para decidir si el servicio o procedimiento solicitado es un servicio de salud cubierto en virtud del Plan. La IRO ha sido contratada por el Plan y no tiene una vinculación sustancial con el Plan ni participación en este. El Plan elegirá a la IRO sobre la base de una lista rotativa de IRO aprobadas. En algunos casos, un panel de médicos podrá llevar a cabo la revisión independiente, según lo considere apropiado la IRO. Dentro de los plazos aplicables a partir de la recepción de una solicitud de revisión independiente por parte del Plan, la solicitud se remitirá a la IRO, junto con lo siguiente:

- todos los registros médicos relevantes;
- todos los demás documentos en los cuales se basó el Plan para tomar una determinación sobre el caso; y
- cualquier otro dato o prueba que el reclamante o su médico ya hayan presentado ante el Plan.

Si hay alguna información o prueba que usted o su médico desean presentar para respaldar su solicitud que no se haya proporcionado anteriormente, podrá incluir esta información con la solicitud de una revisión independiente, y el Plan la incluirá con los documentos enviados a la IRO. Se tomará una determinación dentro de los plazos aplicables. Si el revisor necesita información adicional para tomar una determinación, podrá extenderse este plazo. El proceso de revisión independiente se hará de manera expeditiva si usted cumple los criterios para una revisión externa expeditiva según lo define la ley aplicable.

### **Apelaciones de Express Scripts**

El Fondo accede a la red Express Scripts de proveedores farmacéuticos y otros servicios relacionados con medicamentos recetados a través de RxBenefits. Por ello, algunos aspectos de sus beneficios de medicamentos recetados se rigen por RxBenefits y sus normas y procedimientos, mientras que otros se rigen por Express Scripts y sus normas y procedimientos. Revise estos materiales detenidamente para asegurarse de que se comunica con el proveedor de servicios farmacéuticos adecuado para su problema o inquietud. La información de contacto de Express Scripts y RxBenefits se puede encontrar en la página B.

Las denegaciones de reclamaciones deben apelarse ante Express Scripts. Si debe surtir una receta en un caso de emergencia, comuníquese con Express Scripts para averiguar dónde hacerlo. Para obtener información adicional sobre los procedimientos de apelación relacionados con reclamaciones de beneficios de medicamentos recetados, consulte el documento del plan de Express Scripts que administra RxBenefits.

Las apelaciones de la denegación de la elegibilidad para recibir los beneficios deben presentarse ante el Plan.

### **Apelaciones de beneficios odontológicos de United Concordia**

United Concordia gestiona las apelaciones de acuerdo con sus procedimientos de reclamaciones y apelaciones.

Consulte los documentos del plan DHMO o del plan AZ, según corresponda, para conocer los procedimientos de apelación correspondientes. Llame al Plan o a United Concordia al (800) 937-6432 para solicitar estos documentos o información adicional.

### **Apelaciones de beneficios odontológicos de MediExcel**

MediExcel gestiona las apelaciones, incluidas las reclamaciones por servicios de emergencia, de acuerdo con sus procedimientos de reclamaciones y apelaciones.

Los afiliados pueden presentar una reclamación a MediExcel por cualquiera de los siguientes métodos: (1) una llamada telefónica a los números que se indican a continuación; o (2) a través del formulario de reclamación en línea del Plan que se encuentra en el sitio web de MediExcel en <https://excel.network/claims/preview>.

Plan de Salud MediExcel  
750 Medical Center Ct., Ste 2  
Chula Vista, CA 91911  
En Estados Unidos: (855) 633-4392  
En Baja California, México: (664) 633-8555

Consulte el documento del plan de MediExcel para conocer los procedimientos de apelación correspondientes. Llame al Plan o a MediExcel a los números de teléfono arriba indicados para solicitar estos documentos o información adicional.

### **Apelaciones de VSP**

Si un afiliado de VSP tiene una queja o reclamación con respecto a VSP o a un proveedor de la red de VSP, puede llamar de inmediato a Servicios para Afiliados de VSP al **(800) 877-7195**. Si se presenta una queja y no se resuelve satisfactoriamente en un plazo de cinco (5) días calendario, recibirá una carta de confirmación por escrito y una carta de resolución por escrito en un plazo de treinta (30) días calendario a partir de la recepción.

Para presentar quejas por escrito, puede iniciar sesión en [www.vsp.com](http://www.vsp.com) y completar el formulario de quejas y reclamaciones para afiliados, y enviarlo a: VSP Complaints and Grievances, P.O. Box 2350, Sacramento, CA 95741. VSP responderá por correo postal para confirmar la recepción o informar del estado de la queja en un plazo de cinco (5) días hábiles. VSP resolverá su queja en un plazo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha de recepción, y conservará una copia de su queja y de la respuesta en el archivo durante siete (7) años.

Si el proceso de apelación estándar de treinta (30) días calendario amenaza gravemente la salud o el nivel de las funciones de un afiliado, podrá solicitar una revisión expeditiva de la queja en 24 horas.

### **Apelaciones por beneficios de seguro de vida o muerte accidental y desmembramiento**

La aseguradora gestiona el proceso de apelaciones, como se establece en la Descripción Resumida del Plan de la aseguradora. Puede encontrar más información sobre los procedimientos de apelación del seguro de vida en la Descripción resumida del Plan de la aseguradora o en el Documento del Plan vigente.

## **BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN DE INDEMNIZACIÓN**

### **Programa de beneficios**

Esta SPD contiene solamente un resumen de los beneficios que ofrece el Plan según sus términos. Con esta SPD se proporciona un programa de beneficios por separado. Para obtener información más detallada sobre los beneficios que ofrece el Plan, consulte su Resumen de beneficios y coberturas (SBC). El SBC es una parte integral de esta SPD y se incorpora a esta SPD como referencia.

Comuníquese con el Plan para obtener una copia del SBC, que podrá estar disponible sin cargo para usted.

### **Deducible anual**

Actualmente, el plan no mantiene un deducible por los servicios médicos relacionados. El Plan tampoco mantiene un deducible por la cobertura de medicamentos recetados. Consulte su SBC para obtener detalles adicionales sobre deducibles y beneficios específicos.

### **Límite de gastos de bolsillo**

El límite anual de gastos de bolsillo del Plan (máximo de OOP) para los servicios prestados dentro de la Red de Proveedores Preferidos del Plan es de \$4,000 para personas y de \$8,000 para familias. El límite de gastos de bolsillo es el importe máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos de los proveedores de la Red de Proveedores Preferidos del Plan.

Las primas, los cargos facturados para liquidar el saldo, los pagos por los servicios prestados por proveedores fuera de la red, los servicios de atención médica que este plan no cubre y las sanciones por no obtener la autorización previa para los servicios son gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo del Plan. No hay límite de gastos de bolsillo para el monto de dichos servicios y gastos.

### **Requisitos de autorización previa**

Usted debe obtener una autorización previa para algunos servicios cubiertos, incluidos, entre otros, las internaciones hospitalarias que no sean de emergencia y la atención médica domiciliaria. Es su responsabilidad asegurarse de que se cumplan los requisitos de autorización previa, salvo en la medida en que se indica en el párrafo inmediatamente siguiente.

Para los servicios dentro de la red, su médico es responsable de obtener cualquier autorización previa necesaria antes de proporcionar la atención. Si su médico no obtiene la autorización previa exigida, es posible que Aetna no le pague al proveedor que le brinda la atención. Usted tampoco tendrá que pagar si su médico no obtiene la autorización previa. Si su médico solicita una autorización previa y Aetna la deniega, podrá recibir atención, pero el Plan no la pagará. Consulte su SBC para obtener más detalles.

Por lo general, debe asegurarse de contar con la autorización previa dentro de los plazos que se especifican a continuación. Para los servicios de emergencia, no se exige autorización previa, pero debe notificar a Aetna dentro de los plazos que se indican a continuación. Usted o su médico deben llamar a Aetna al (888) 632-3862 antes de recibir estos servicios para obtener una autorización previa.

Para las <b>internaciones que no son de emergencia</b> :	Usted, su <b>médico</b> o la institución deberán llamar y solicitar una <b>autorización previa</b> al menos 14 días antes de la fecha programada para su internación.
Para una <b>internación de emergencia</b> :	Usted, su <b>médico</b> o la institución deben llamar en un plazo de 48 horas a partir de su internación, o lo antes que pueda.
Para una internación de urgencia:	Usted, su <b>médico</b> o la institución deberán llamar antes de que se programe su internación. Una internación de urgencia es una <b>internación hospitalaria</b> por parte de un médico debido al surgimiento o cambio en una <b>enfermedad</b> , el diagnóstico de una <b>enfermedad</b> o una <b>lesión</b> .
Para los servicios médicos que no son de emergencia y exigen <b>autorización previa</b> :	Usted o su <b>médico</b> deberán llamar por lo menos 14 días antes de que se brinde la atención o se programe el tratamiento o procedimiento.

Si se aprueban sus servicios con autorización previa, la aprobación será válida durante 180 días, siempre y cuando permanezca inscrito en el plan.

Cuando ingrese como paciente internado en una institución, Aetna lo notificará a usted, a su médico y a la institución de la duración de su estadía previamente autorizada. Si su médico recomienda que se extienda la estadía, será necesario autorizar previamente los días adicionales. Usted, su médico o la institución deberán llamar a Aetna lo antes posible, a más tardar el último día autorizado. Aetna revisará y procesará la solicitud de extensión de la estadía. Usted y su médico recibirán una notificación de aprobación o denegación.

Si la autorización previa determina que la estadía o los servicios e insumos no son beneficios cubiertos, la notificación explicará los motivos y cómo se puede apelar la determinación de denegación. Usted o su proveedor podrán solicitar una revisión de la determinación de autorización previa. Revise también esta SPD para conocer los procedimientos de apelación en caso de que se deniegue la autorización previa.

Si no está seguro de si un procedimiento necesita autorización previa, comuníquese con el Plan para obtener ayuda. Consulte su SBC para obtener detalles adicionales sobre este requisito.

Si recibe servicios que requieren autorización de un proveedor fuera de la red, tendrá que consultar con el proveedor para asegurarse de que ha obtenido la autorización previa correspondiente. Para ello, pregunte al proveedor si ha obtenido una autorización previa antes de que realice el servicio y

pídale que visite el enlace de arriba.

Si no se obtiene una aprobación de la autorización previa para un procedimiento aplicable fuera de la red, se le cobrará una penalización de \$200. Si se determina que el procedimiento no es médicamente necesario, se le cobrará el costo total del procedimiento.

## BENEFICIOS MÉDICOS

### Porcentaje por pagar de los cargos cubiertos (es decir, coseguro del monto permitido del Plan o importe de pago calificado)

El coseguro es su parte de los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje del monto permitido por el servicio o, en su caso, del Importe de Pago Cualificado (QPA). Una vez que alcance su límite anual de gastos de bolsillo para los proveedores de la PPO, no pagará nada por los servicios cubiertos adicionales de los proveedores de la PPO durante el resto del año del plan. Su coseguro será menor si utiliza un proveedor PPO.

	Cubierto por el plan* / Coseguro	
	<u>Proveedor PPO</u>	<u>Proveedor que No Pertenece a la PPO</u>
Servicios médicos (que no sean visitas al consultorio y otros procedimientos o servicios determinados)	80 % / 20 %	60 % / 40 %
Servicios de habilitación	80 % / 20 %	60 % / 40 %
Servicio de rehabilitación	80 % / 20 %	60 % / 40 %
Atención en sala de emergencias	80 % / 20 %	80 % / 20 %
Transporte médico de emergencia	80 % / 20 %	80 % / 20 %
Embarazo (servicios profesionales para el parto y el alumbramiento)	80 % / 20 %	60 % / 40 %
Cirugía ambulatoria	80 % / 20 %	60 % / 40 %
Estadía en el hospital	80 % / 20 %	60 % / 40 %
Atención de enfermería especializada	80 % / 20 %	60 % / 40 %
Equipo médico duradero	80 % / 20 %	No cubierto
Servicios de cuidados paliativos	80 % / 20 %	60 % / 40 %
Servicios de salud conductual	80 % / 20 %	60 % / 40 %

\*

Consulte su SBC para obtener detalles adicionales sobre las tarifas de coseguro para beneficios específicos.

Visitas al consultorio

El copago de todas las visitas al consultorio es de \$10 por visita. Esto se aplica a las visitas en el consultorio del médico de atención primaria, en el consultorio de un especialista, en el consultorio de otros médicos y en el consultorio por cuestiones de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias.

### Servicios de Emergencia

En la medida en que lo exija la ley, usted tiene cobertura para determinados servicios de emergencia, ya sea que reciba tratamiento de un proveedor de la PPO o de un proveedor que no pertenezca a la PPO.

El Plan cubrirá los servicios de emergencia fuera de la red (es decir, los servicios de emergencia proporcionados en una institución de un proveedor que no pertenezca a la PPO) si se brindan en relación con una afección médica de emergencia, como si esos servicios fueran prestados por un proveedor de la PPO. Esto significa que los servicios que recibe están sujetos a los mismos copagos y tarifas de coseguro que se aplican en una institución de un proveedor de la PPO.

Si solicita servicios de sala de emergencias, su copago será de \$200, además del coseguro del 20 %. Sin embargo, si ingresa al hospital para una internación después de visitar la sala de emergencias, no se aplicará el copago de la sala de emergencias de \$200.

Las visitas a la sala de emergencias deben limitarse a verdaderos cuadros médicos de emergencia; la sala de emergencias no debe ser necesariamente su primera opción cuando sucede algo inesperado. Las visitas innecesarias a la sala de emergencias le costarán tiempo y dinero. **Los servicios que no sean de emergencia que reciba en la sala de emergencias se pagarán a una tarifa más baja.** Si sus síntomas no son graves o potencialmente mortales, pero requieren atención inmediata, acuda a un centro de atención de urgencia. Normalmente, los centros de atención de urgencia atienden durante un horario extendido por orden de llegada. El Plan puede proporcionarle o remitirle una lista de los centros de atención de urgencia de la red.

Consulte su SBC para obtener detalles sobre este beneficio.

### Transporte médico de emergencia

Se requiere autorización previa para la ambulancia aérea (avión). Los servicios de ambulancia aérea prestados por proveedores de servicios de ambulancia aérea no participantes entran en el ámbito de aplicación de las protecciones de participación en los gastos de facturación por sorpresa de la Ley "Sin sorpresas". Por lo tanto, su parte del costo será la misma que si los servicios se obtuvieran dentro de la red, incluidos los copagos y los deducibles.

Consulte su SBC para obtener detalles adicionales sobre este beneficio.

### Atención preventiva, detección y vacunación

El Plan cubrirá el 100 % (es decir, sin copagos ni coseguro) de determinados servicios de atención preventiva. Es posible que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su Plan.

### Embarazo y servicios de maternidad y parto

No hay copago por las visitas programadas habituales y de rutina al consultorio de atención prenatal. Estas visitas al consultorio están incluidas en la tarifa total de maternidad del proveedor, que incluye atención prenatal y parto. Sin embargo, las visitas posparto al consultorio requieren un copago de \$10 por visita al consultorio.



Para los servicios de maternidad o parto en una institución, los ingresos para internación de pacientes de maternidad que no se deban a una emergencia ni a controles de rutina deben autorizarse previamente por la administración médica de Aetna. Si recurre a un proveedor fuera de la red, el Fideicomiso solo pagará el 60 % del importe habitual, acostumbrado y razonable (UCR), a menos que se trate del tipo de reclamación que entra en el ámbito de la Ley Sin Sorpresas.

### Aborto y servicios relacionados con el aborto

El plan proporcionará servicios de aborto y servicios relacionados con el aborto. Estos estarán cubiertos dentro de la red, sin coseguro, copago o cualquier otro requisito de costo compartido.

### Servicios de rehabilitación

El Plan brinda cobertura para servicios de rehabilitación. No hay límites de visitas para los servicios de terapia del habla, terapia ocupacional o fisioterapia. Consulte su SBC para obtener detalles adicionales sobre este beneficio.

El Plan cubre la atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados o ambulatorios diseñada para restaurar y mejorar las funciones corporales perdidas debido a una lesión o enfermedad. Esta atención se considera médicamente necesaria solamente si trae como resultado una mejora considerable en la función corporal y se espera que continúe. También tiene cobertura la atención destinada a retrasar el deterioro de las funciones corporales causado por enfermedades neurológicas (salvo la terapia del habla).

**Tenga en cuenta que la terapia ocupacional está cubierta por los servicios de rehabilitación a menos que se trate de una enfermedad o lesión laboral cubierta por la indemnización por accidente de trabajo. Las enfermedades derivadas de enfermedades profesionales también están excluidas de la cobertura del Plan.**

La atención de rehabilitación incluye lo siguiente:

- fisioterapia y terapia ocupacional (para que se considere fisioterapia, un fisioterapeuta autorizado debe proporcionar el servicio);
- terapia del habla si se ha perdido la función del habla existente (la capacidad de expresar pensamientos, decir palabras y formar oraciones) y se espera que la terapia del habla restaure el nivel de habla que la persona había alcanzado antes del inicio de la enfermedad o lesión; y
- asesoramiento de rehabilitación u otra asistencia necesaria para que el paciente retome las actividades de la vida diaria, con excepción de los servicios de atención de mantenimiento o educativos, vocacionales o de adaptación social.

La atención de rehabilitación debe formar parte de un programa de servicios formal por escrito compatible con su afección.

### Servicios de habilitación

El Plan brinda cobertura para los servicios de habilitación. Los servicios de habilitación son servicios que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento en la vida diaria (p. ej., terapia para un niño que no camina ni habla a la edad esperada). Las prestaciones de servicios de habilitación para proveedores fuera de la red se cubren al 60 % del importe habitual, acostumbrado y razonable (UCR).

El Plan cubre la terapia de análisis conductual aplicado (ABA) para el trastorno del espectro autista.

Los servicios de salud elegibles incluyen los servicios de terapia de habilitación recetados por su médico. Los servicios deben ser brindados por parte de:

- un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional o del habla autorizado o certificado;
- un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidados paliativos;
- una agencia de atención médica a domicilio;
- un médico.

Los cuidados de enfermería especializada están limitados a un máximo de 30 días por persona y año civil. Los servicios de terapia de habilitación deben seguir un plan de tratamiento específico, indicado por su médico.

Las prestaciones de servicios de terapia ABA para proveedores que no pertenezcan a la PPO están cubiertas al 60 % del importe habitual, acostumbrado y razonable (UCR). Consulte su SBC para obtener detalles adicionales sobre este beneficio.

### Trasplante de órganos

Si bien no existe límite o importe máximo en dólares para el beneficio de trasplante de órganos permitido, hay un coseguro del 25 % del monto permitido del Plan aplicable a los gastos relacionados con el trasplante de órganos.

El trasplante de órganos y otros servicios relacionados deben contar con autorización previa a través de la administración médica de Aetna, y dentro de la red solo se extiende a las instituciones y los médicos que pertenecen a la red de trasplantes de Institutes of Excellence. Los gastos autorizados previamente incurridos por un donante de órganos se considerarán un gasto cubierto si el donante no tiene otra cobertura para este beneficio. **No hay prestaciones para los proveedores o centros fuera de la red.**

Consulte la sección **Exclusiones y limitaciones del Plan de Indemnización** de esta SPD para obtener más información sobre los servicios de trasplante de órganos.

### **Beneficios de salud mental y por abuso de sustancias**

Porcentaje por pagar de los cargos cubiertos (es decir, coseguro del monto permitido del Plan o QPA)

\_\_\_\_\_ Cubierto por el plan / Coseguro

	Proveedor PPO	Proveedor que No Pertenece a la PPO
Servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	80 % / 20 %	60 % / 40 %

El Plan cubre los trastornos de salud mental, salud conductual y por abuso de sustancias del mismo modo en que cubre cualquier otra afección médica.

Hay un copago de \$10 por visita para servicios de salud mental, salud conductual y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, dentro de la red. No se exige una autorización previa para dichos servicios ambulatorios.

El ingreso de pacientes para su internación que no sea de emergencia respecto de los servicios de salud mental, salud conductual y por abuso de sustancias debe contar con autorización previa a través de la administración médica de Aetna.

Consulte su SBC para obtener detalles sobre estos beneficios. Los beneficios de la terapia ABA se describen en la sección “Servicios de habilitación” anterior.

### **Exclusiones y limitaciones del Plan de Indemnización**

Estas exclusiones y limitaciones se aplican a la cobertura de todas las partes del Plan de Indemnización. No se pagarán beneficios para los siguientes servicios y cargos, salvo en la medida en que lo exija la ley:

- (a) los gastos incurridos por enfermedades derivadas de enfermedades laborales; a los fines del Plan, una “enfermedad laboral” significa una enfermedad por la cual usted tiene derecho a recibir beneficios según la Ley de Indemnización Laboral, la Ley de Enfermedades Laborales o leyes similares;
- (b) gastos debidos a lesiones físicas accidentales sufridas durante el trabajo o debido a este;
- (c) hospitalización en un hospital propiedad del gobierno federal o bajo su administración;
- (d) cargos que no se le exige abonar a la persona cubierta;
- (e) servicios, suministros y tratamientos a menos que un médico legalmente cualificado u otro profesional reconocido que preste servicios dentro del ámbito de su licencia determine que son médicamente necesarios;
- (f) servicios de atención prestados en los dientes, nervios de los dientes, procesos gingivales o alveolares, salvo tumores o quistes o según sea médicamente necesario como resultado de una lesión accidental en los dientes naturales y siempre y cuando dicha cobertura mediante el plan médico solo se proporcione cuando la cobertura para la afección no se brinde en virtud del beneficio odontológico por separado;
- (g) servicios cosméticos que incluyen cirugía cosmética, plástica o reconstructiva, salvo cuando la cirugía sea médicamente necesaria debido a una lesión física accidental no ocupacional.

Esta exclusión no se aplica al tratamiento para aliviar una afección resultante de un defecto congénito que afecta la función corporal. Los siguientes servicios quedan específicamente EXCLUIDOS, salvo que sean médicamente necesarios:

- 1) cirugía cuyo objetivo principal es mejorar el aspecto;
  - 2) extirpación o reconstrucción de piel flácida en cualquier parte del cuerpo;
  - 3) cualquier servicio prestado en relación con un agrandamiento, reducción, implante, reimplante o cambio en el aspecto de una parte del cuerpo, incluidos, entre otros, los senos, el rostro, los labios, la mandíbula, el mentón, la nariz, las orejas o los genitales (no están excluidas la cirugía reconstructiva ni las prótesis inherentes a una mastectomía);
  - 4) trasplante o implante de cabello, o cualquier otro tratamiento contra la calvicie o de depilación;
  - 5) exfoliaciones químicas faciales o abrasión de la piel;
  - 6) eliminación electrolítica del vello;
  - 7) cargos por cualquier otro procedimiento quirúrgico o no quirúrgico con fines esencialmente cosméticos;
- (h) refracciones oculares, anteojos, queratotomía radial o cualquier otro procedimiento quirúrgico realizado para corregir la miopía (dificultar para ver de lejos) o la hipermetropía (dificultar para ver de cerca);
- (i) gastos médicos derivados de una guerra o un acto de guerra, declarada o no, participación en un delito grave, disturbio o levantamiento;
- (j) cualquier tratamiento para la adicción a la nicotina;
- (k) no tienen cobertura los gastos de rutina para la atención del recién nacido para pacientes internados, salvo los necesarios para el tratamiento de enfermedades o lesiones físicas de dicho bebé. La circuncisión no es un beneficio cubierto. Sin embargo, consulte la página 7 para conocer los beneficios proporcionados a los recién nacidos según la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres;
- (l) exámenes o servicios físicos de rutina si se proporcionan en relación con el control de peso;
- (m) reversión de la esterilización;
- (n) tratamiento de acupuntura;
- (o) asistencia de apoyo, independientemente de quién recete o preste dicho cuidado;
- (p) cargos por completar formularios de reclamación, cargos por expedientes médicos o legales;
- (q) cualquier cargo que se derive o se relacione directamente con cualquier medicamento, dispositivo o procedimiento médico o quirúrgico que el Plan considere de naturaleza experimental o de investigación;
- (r) trasplantes de órganos que no sean médicamente necesarios;
- (s) Los gastos autorizados previamente incurridos por un donante de órganos no se considerarán un gasto cubierto si el donante tiene otra cobertura para este beneficio;

- (t) trasplantes de órganos experimentales o de investigación;
  - (u) tratamiento mediante cualquier método para problemas de la articulación de la mandíbula, incluido el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ) y trastornos craneomandibulares u otras afecciones del hueso de la mandíbula, el cráneo, el grupo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación;
  - (v) cargos incurridos que son inherentes a intervenciones quirúrgicas de personas intersexuales (transexuales) o cualquier complicación médica resultante;
  - (w) embarazo y aborto (terapéutico y voluntario) para dependientes;
  - (x) pruebas genéticas para establecer la paternidad de un niño o pruebas para determinar el sexo de un niño por nacer;
  - (y) audífonos o su adaptación;
  - (z) servicios integrales para la infertilidad, incluida la tecnología de reproducción asistida (ART) y la fecundación *in vitro* (IVF o Invitro). Sin embargo, el Plan cubrirá el costo de una evaluación inicial para diagnosticar la infertilidad, incluidos los estudios de laboratorio y el tratamiento de cualquier afección médica subyacente que esté cubierta de todos modos por el Plan y se determine que es la causa de la infertilidad;
- (aa) Coste del equipo médico duradero del proveedor que no pertenece a la PPO.

## BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

El Fondo accede a la red Express Scripts de proveedores farmacéuticos y otros servicios relacionados con medicamentos recetados a través de RxBenefits. Por ello, algunos aspectos de sus beneficios de medicamentos recetados se rigen por RxBenefits y sus normas y procedimientos, mientras que otros se rigen por Express Scripts y sus normas y procedimientos. Revise estos materiales detenidamente para asegurarse de que se comunica con el proveedor de servicios farmacéuticos adecuado para su problema o inquietud. La información de contacto de Express Scripts y RxBenefits se puede encontrar en la página B.

El Programa de medicamentos recetados consta de una red de farmacias sin cita previa que participan en la red de Express Scripts y una farmacia de pedidos por correo a través del plan de servicio de pedidos por correo de Express Scripts. Puede obtener sus medicamentos recetados por cualquiera de estas vías. Encontrará más detalles en el folleto para afiliados de Express Scripts. Llame al Plan o a Express Scripts al (888) 287-8151 para obtener una copia del folleto para afiliados vigente.

### Porcentaje por pagar de los cargos cubiertos (es decir, coseguro del Monto Permitido del plan)

	Cubierto por el plan / Coseguro
Medicamentos genéricos (al por menor y por correo)	100 % / 0 %

Medicamentos de marca preferida .....	90 % / 10 %
Medicamentos de marca no preferida .....	80 % / 20 %

Medicamentos de marca preferida

Se aplica un copago máximo de \$15 por un suministro para 30 días de medicamentos de venta al por menor. Se aplica un copago máximo de \$30 por un suministro para 90 días de medicamentos de pedido por correo.

Medicamentos de marca no preferida

Se aplica un copago máximo de \$25 por un suministro para 30 días de medicamentos de venta al por menor. Se aplica un copago máximo de \$50 por un suministro para 90 días de medicamentos de pedido por correo.

Programa de copagos de medicamentos especializados

	<u>Copago</u>
Medicamentos inyectables .....	\$0
Medicamentos orales genéricos .....	\$10
Medicamentos orales de marca .....	\$30

Vacunas

Los afiliados elegibles pueden recibir determinadas vacunas en una farmacia participante de Rx Benefits o Express Scripts, en lugar de acudir al consultorio del médico. Esta prestación no conlleva ningún copago para el afiliado cuando se recibe a través de la farmacia.

Las siguientes vacunas están cubiertas por esta prestación:

- Gripe
- Hepatitis
- Meningococo
- Neumonía
- VPH
- TDaP
- Herpes zóster
- Vacuna infantil

Además, las vacunas contra la COVID-19 estarán disponibles en las farmacias, en consultorios médicos y otros centros de atención clínica. La vacuna estará cubierta por el beneficio médico o de farmacia, según el lugar de administración. Si la vacuna es administrada por una farmacia, estará cubierta por el beneficio de farmacia. Si la vacuna se administra en el consultorio de un médico u otro centro de atención clínica, estará cubierta por el beneficio médico. Puede recibir la vacuna de

su proveedor de la red de Aetna, en cuyo caso la vacuna estará cubierta por el plan médico. No hay copago por la vacunación. Sin embargo, se le podría pedir un copago por la visita al consultorio.

Como opción adicional, la CVS Minute Clinic está presente en la mayoría de las ubicaciones de CVS, así como también dentro de los puntos de venta al público que contienen un CVS en sus establecimientos. Usted puede recibir atención en CVS Minute Clinic por enfermedades menores, vacunas, inyecciones, servicios para mujeres y exámenes físicos y de bienestar. Es posible que deba abonar un copago en el consultorio en el momento de recibir el servicio, que puede variar en función del tipo de servicio. Para encontrar una clínica de CVS Minute Clinic en su área, puede buscar "CVS Minute Clinic" en Google utilizando su celular, tableta, laptop o computadora. También puede llamar a la Oficina Administrativa para obtener ayuda para hallar una clínica de CVS Minute Clinic en su área.

Consulte su SBC o visite [www.Express-Scripts.com](http://www.Express-Scripts.com) para obtener detalles adicionales sobre sus beneficios de medicamentos recetados.

### **Procedimientos de Reclamaciones y Apelaciones**

Consulte la página 32 de esta SPD para conocer los procedimientos de reclamación, y la página 43 para conocer los procedimientos de apelación respecto de determinaciones de elegibilidad.

## **BENEFICIOS OFTALMOLÓGICOS**

El Plan ofrece beneficios oftalmológicos mediante Vision Service Plan (VSP). Los beneficios que se describen en este documento son solamente un resumen de los beneficios proporcionados según su cobertura de VSP a través del Plan. Consulte los folletos de VSP y el programa de beneficios para obtener detalles adicionales sobre sus beneficios de VSP.

Los hijos dependientes, cónyuges y parejas de hecho que hayan sido añadidos a la cobertura VSP de un Participante inscrito tienen derecho a la cobertura oftalmológica aunque no estén inscritos en el plan médico del Plan.

Las asignaciones y los beneficios en virtud de su cobertura de VSP también incluyen lo siguiente:

### **Examen de la retina**

Por un copago adicional, podrá realizarse un examen de la retina como mejora de su examen de WellVision. Consulte los folletos de VSP para obtener detalles adicionales sobre este beneficio.

### **Corrección de la vista con láser**

Podrá recibir un descuento en el precio de la corrección de la vista con láser en las instituciones contratadas por VSP. Consulte los folletos de VSP para obtener detalles adicionales sobre este beneficio.

### **Monturas y lentes**

Puede obtener monturas y lentes cada 12 meses. El Plan ofrece una asignación anual de \$130 para una amplia selección de monturas. Esta asignación se incrementa a \$150 anuales para las marcas de monturas destacadas. También hay una asignación anual de \$130 para lentes de contacto si decide adquirirlas en lugar de los anteojos con montura.

### **VSP Lightcare**

VSP Lightcare le permite utilizar su asignación para monturas y lentes para obtener lentes sin receta (como anteojos de sol y anteojos con filtro de luz azul) de los médicos de la red de VSP.

### **Programa Diabetic Eyecare Plus:**

Usted y sus dependientes cubiertos por el beneficio de VSP (“Personas Cubiertas”) también son elegibles para recibir beneficios adicionales en virtud del Programa Diabetic Eyecare Plus (“DEP Plus”) si usted tiene diabetes.

#### **Servicios Cubiertos por DEP:**

Los exámenes oftalmológicos de las Personas Cubiertas que tienen diabetes están cubiertos por DEP Plus en su totalidad después de un copago de \$20.00. Los servicios oftalmológicos especiales están cubiertos en su totalidad.

#### **Exclusiones y limitaciones de los beneficios de DEP Plus:**

DEP Plus ofrece cobertura para servicios médicos limitados relacionados con la vista. Se entregará a la Persona Cubierta una lista actualizada de estos procedimientos previa solicitud por escrito a VSP. La solicitud debe enviarse a VSP y no al Plan. La frecuencia con la cual se podrán prestar estos servicios depende del servicio específico y del diagnóstico relacionado con dicho servicio.

#### **Los siguientes servicios e insumos no tienen cobertura de DEP Plus:**

1. Servicios o materiales no incluidos específicamente como beneficios del plan en la cláusula adicional sobre beneficios adicionales del Programa Diabetic Eyecare Plus. Comuníquese con VSP o con el Plan para obtener una copia de la cláusula adicional.
2. Marcos, cristales, lentes de contacto o cualquier otro material oftálmico.
3. Entrenamiento ortóptico y visual y cualquier evaluación complementaria asociada.
4. Toda clase de intervención quirúrgica y cualquier servicio preoperatorio o posoperatorio.
5. Tratamiento para cualquier afección patológica.
6. Un examen oftalmológico necesario como condición de empleo.
7. Insulina o medicamentos o insumos de cualquier tipo.
8. Impuestos locales, estatales o federales, salvo cuando la ley exija el pago por parte de VSP.

Consulte la página 43 de esta SPD para obtener información adicional sobre reclamaciones, quejas y apelaciones.



## BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS

La cobertura de los beneficios odontológicos se proporciona a través del plan odontológico de United Concordia (UCCI) o el plan odontológico de MediExcel. Consulte los programas de beneficios que se han incluido por separado con esta SPD para obtener información adicional sobre los beneficios odontológicos.

Llame al Plan, a United Concordia al **(800) 937-6432** o a **MediExcel Dental** al (619) 365- 4346 para obtener los materiales de inscripción.

### **Plan Odontológico HMO (DHMO) y Plan Arizona PPO (AZ)**

Consulte la página 32 de esta SPD para obtener información adicional sobre los procedimientos de reclamaciones, y la página 43 para obtener información adicional sobre los procedimientos de apelación.

### **Plan dental MediExcel**

Consulte la página 32 de esta SPD para obtener información adicional sobre los procedimientos de reclamaciones, y la página 43 para obtener información adicional sobre los procedimientos de apelación.

## BENEFICIOS DE TELEMEDICINA Y CONSULTAS MÉDICAS EN LÍNEA

El Fondo proporciona servicios remotos de telemedicina o consultas médicas en línea a través de la red Aetna. Este programa permite a los participantes y a los hijos dependientes inscritos elegibles acceder a médicos autorizados para recibir consultas médicas que no sean de emergencia. Estas consultas, por lo general, le permiten al médico diagnosticar la dolencia del paciente, recomendar un tratamiento y, si es necesario y apropiado, emitir una receta no controlada por la DEA. El programa está diseñado para brindar acceso a médicos en los estados en los que viven y viajan los participantes y sus dependientes elegibles. Se puede contactar a los médicos por teléfono, Internet o cualquier otro dispositivo o red de telecomunicaciones. Según el programa, todos los médicos deben tener la autorización o certificación adecuadas para ejercer en sus respectivas áreas de especialización.

No se requiere un copago del participante para acceder a la prestación de telemedicina.

## SEGURO DE VIDA

**\*\* COBERTURA PROPORCIONADA A TRAVÉS DE WESTERN HEALTH CARE COALITION EN VIRTUD DE UN CONTRATO DE SEGURO GRUPAL EMITIDO POR PRUDENTIAL INSURANCE COMPANY OF AMERICA.**

**(CONTRATO GRUPAL N.º G-93876-006)**

**EL MONTO DEL SEGURO DE CUALQUIER PERSONA SE BASARÁ EN LO SIGUIENTE:**

Fecha de entrada en vigencia del programa:

1 de diciembre de 2000

**TIPOS DE SEGURO****IMPORTE DEL SEGURO**

---

**PRESTACIÓN DE SEGURO DE VIDA\*\***

Todos los participantes cuyo empleador participante esté incluido en el Fideicomiso de Salud y Bienestar de Trabajadores de Lavanderías y Tintorerías Local N.º 52 5,000.00

**BENEFICIO ACELERADO DEL SEGURO DE VIDA**

Un monto elegido por la persona que no podrá superar el 50 % del monto del seguro de vida.

**BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO\*\***

(Suma principal)

5,000.00

Consulte el folleto o el certificado para conocer las limitaciones o exclusiones que podrían aplicarse.

La cobertura entrará en vigencia solamente si el Participante es elegible para el Plan de acuerdo con las disposiciones de elegibilidad del Plan.

\*\* Las coberturas básicas de seguro de vida a término y por muerte accidental y desmembramiento están avalados por The Prudential Insurance Company, una compañía financiera de Prudential. Este documento es un resumen de sus beneficios y no incluye todas las disposiciones del plan ni las exclusiones y limitaciones que puedan aplicarse. Se podrá solicitar al Plan un Folleto-Certificado con información completa del plan, incluidas las limitaciones y exclusiones. Prevalerán las disposiciones de elegibilidad de esta SPD. Si hay alguna otra discrepancia entre este documento y el Contrato Colectivo o el Folleto-Certificado emitido por Prudential a Western Health Care Coalition, regirán los términos del Contrato Colectivo.

---

**PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES POR BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO**

Si desea presentar una reclamación por el seguro de vida, notifique al Plan lo antes posible para que le entreguen los formularios necesarios. Devuelva al Plan el formulario de reclamación completo junto con los documentos necesarios.

A continuación, se detalla la dirección y el teléfono para obtener cualquier información sobre elegibilidad o formularios de reclamación:

Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar  
Local No. 52 Health & Welfare Trust Fund  
1200 Wilshire Blvd. 5<sup>th</sup> Floor  
Los Ángeles, CA 90017

(800) 524-8687 o (562) 463-5060 Teléfono  
(562) 463-5894 FAX

Si tiene alguna pregunta con respecto a su reclamación, comuníquese con el Plan al número de teléfono anterior. Las normas de elegibilidad de los empleados descritas en el Plan médico también se aplican a la cobertura de seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento.

## **BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA**

Si muere por cualquier causa mientras tiene cobertura del seguro, el beneficio se pagará a su beneficiario. Al cumplir 70 años, el monto de su seguro de vida se reducirá en un 50 %.

## **BENEFICIARIO**

Podrá designar como su beneficiario a quien usted desee. Puede cambiar de beneficiario en cualquier momento completando el formulario correspondiente. La modificación entrará en vigencia cuando el Plan reciba el formulario completo.

Si no designa a un beneficiario, o si su beneficiario fallece antes que usted, el beneficio se pagará a la primera línea de beneficiarios supervivientes, de la siguiente manera:

- a) su cónyuge;
- b) sus hijos;
- c) sus padres;
- d) sus hermanos y hermanas;
- e) sus albaceas o administradores.

## **FINALIZACIÓN DE BENEFICIOS DEL PLAN**

Su cobertura finaliza la fecha que suceda primero entre las siguientes:

- a) la fecha en que el Consejo Directivo suspenda los beneficios proporcionados por el Plan o el Plan de Beneficios al que usted pertenece;
- b) la fecha del cese de los aportes hechos en su nombre;
- c) la fecha en la que deje de ser elegible.

## **PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN**

Si ya no es elegible para un seguro de vida grupal debido a una reducción de su seguro de vida, o si ya no es elegible para la cobertura, podrá convertir ese beneficio en cualquier forma de seguro de vida individual habitualmente ofrecido por Prudential Life Insurance Company, excepto un seguro temporal.

No necesitará un examen médico. Sin embargo, debe completar el formulario de solicitud y enviarlo con el primer pago de la prima a Prudential Life Insurance Company, a más tardar 31 días después de que finalice su seguro de vida grupal.

El valor nominal de su nueva póliza no podrá ser mayor que el monto que tenía en virtud del plan grupal. La tarifa que pague dependerá de su edad (en el cumpleaños más cercano a la fecha de emisión de la póliza individual) y su clase de riesgo en el momento de su conversión.

También podrá hacer la conversión si sus beneficios de seguro de vida finalizan porque concluye la póliza. Se considerará que tiene una discapacidad total cuando, como resultado de una lesión física o enfermedad, no pueda participar de manera continua en ninguna ocupación para la que esté cualificado en función de su nivel de educación, formación o experiencia.

En este caso, sin embargo, debe tener una discapacidad total en la fecha en la que se extingue la póliza o debe haber recibido cobertura del plan grupal durante por lo menos cinco años. Podrá hacer la conversión del seguro hasta el monto del seguro de vida que tiene según este Plan, menos cualquier monto nuevo que pueda tener o para el cual pueda ser elegible en virtud de otro plan grupal en un plazo de 31 días desde la extinción de la póliza.

Si usted fallece durante el plazo de 31 días tras la finalización de su seguro de vida grupal, la compañía de seguros de vida pagará los beneficios del seguro de vida grupal al último beneficiario que usted haya designado, independientemente de si usted solicitó una póliza de seguro de vida individual o no.

### **BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (cobertura las 24 horas)**

Se abonará este beneficio si usted, mientras cuenta con cobertura del seguro, sufre cualquiera de las pérdidas mencionadas a continuación como resultado de un hecho puramente accidental. La pérdida debe ocurrir en un plazo de 90 días a partir de la fecha del accidente para que corresponda el pago de los beneficios. Este beneficio es adicional a sus otros beneficios en virtud de este Plan.

### **QUIÉN RECIBIRÁ BENEFICIOS**

En caso de muerte, los beneficios se pagarán al beneficiario que usted designe. En caso de que sufra cualquier otra pérdida, los beneficios se le pagarán a usted.

### **BENEFICIOS**

#### **Por la pérdida de:**

vida  
Ambas manos  
Ambos pies  
La vista en ambos ojos  
una mano y un pie  
principalUna mano y visión de un ojo  
Una mano o un pie  
La vista de un ojo

#### **El beneficio es:**

La suma principal  
La suma principal  
La suma principal  
La suma principal  
La suma  
La suma principal  
La mitad de la suma principal  
La mitad de la suma principal

Si sufre más de una pérdida en un accidente, no se pagará un importe superior al monto total de su beneficio. El monto total es la suma principal.

## **DEFINICIONES**

1. La “suma principal” es el monto del beneficio que se indica en la página 63.
2. La “pérdida de una mano o un pie” significa que la extremidad está cercenada en la articulación de la muñeca o del tobillo o encima.
3. La “pérdida de la vista” significa la pérdida total e irreversible de la vista.

## **PÉRDIDAS SIN COBERTURA**

El Plan no pagará un beneficio por ninguna pérdida que esté ocasionada de manera directa, indirecta o parcial por los siguientes motivos:

- a) trastorno o enfermedad físicos o mentales;
- b) infección bacteriana, salvo que dicha infección sea el resultado de una lesión física accidental;
- c) suicidio o lesiones autoinfligidas intencionalmente mientras tiene plena salud mental;
- d) participación en un delito grave;
- e) guerra, declarada o no declarada, cualquier acto de guerra, o cualquier resistencia a una invasión o agresión armada, o a una acción policial internacional con uso de armas por parte de cualquier país o por las Naciones Unidas o cualquier otra asamblea de naciones;
- f) participación activa en un disturbio.

# INFORMACIÓN EXIGIDA SEGÚN LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE EMPLEADOS DE 1974 (ERISA)

1. Nombre del Plan: Fideicomiso de Salud y Bienestar de Trabajadores de Lavanderías y Tintorerías del Local N.º 52

2. Patrocinador del Plan y el administrador del Plan:

El Consejo Directivo del Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de los Trabajadores de Lavandería y Tintorería, Local N.º 52, es el patrocinador y administrador del Plan. El Consejo Directivo celebró un contrato con Benefit Programs Administration para la prestación de servicios administrativos al Fideicomiso.

3. Dirección del Consejo Directivo:

Board of Trustees  
Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52  
Health and Welfare Trust Fund  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017

(800) 524-8687 o (562) 463-5060 Teléfono  
(562) 463-5894 FAX

4. Dirección del administrador:

Administración de Programas de Beneficios  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017

(800) 524-8687 o (562) 463-5060 Teléfono  
(562) 463-5894 FAX

5. Integrantes del Consejo Directivo:

**Fideicomisarios del Empleador**

Sr. Brad Champagne  
Mission Linen Supply  
702 East Montecito Street  
Santa Bárbara, CA 93103

Sr. Scott Cornwell  
Gerente general  
Braun Linen Services  
P.O. Box 348  
Paramount, CA 90723

**Fideicomisarios del Sindicato**

Sra. Cristina Vázquez - Directora Regional  
Western States Regional Joint Board, Workers United  
920 South Alvarado Street  
Los Ángeles, CA 90006

Sra. María Rivera  
Western States Regional Joint Board, Workers United  
920 South Alvarado Street  
Los Ángeles, CA 90006

Sra. Evelyn Zepeda  
Western States Regional Joint Board, Workers United  
920 South Alvarado Street  
Los Ángeles, CA 90006

Sr. Juan Flores  
Western States Regional Joint Board, Workers United  
920 South Alvarado Street  
Los Ángeles, CA 90006

6. Número de identificación de empleador:

El número de identificación del empleador del Plan a los fines de completar el formulario DOL 5500 es 95-6537860, y ante el IRS es 95-6048415. El Número del Plan es 501.

7. Plazo de mantenimiento de registros:

El Plan se extiende durante un año calendario, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre. Las obligaciones de presentación de informes gubernamentales del Plan se determinan según el año del plan al que correspondan.

8. Nombre y dirección de la persona designada como representante para las notificaciones de procesos legales:

Benefit Programs Administration  
1200 Wilshire Blvd., 5th Floor Los  
Angeles, CA 90017

9. Tipo de plan y administración:

El Plan es un fideicomiso Taft-Hartley. El Plan proporciona beneficios de seguro médico, medicamentos recetados, odontológicos, oftalmológicos y de seguro de vida. El Plan es administrado por el Consejo Directivo con la colaboración de Benefit Programs Administration.

El Plan se lleva adelante de conformidad con los convenios colectivos y una escritura de fideicomiso que constituyen el Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de los Trabajadores de Lavandería y Tintorería, Local N.º 52. El Plan pone a disposición los convenios colectivos previa solicitud por escrito, y también están disponibles para su inspección en el Plan.

10. Fuente de los aportes al Plan y el mecanismo de financiación mediante el cual se proporcionan los beneficios:

El empleador efectúa todos los aportes al plan en nombre del Participante según el convenio colectivo.

Una lista de los empleadores patrocinadores y sus direcciones está disponible para su consulta en la Oficina Administrativa del Plan. El plan se autofinancia para los beneficios médicos (a excepción de los Participantes cubiertos por el programa HMO de MediExcel), oftalmológicos y de medicamentos recetados que se pagan con los activos del plan. Los seguros odontológico, oftalmológico y de vida se proporcionan a través de proveedores contratados.

11. Procedimientos de Reclamaciones y Apelaciones

Consulte las páginas 32 a 43.

## **SUS DERECHOS EN VIRTUD DE LA LEY ERISA**

Usted dispone de algunos derechos y protecciones que otorga la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (ERISA) .

### **Acceso a la información**

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Examinar, sin cargo, en el Plan, todos los documentos requeridos del Plan, incluidos los convenios colectivos, los contratos de seguro, los informes anuales detallados (Formulario serie 5500) y las descripciones presentadas por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU. y disponibles en la Sala de Información Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA).
- Obtener copias de todos los documentos requeridos del Plan, como contratos de seguro, convenios colectivos, copias del informe anual más reciente y la descripción resumida del plan, si las solicita por escrito al Plan. El Plan podrá cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que el Plan proporcione a cada afiliado una copia de este resumen del informe anual.

### **Continuación de la cobertura de salud grupal**

- Si pierde la cobertura de salud que brinda el Plan, para la cual usted, su Cónyuge (solamente odontológica y oftalmológica) o Pareja de Hecho, o los Hijos Dependientes, son elegibles, y la pérdida de la cobertura es el resultado de un evento calificado, es posible que usted, su Cónyuge o Pareja de Hecho, o sus Hijos Dependientes, deban pagar la continuación de la cobertura. Revise esta descripción resumida del plan y los documentos que rigen el Plan para



conocer las normas relacionadas con sus derechos de continuación de la cobertura de COBRA.

- Previa solicitud, en un plazo máximo de 24 meses tras perder la cobertura, se le proporcionará un Certificado de cobertura acreditable del Plan cuando pierda la cobertura del Plan, cuando tenga derecho a elegir la continuación de la cobertura de COBRA, cuando finalice la continuación de la cobertura de COBRA, pero únicamente si lo solicita antes de perder la cobertura.

### **Responsabilidad fiduciaria**

Además de establecer los derechos de los participantes del Plan, la ley ERISA impone obligaciones a las personas responsables de gestionar el Plan, denominadas “fiduciarios”. Los fiduciarios tienen la responsabilidad de gestionar el Plan con prudencia y en beneficio de todos los afiliados del Plan y los dependientes elegibles. Nadie, incluido su empleador o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que reciba un beneficio de asistencia social de este Plan o que ejerza sus derechos en virtud de la ley ERISA.

### **Ejerza sus derechos**

Si su reclamación de beneficios se deniega total o parcialmente:

- debe recibir una explicación por escrito del motivo de la denegación, obtener copias de los documentos relacionados con la determinación sin cargo; y
- tiene derecho a que el Plan revise y reconsidere su reclamación mediante el procedimiento de apelación.

De conformidad con la ley ERISA, hay medidas que puede tomar para ejercer sus derechos:

- Si solicita una copia de los documentos del plan o el informe anual más reciente del Plan y no los recibe dentro de un plazo de 30 días, podrá presentar una demanda ante un Tribunal Federal. En este caso, el tribunal podrá exigirle al Administrador del Plan que le proporcione los documentos y que posiblemente le pague un monto máximo de \$110 por día hasta que reciba el material, salvo que los documentos no se hayan enviado por razones ajenas a la voluntad del Administrador del Plan.
- Si una reclamación de beneficios se le deniega total o parcialmente o si se la ignora, podrá presentar una demanda ante un Tribunal Estatal o Federal, pero únicamente tras haber agotado el procedimiento de reclamaciones y apelaciones aquí descrito.
- Si no está de acuerdo con la determinación o con la falta de determinación del Plan o la falta de ella con respecto a la condición de calificación de una orden médica de manutención de los hijos, podrá presentar una demanda ante un Tribunal Federal, pero únicamente tras haber agotado el procedimiento de reclamaciones y apelaciones aquí descrito.
- Si ocurriera que los fiduciarios del Plan utilizan los fondos del plan de manera indebida, o si se lo discrimina por ejercer sus derechos, podrá obtener ayuda del Departamento de Trabajo de los EE. UU., o bien, presentar una demanda ante un Tribunal Federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios de los abogados. Si tiene éxito, el tribunal podrá ordenar que se le paguen estos honorarios y costas. Si pierde, el tribunal podrá ordenarle a usted que pague estos honorarios y costa (por ejemplo, si determina que su reclamación es infundada).

## **Asistencia a sus preguntas**

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, debe comunicarse con el Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos según la ley ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU, que figura en su directorio telefónico, o con la División de Asistencia Técnica y Consultas a esta dirección: Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, NW, Washington, DC 20210. También puede obtener algunas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades según la ley ERISA en el sitio web de EBSA: <http://www.dol.gov/ebsa>. O bien, puede llamar a la línea directa de Publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados. El número de teléfono sin cargo es 1- 866-444-3272.

## **OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE**

### **Pagos al beneficiario en lugar del Participante**

En caso de que el Plan determine que el Empleado es incapaz de otorgar un recibo válido y no se haya designado un tutor, o en caso de que el Empleado no haya proporcionado al Plan una dirección en la que se lo pueda ubicar para el pago, el Fondo Fiduciario podrá, durante la vida del Empleado, pagar cualquier monto adeudado al Empleado, su cónyuge, pareja de hecho o a un pariente consanguíneo del Empleado, o a cualquier otra persona o institución que el Plan determine que tiene derecho a ello en equidad; o bien, en caso de que el Empleado fallezca antes de que se hayan pagado todos los montos adeudados, el Plan podrá abonar dicho monto a uno o varios de los siguientes parientes sobrevivientes del Empleado: cónyuge legal, pareja de hecho, hijos, madre, padre, hermanos, o a la sucesión del Empleado, según lo designe el Consejo Directivo a su entera discreción. Cualquier pago de acuerdo con esta disposición eximirá de obligaciones al Plan en lo sucesivo en la medida de dicho pago.

### **Sin derechos adquiridos**

Los empleados y sus dependientes no tienen derechos acumulados o adquiridos a los beneficios en virtud del Plan. En caso de que el Consejo Directivo suspenda este Plan, es posible que no se paguen a las HMO o a las compañías de seguros todos los beneficios o pagos de primas que normalmente se habrían pagado, y el Consejo Directivo determinará cualquier beneficio disponible después de la finalización del Plan.

### **Examen médico**

En la medida en que lo permita la ley, el Plan, a su propia costa, tendrá el derecho y la oportunidad de que un médico de su elección realice un examen físico de un empleado o dependiente, en el momento y con la frecuencia que sean razonablemente necesarios, durante la tramitación de cualquier reclamación. Los formularios de constancia de reclamación, así como otros formularios y los métodos de administración y procedimiento serán determinados únicamente por los Fiduciarios.

### **Declaraciones falsas**

En caso de que cualquier persona, empleado o dependiente haya hecho alguna declaración falsa, de manera intencional o no intencional, en relación con reclamaciones de beneficios, o haya

cometido cualquier otro acto u omisión que tenga como consecuencia un uso abusivo o indebido del Plan, el Consejo Directivo se reserva el derecho y la autoridad de imponer a dichos empleados y dependientes aquellas restricciones respecto de sus derechos futuros de recibir beneficios del Plan que el Consejo Directivo determine que son necesarias o apropiadas para evitar más declaraciones falsas o la repetición de dicho uso indebido o abusivo del programa. El Consejo Directivo también se reserva el derecho de solicitar el reembolso de los beneficios pagados indebidamente al ejercer un derecho de compensación respecto de beneficios futuros, mediante la presentación de una demanda o de otra manera.

### **Sin derechos de cesión de beneficios**

Con la excepción de los beneficios médicos asignados a un proveedor médico, ningún empleado o dependiente tendrán derecho a ceder, enajenar, transferir, vender, hipotecar, gravar, pignorar, permutar ni adelantar cualquier pago de beneficios en virtud del presente. Los beneficios en virtud del presente no estarán sujetos a ningún proceso legal de ejecución forzosa ni de embargo o retención contra el pago de cualquier reclamación.

### **Contrato de fideicomiso y derechos del fideicomisario**

Las disposiciones del Plan están sujetas a las disposiciones del Contrato de fideicomiso y controladas por estas y, en caso de conflicto entre las disposiciones del Contrato de fideicomiso y las disposiciones de esta Descripción resumida del plan, prevalecerán las disposiciones del Contrato de fideicomiso.

Para que el Consejo Directivo mantenga la integridad financiera del Plan y al mismo tiempo proporcione beneficios de salud y bienestar a los empleados y dependientes, el Consejo debe supervisar y controlar constantemente el nivel de beneficios ofrecidos. Por lo tanto, el Consejo Directivo se reserva expresamente el derecho, a su entera discreción y sin ejercer actos de discriminación, de hacer lo siguiente, en cualquier momento:

- rescindir o modificar las condiciones del monto del reembolso o de elegibilidad con respecto a cualquier beneficio, suspender o modificar cualquier beneficio, o agregar, aumentar o modificar de otro modo cualquier pago personal, aunque dichos cambios puedan afectar las reclamaciones que ya se hayan acumulado;
- finalizar, alterar o eliminar cualquier opción de HMO o de plan prepago, o cualquier opción de HMO o de beneficio prepago;
- finalizar este Plan, aunque dicha rescisión afecte las reclamaciones que ya se han acumulado;
- modificar o posponer el medio de pago de cualquier beneficio, aunque dichos cambios puedan afectar las reclamaciones que ya se hayan acumulado; o modificar o rescindir cualquier otra disposición del Plan, aunque dichos cambios puedan afectar las reclamaciones que ya se hayan acumulado;
- modificar cualquier disposición de estas normas y reglamentaciones;
- investigar y determinar la elegibilidad, la dependencia y las calificaciones para recibir la cobertura.

## ¿PREGUNTAS?

Si tiene alguna pregunta sobre:

- Su Plan, comuníquese con el Plan al (562) 463-5060 o al (800) 524-8687.
- Sus derechos según la ley ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del Plan, comuníquese con la oficina de área más cercana del Departamento de Trabajo de los EE. UU, que figura en su directorio telefónico, o la División de Asistencia Técnica y Consultas a esta dirección: Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D C. 20210.

También puede obtener algunas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de la ley ERISA llamando a la línea directa de Publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al (866) 444-3272.



摘要计划说明  
关于  
洗衣与干洗工  
本地第52号  
健康福利信托基金

---

Summary Plan Description  
for the  
Laundry and Dry Cleaning Workers  
Health & Welfare Trust Fund,  
本地第52号

1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor Los Angeles, CA 90017

电话: (562) 463-5060 或 (800) 524-8687

传真: (562) 463-5894

2023 年 10 月 1 日

---

## 有任何疑问？

如果您对您的计划有任何疑问：

- 请致电 (562) 463-5060 或 (800) 524-8687 联系本计划。
  - 您在 ERISA 项下的权利，或者如果您在从计划管理人处获取文件时需要帮助，请联系您电话簿中列出的最近的美国劳工部雇员福利安全管理局地区办事处或美国雇员福利安全管理局技术援助和咨询处，地址：200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210。
- 您也可以拨打雇员福利安全管理局的出版物热线 (866) 444-3272，获取有关您在 ERISA 下的权利和责任的某些出版物。

- 本计划的条款受信托协议的约束和控制，如果信托协议的条款与本计划概要描述的条款有任何冲突，以信托协议为准。
- 为了使受托人委员会在为雇员和受抚养人提供健康和福利保险赔偿的同时保持本计划的财务完整性，受托人委员会必须不断监测和控制所提供的保险赔偿水平。因此，受托人委员会明确保留其在任何时候，在不歧视的基础上，自行决定的权利：
- 终止或修改与任何保险赔偿有关的报销金额或资格条件，终止或更改任何保险赔偿，或提高、增加或以其他方式修改任何自付款项，即使此类变更可能会影响已经产生的索赔；
  - 终止、变更或取消任何 HMO 或预付计划选项或 HMO 或预付保险赔偿选项；
  - 终止本计划，即使该终止影响到已经产生的索赔；
  - 改变或推迟支付任何保险赔偿的方法，即使这种改变可能会影响已经产生的索赔；或
  - 修订或撤销本计划的任何其他规定，即使该等变更可能会影响已经产生的索赔；
  - 修改本规章制度中的任何规定；
  - 调查并确定参保资格、受抚养人以及承保资格。



## 其他重要信息

### 支付给受益人而不是参保者

如果本计划确定雇员无能力或无能力签署有效收据，且未指定监护人，或者如果雇员未向本计划提供可供支付的地址，则信托基金可在雇员有生之年，向雇员、其丈夫、妻子、家庭成员或血亲亲属，或计划确定公平享有该等款项的任何其他人或机构支付任何其他款项；或者如果雇员在支付所有应付款项之前死亡，本计划可向雇员的以下一名或多名尚存亲属支付任何此类款项：合法配偶、家庭伴侣、子女、母亲、父亲、兄弟姐妹，否则雇员的财产可能由受托人委员会全权指定。根据本条规定支付的任何款项应在支付范围内解除本计划在本协议项下的义务。

### 无既得权利

雇员及其受抚养人在本计划下没有应计或既得的保险赔偿金额权利。如果本计划被受托人委员会终止，通常情况下支付给 HMO 或保险公司的所有保险赔偿金额或保险费可能不会支付，终止后的任何保险赔偿金额将由受托人委员会决定。

### 体检

在法律允许的范围內，本计划应有权利和机会自付费用，由其选择的医师在未决索赔期间按照合理要求的时间和频率，对雇员或受抚养人进行体检。索赔证明表以及其他表格、管理方法和程序将由受托人全权决定。

### 虚假陈述

如果任何人、雇员或受抚养人就保险赔偿金额要求作出任何不实陈述（不论是否故意），或有任何其他作为或不作为导致滥用或滥用本计划，受托人委员会保留权利和授权，对此类雇员和受抚养人未来对其从本计划获得保险赔偿金额的权利施加限制，为防止此类虚假陈述或此类滥用或滥用程序的情况再次发生，由受托人委员会决定此类限制是否必要或适当。受托人委员会还保留通过行使抵消未来保险赔偿金额的权利、提起诉讼或其他方式获得不当支付的任何保险赔偿金额的权利。

### 保险赔偿金额不可转让

除指定给医疗提供者的医疗保险赔偿金额外，任何雇员或受抚养人均无权转让、让与、转移、出售、典押、抵押、质押、当押、交换或预期本协议项下的任何保险赔偿金额。本协议项下的保险赔偿金额不受支付任何索赔的征收征款或扣押或扣押诉讼的任何法律程序的约束。

**受托人责任**

除了为本计划参保者创建权利外，ERISA 还对负责实施计划的人员（称为“受托人”）施加责任。受托人有责任审慎地实施本计划，并符合所有计划成员及有资格的受抚养人的利益。任何人，包括您的雇主或任何其他人士，均不得以任何方式解雇您或歧视您，以阻止您从本计划中获得福利或以其他方式行使您在 ERISA 下的权利。

### 行使您的权利

如果您的保险赔偿申请被全部或部分拒绝：

- 您必须收到拒绝理由的书面解释，免费获得与决定相关的文件副本，以及
- 您有权使用申诉程序对计划进行复审并重新考虑您的索赔。

在 ERISA 下，您可以采取一些步骤来行使自己的权利：

- 如果您要求本计划提供计划文件或最新年度报告的副本，但在 30 天内未收到，您可以向联邦法院提起诉讼。在这种情况下，法院可能要求本计划管理人提供文件，并可能每天向您支付 110 美元，直到您收到材料为止，除非由于本计划管理人无法控制的原因而未发送文件。

- 如果您的保险赔偿金索赔被完全或部分拒绝或忽视，您可以向州或联邦法院提起诉讼，但必须在用尽本协议中的索赔和申诉程序之后。

- 如果您不同意本计划关于医疗儿童抚养令的合格状态的决定或缺乏该决定，您可以向联邦法院提起诉讼，但必须在用尽本协议中的索赔和申诉程序之后。

- 如果本计划的受托人滥用了本计划的资金，或者如果您因为维护自己的权利而受到歧视，您可以得到美国劳工部的帮助，或者您可以向联邦法院提起诉讼。法院将决定由谁支付诉讼费 and 律师费。如果您诉讼成功，法院可能会下令向您支付这些费用。如果您败诉，法院可能会要求您支付这些费用（例如，如果法院裁定您的索赔过于轻率）。

### 协助解决您的问题

如果对计划有任何疑问，请联系本计划。如果您对此声明或您根据 ERISA 享有的权利有任何疑问，或者在获取本计划的文件方面需要帮助时，您应联系您的电话簿上列出的美国劳工部雇员福利安全管理局 (EBSA) 最近的办事处或美国劳工部雇员福利安全管理局技术援助和咨询处，地址：Department of Labor, 200 Constitution Avenue, NW, Washington, DC 20210。您也可以通过访问 EBSA 的网站 <http://www.dol.gov/ebsa> 或拨打雇员福利安全管理局的出版物热线，获取有关您在 ERISA 下的权利和责任的某些出版物。免费的电话号码为 1-866-444-3272。

向您提供本保险的信用保险凭证。

- 根据要求，在退保后不迟于 24 个月，当您失去本计划下的保险时、当您有权选择 COBRA 延保时、当您的 COBRA 延保终止时，但前提是您在失去保险之前提出请求，才会
- 如果您失去本计划项下的健康保险，而您、您的配偶（仅限视力和牙科）、家庭成员或受抚养子女有资格获得该保险，并且该保险的损失是由于合格事件造成的，则您、您的配偶、家庭成员或您的受抚养子女可能需要为延保支付费用。请查阅本计划概要说明和管理本计划的文件，了解您的 COBRA 延保权利规则。

### 持续团体健康保险

- 收到本计划的年度财务报告摘要。法律要求本计划向每位成员提供一份本年度总结报告。
- 以书面形式向本计划索取所有所需计划文件的副本，如保险合同、集体谈判协议、最新年度报告副本和计划概要说明。本计划可以对复印件收取合理的费用。
- 在本计划中，免费查阅所有必要的计划文件，包括集体谈判协议、保险合同、详细的年度报告（5500 系列表格）以及由本计划提交给美国劳工部并在雇员福利安全管理局 (EBSA) 的公开披露室查阅的说明。

您有权：

### 获取信息

您享有 1974 年《雇员退休收入保障法》(ERISA) 规定的某些权利和保护。

## 您根据 ERISA 享有的权利

请参阅前文第 32 至 43 页。

### 11. 索赔和申诉程序

雇主根据集体谈判协议，代表参保者向本计划缴纳所有费用。

担保雇主名单及其地址可在本计划的行政办公室查阅。本计划自筹资金，可提供医疗 (MediXcel HMO 计划涵盖的参保者除外)、处方和视力福利，这些福利由计划资产支付。牙科、眼科和人寿保险通过签约承运人提供。

### 10. 计划供款的来源和提供保险赔偿金的筹资机制

管理。本计划是根据集体谈判协议和建立当地第 52 号健康和福利信托基金的信托契约建立的。本计划可在书面要求下提供集体谈判协议，也可在本计划中查阅。

本计划为塔夫特-哈特利信托基金。本计划提供医疗、处方药、牙科、视力和人寿保险赔偿。本计划由受托人委员会在保险赔偿计划管理部门的协助下进行

9. 计划类型和管理

Benefit Programs Administration  
1200 Wilshire Blvd., 5th Floor  
Los Angeles, CA 90017

8. 被指定为法律程序服务代理人的姓名和地址

本计划以日历年为基础，从1月1日到12月31日。本计划的政府报告义务由其计划年度确定。

7. 记录保存期

对于 DOL 5500 表，本计划的雇主识别号码为 95-6537860，对于 IRS 为 95-6048415。本计划编号为 501。

6. 雇主识别号码

Juan Flores 先生  
Western States Regional Joint Board, Workers United  
920 South Alvarado Street  
Los Angeles, CA 90006

Ms. Evelyn Zepeda  
Western States Regional Joint Board, Workers United  
920 South Alvarado Street  
Los Angeles, CA 90006

Scott Cornwell 先生  
Braun Linen Services  
P.O. Box 348  
Paramount, CA 90723  
Maria Rivera 女士  
Western States Regional Joint Board, Workers United  
920 South Alvarado Street  
Los Angeles, CA 90006

Brad Champagne 先生  
Mission Linen Supply  
702 East Montecito Street  
Santa Barbara, CA 93103  
Cristina Vázquez 女士 (区域经理)  
Western States Regional Joint Board, Workers United  
920 South Alvarado Street  
Los Angeles, CA 90006

雇主受托人

公会受托人

5. 受托人委员会成员

1974年《雇员退休收入保障法》  
(ERISA) 要求的信息

1. 计划名称：洗衣和干洗工人本地 52 号健康福利信托基金
2. 本计划发起人和计划管理人：

本地第 52 号健康和福利信托基金受托人委员会是本计划发起人和计划管理人。受托人委员会已与保险赔偿金计划管理机构签订合同，为该信托基金提供管理服务。

3. 受托人委员会地址

Board of Trustees  
Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52  
Health and Welfare Trust Fund  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
(800) 524-8687 或 (562) 463-5060 电话  
(562) 463-5894 传真

4. 管理人地址

福利计划管理处 (Benefit Programs Administration)  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
(800) 524-8687 或 (562) 463-5060 电话  
(562) 463-5894 传真

- f) 积极参与暴动。
- e) 任何国家或联合国或其他国际大会所宣战或未宣战的战争，或任何战争行为，或任何抵抗武装入侵或侵略的行为，或国际警察的武力行动；
- d) 参与重罪犯案；
- c) 精神正常时自杀或故意自残；
- b) 细菌感染，除非这种感染是由意外身体伤害引起的；
- a) 身体或心理上的虚弱或疾病；
- 对于因以下原因直接或间接造成或促成的任何损失，本计划不予赔偿：

### 未承保的损失

1. “本金”指的是第 63 页所示的保险赔偿金额。
2. “手或脚的损失”是指四肢在腕关节或踝关节以上被节肢。
3. “视力的损失”是指完全和不可挽回的视力损失。

### 定义

如果您在任何一次事故中遭受了一次以上的损失，则最多向您全额支付您的保险赔偿金额。全额赔偿金额即是本金金额。

您将不需要进行体检。但您必须填写申请表，并于团体人寿保险终止后 31 天内连同首次保费一并送交 Prudential Life Insurance Company。

新保单的面额不能超过您在团体计划下的金额。您支付的费率将取决于您的年龄（离个人保单签发日期最近的生日）和您转换保单时的风险等级。

如果您的人寿保险赔偿金因保单终止而终止，您也可以转换。您将被视为完全残疾，同时，由于身体伤害或疾病，您一直无法从事任何您因教育、培训或经验而有资格从事的职业。

但是，在这种情况下，您必须在保单终止之日完全残疾，或者您必须已经在团体计划下投保至少五年。您可以将您在本计划项下的人寿保险金额转换为您在终止后 31 天内根据另一个团体计划您可能拥有或有资格获得的任何新金额。

如果您在团体人寿保险终止后的 31 天内死亡，无论您是否申请了个人人寿保险单，人寿保险公司都将向您指定的最后一位受益人支付团体人寿保险金。

### 意外死亡及伤残保险赔偿金 (24 小时保险)

如果您在被保险期间，由于纯粹的意外原因而遭受以下任何损失，则将支付该保险赔偿金。损失必须发生在事故发生之日起 90 天内，方可获得保险赔偿金。该保险赔偿金是对您在本计划下的其他保险赔偿金的补充。

### 谁会获得保险赔偿金

对于生命损失，将向您指定的受益人支付保险赔偿金。对于任何其他损失，将向您支付保险赔偿金。

### 保险赔偿金

对于以下损失： 保险赔偿金：

生命	本金
双手	本金
双脚	本金
双眼的视力	本金
一只手和一只脚	本金
一只手和一只眼的视力	本金
一只手或一只脚	本金的一半
一只眼的视力	本金的一半

如果您的人寿保险减少，您不再符合资格参加团体人寿保险，或者您不再符合资格参保，您可以将该保险赔偿金转换为保诚人寿保险公司 (Prudential Life Insurance Company) 通常提供的任何形式的个人人寿保险，定期保险除外。

### 转换权

- a) 受托人委员会终止您所属的本计划或保险赔偿计划提供的保险赔偿金的日期；
- b) 代表您进行的定期缴款的停止日期；
- c) 您不再符合资格的日期。

您的承保期最早在以下时间终止：

### 计划保险赔偿金的终止

- a) 您的配偶；
- b) 您的子女；
- c) 您的父母；
- d) 您的兄弟姐妹；
- e) 您的执行人或管理人。

尚存的第一类受益人；  
如果您没有指定受益人，或者您的受益人在您之前去世，则保险赔偿金将按以下顺序支付给

您可以指定任何人作为您的受益人。您可以通过填写适当的表格随时更改受益人。本计划收到填写的表格后，更改即生效。

### 受益人

如果您在被保险期间因任何原因死亡，将向您的受益人支付保险赔偿金。达到 70 岁时，您的人寿保险的金额将减少 50%。

### 人寿保险赔偿金

如果您对索赔有任何疑问，请通过上面的电话号码联系本计划。医疗计划中概述的雇员资格规则也适用于人寿保险、意外死亡及伤残保险。



保险形式 保险金额 人寿保险金\*\*

属于参保主的所有参保者：\$5,000.00

已包括在洗衣与干洗工  
地方第 52 号健康与福利信托基金中

加速人寿保险赔偿金

由  
该人选择的金额不得超过超过人寿保  
险金额的 50%。

意外死亡及伤残保险赔偿金\*\*

(本金)

\$5,000.00

请参阅手册/证书，了解可能适  
用的任何限制或除外责任。

只有当参保者根据本计划的资格规定有资格参加本计划时，保险才有效。

\*\*基本定期人寿保险、意外死亡及伤残险由保诚金融公司 (Prudential Insurance Company) 旗下的保诚保险公司 (Prudential Insurance Company) 承保。本文旨在概述您的保险赔偿金，不包括所有计划条款以及可能适用的任何除外责任和限制。本计划可要求提供一份包含完整计划信息 (包括限制和除外责任) 的小册子证书。将以此 SPD 的资格条款为准。如果本文件与保诚集团向西方医疗护理联盟签发的团体合同/小册子证书之间存在任何其他差异，则以团体合同的条款为准。

提出对人寿保险和意外死亡及伤残保险赔偿金的索赔

对于人寿保险，请尽快通知本计划，并提供必要的表格。将填写的索赔表连同必要的文件交回本计划。

如需任何资格信息或获取索赔表，请联系以下地址和电话号码：

洗衣与干洗工  
Local No. 52 Health & Welfare Trust Fund  
1200 Wilshire Blvd. 5th Floor  
Los Angeles, CA 90017  
(800) 524-8687 或 (562) 463-5060 电话  
(562) 463-5894 传真

计划生效日期：2000年12月1日

任何人的保险金额应根据下列条件确定：

(团体合同编号.G-93876-006)

\*\* 根据美国保诚保险公司 (PRUDENTIAL INSURANCE COMPANY) 签发的团体保险合同，通过西方医疗护理联盟提供保险。

## 人寿保险

获取本远程医疗福利无需参保者支付共付额。

本信托基金通过 Aetna 网络提供远程或所称的“远程医疗”或“远程医生”服务。根据该计划，参保者和符合条件的已参保受抚养儿童可以联系有执照的医生，进行非紧急医疗咨询。通过这些咨询，医生通常可以诊断患者的疾病、推荐治疗方法，并在必要时撰写不受 DEA 控制的处方。该计划旨在为参保者及其符合条件的家属在其居住和旅行的州提供医生服务。可以通过电话、互联网或任何其他电信设备或网络联系医生。根据该计划，每位医生都必须获得相应的执照和/或认证，才能在其各自的执业领域执业。

## 远程医疗/远程医生福利

关于索赔程序的更多信息，请参阅此 SPD 第 32 页；关于申诉程序的更多信息，请参阅第 43 页。

### MediExcel 牙科计划

关于索赔程序的更多信息，请参阅此 SPD 第 32 页；关于申诉程序的更多信息，请参阅第 43 页。

### 牙科 HMO 计划 (DHMO) 和亚利桑那州 PPO 计划 (AZ)

MediExcel 牙科索取参保材料。  
请致电 (800) 937-6432 联系本计划、United Concordia，或致电 (619) 365-4346 联系

牙科福利通过 United Concordia 牙科计划 (UCCI) 或 MediExcel 牙科提供。有关牙科福利的更多信息，请参阅此 SPD 中单独包含的赔偿金明细表。

## 牙科福利

## VSP Lightcare

VSP Lightcare 使您可以使用镜架和镜片津贴从VSP网络内医生获得非处方眼镜（包括太阳镜和蓝光过滤眼镜）。

### 糖尿病眼部保健 Plus 计划：

如果您是糖尿病患者，则您和 VSP 福利所涵盖的您的受抚养人（“被保险人”）也有资格获得糖尿病眼部保健计划（“DEP Plus”）项下的其他福利。

DEP 涵盖的服务：

在支付 20 美元的共付额后，DEP Plus 将全面涵盖糖尿病患者的眼科检查。全面涵盖特殊眼科服务。

DEP Plus 福利除外责任和限制：

DEP Plus 提供有限的视力相关医疗服务。在向 VSP 提出书面请求后，将向被保险人提供这些程序的最新列表。申请必须提交给 VSP，而不是提交给本计划。可以提供这些服务的频率取决于特定服务和与此类服务相关的诊断。

### 以下是 DEP Plus 不涵盖的内容：

1. 糖尿病眼部保健 Plus 计划额外福利附加条款中未明确列为计划福利的服务和/或材料。请联系 VSP 或本计划，获取附加条款副本。
  2. 镜框、镜片、隐形眼镜或任何其他眼科材料。
  3. 矫正或视力训练以及任何其他相关的补充测试。
  4. 任何类型的手术，以及任何术前或术后服务。
  5. 任何病理状况的治疗。
  6. 作为就业条件所需的眼科检查。
  7. 胰岛素或任何类型的任何药物或用品。
  8. 地方、州和/或联邦税，法律要求 VSP 缴纳的税款除外。
- 有关投诉、申诉和上诉的更多信息，请参阅此 SPD 第 43 页。

您可以每 12 个月更换一次镜架和镜片。本计划提供 \$130 的年度津贴，可选购各种镜架。对于特色镜架品牌，该津贴每年增加到\$150。如果您选择购买隐形眼镜而不是镜架眼镜，每年还有\$130的补贴。

### 镜框和镜片

您可以从签约的 VSP 医疗机构获得激光视力校正价格的折扣。请查阅您的 VSP 手册，了解有关此福利的更多详细信息。

### 激光视力矫正

支付额外的共付额，您可以接受视网膜筛查，作为 WellVision 检查的一项增强功能。请查阅您的 VSP 手册，了解有关此福利的更多详细信息。

### 视网膜筛查

VSP 承保的津贴和福利还包括：

即使未参加本计划的医疗计划，已参保 VSP 保险的参保者的受抚养子女、配偶和同居伴侣也有资格获得眼科保险。

本计划根据视力服务计划 (VSP) 提供视力福利。本文所讨论的赔偿金只是您通过本计划在 VSP 承保范围内提供的福利摘要。请查阅您的 VSP 手册和福利明细表，了解有关您的 VSP 福利的更多详细信息。

## 眼科福利

请参阅此 SPD 第 32 页的索赔程序以及第 43 页涉及资格确定的申诉程序。

### 索赔和申诉程序

关于您的处方药保险赔偿金的更多详细信息，请咨询您的 SBC，或访问 [www.Express-Scripts.com](http://www.Express-Scripts.com)。

作为一个额外选项，CVS Minute Clinic 可在大多数 CVS 场所，以及经营场所含有 CVS 的零售店内找到。在 CVS Minute Clinic，您可以接种大多数疫苗、进行小病注射、获得女性服务、保健服务和体检。您可能需要在接受服务时支付诊室共付额，具体视服务类型而定。要查找您所在区域的 CVS Minute Clinic，您可在手机、平板电脑、笔记本电脑或台式机上用谷歌搜索“CVS Minute Clinic”。您也可以致电管理处获取查找您所在区域 CVS Minute Clinic 的帮助。

此外，新冠病毒疫苗接种将在药房、医生诊所和其他临床护理机构提供。疫苗将作为医疗或药房福利承保，具体视疫苗接种地点而定。如果在药房进行疫苗接种，将做为药房福利承保。如果在医生诊所或其他临床护理机构进行疫苗接种，将作为医疗福利承保。您可以通过Aetna网络提供商进行疫苗接种，在此情况下，该疫苗接种在医疗保险的承保范围内。接种疫苗无需支付任何定额手续费。但是，您可能需要支付诊所就诊的定额手续费。

- 流感
- 肝炎
- 脑膜炎球菌
- 肺炎
- HPV
- TDaP
- 带状疱疹/带状疱疹
- 儿童疫苗

本项福利承保以下疫苗：

所有合格的参保者可以在参加本计划的 Rx Benefits 或 Express Scripts 药房接种某些疫苗，而不需要去医生诊所。通过药房接种疫苗时，参保者无需支付共付额。

疫苗

注射性药物.....	\$0
仿制口服药.....	\$10
品牌口服药.....	\$30
<hr/>	
	共付额

特殊药品共付额计划

30 天的零售药品最高共付额为 \$25。90 天的邮购药品最高共付额为 \$50。

非首选品牌药

30 天的零售药品最高共付额为 \$15。90 天的邮购药品最高共付额为 \$30。

首选品牌药

非首选品牌药.....	80% / 20%
.....	
首选品牌药.....	90% / 10%

(t) 实验性/研究性器官移植；

(u) 采用任何方法治疗颌骨关节疾病，包括颞下颌关节综合征 (TMJ) 和颞下颌疾病或与关节有关的颌骨、颅骨、肌肉复合体、神经和其他组织的其他状况；

(v) 雌雄间性 (变性) 手术或由此产生的任何医疗并发症所产生的费用；

(w) 受抚养人的妊娠和流产 (治疗性和选择性) ；

(x) 确定孩子亲子关系关系的基因测试或确定未出生婴儿性别的测试；

(y) 助听器或其配件。

(z) 全面的不孕不育服务，包括辅助生殖技术 (ART) 和体外受精 (IVF)。然而，本计划将支付诊断不孕症的初步评估费用，包括实验室研究和治疗本计划涵盖的、确定为不孕症原因的的任何潜在疾病。

(aa) 非 PPO 提供商耐用医疗设备费用。

### 处方药保险赔偿

该基金通过 RxBenefits 访问药品提供商的 Express Scripts 网络和其他处方药相关服务。因此，您的处方药保险赔偿金的某些方面受 RxBenefits 及其规则和程序的约束，而其他方面则受 Express Scripts 及其规则和程序的约束。请仔细阅读这些材料，确保您正在就问题或疑虑与合适的药品服务提供商联系。有关 Express Scripts 和 RxBenefits 的联系信息，请参见 B 页。

处方药计划由参与 Express Scripts 网络的无需预约和注册的药房网络和通过 Express Scripts 邮购服务计划的邮购药房组成。您可以通过两种方法获得处方药。有关更多详细信息，请参见 Express Scripts 成员手册。致电 (888) 287-8151 联系本计划或 Express Scripts，获取当前成员手册的副本。

应付承保费用百分比  
(即计划所允许金额的共保额)

本计划承保的服务/共保额

仿制药 (零售和邮购) ..... 100% / 0%

- 。这种排除不适用于因影响身体功能的先天性缺陷而引起的疾病的治疗。除非医学上有必要，否则特别排除以下情况：
- 1) 以改善外表为主要目的的外科手术。
  - 2) 切除或修复身体任何部位下垂的皮肤。
  - 3) 任何与扩大、缩小、植入、再植入或改变身体部分外观有关的服务，包括但不限于乳房、面部、嘴唇、下巴、鼻子、耳朵或生殖器。乳房切除术后发生的重建手术或假肢装置不排除在外。
  - 4) 毛发移植、植入或任何其他治疗秃顶或脱发的方法。
  - 5) 化学性面部脱皮或皮肤擦伤。
  - 6) 电解脱毛。
  - 7) 主要用于美容目的的任何其他外科或非外科手术的费用。
- (h) 屈光、眼镜、放射状角膜切开术或任何其他矫正近视（近视）或矫正远视（远视）的手术；
- (i) 因战争或战争行为而产生的医疗费用，不论宣战与否；参与重罪、暴乱或暴动；
- (j) 对尼古丁上瘾的任何治疗；
- (k) 常规住院新生儿护理费用不包括在内，但治疗此类婴儿疾病或身体伤害所需的费用除外。包皮环切术不包括在内。但是，关于根据《新生儿和母亲健康保护法》(Newborn & Mothers Health Protection Act) 向新生儿提供的保险赔偿金，请参见第 7 页；
- (l) 常规体检或与体重控制有关的服务；
- (m) 灭菌逆转；
- (n) 针刺治疗；
- (o) 监护护理，无论是谁开具或提供此类护理；
- (p) 填写索赔表格的费用、医疗记录或法律记录的费用；
- (q) 本计划认为属于实验性或调查性质的任何药物、器械、医疗或外科手术引起或直接相关的任何费用；
- (r) 非医疗必需的器官移植；
- (s) 如果器官捐赠者有其他保险，器官捐赠者发生的预先授权费用将不被视为承保费用。

- (a) 因职业病引起的疾病而产生的费用；就本计划而言，“职业病”是指您根据适用的《工人赔偿法》(Workers' Compensation Law)、《职业病法》(Occupational Disease Law) 或类似法规有权获得保险赔偿金的疾病
- (b) 在工作中或在工作过程中因意外身体伤害而产生的费用；
- (c) 监禁在由联邦政府拥有或经营的医院中；
- (d) 被保险入无需支付的费用；
- (e) 除非由具有合法资格的医生或其他在其执照范围内提供服务的公认专业人员确定为医疗必需的服务、用品和治疗；
- (f) 对牙齿、牙齿神经、牙龈或牙槽突进行的服务，除了肿瘤或囊肿，或因自然牙齿意外受伤而在医学上有必要情况除外，并且只有在单独的牙科保险赔偿基金中没有提供这种情况的保险时，才通过医疗计划提供此类保险；
- (g) 整容服务，包括整容、整形或重建手术，但因非职业性意外身体伤害而在医学上需要手术的除外

这些除外责任和限制适用于赔偿计划所有部分的承保范围。除法律要求的范围外，以下各项不支付保险赔偿金：

### 赔偿计划除外责任和限制

有关这些保险赔偿金的详细信息，请咨询您的 SBC。ABA 治疗的保险赔偿金在上面的“康复服务”部分中进行了介绍。

心理健康、行为健康和药物滥用服务的非紧急住院患者必须通过 Aetna 医疗管理部门预先授权。

对于门诊、网络心理健康、行为健康和药物滥用服务，每次就诊的共付额为 20 美元。此类门诊服务无需预先授权。

本计划将以任何其他医疗条件相同的方式涵盖心理健康、行为健康和药物滥用障碍。



心理健康和药物滥用保险赔偿金	承保费用的应付百分比 (即, 本计划的允许金额或QPA的共保额)	本计划承保的服务/共保额
心理健康、行为健康或药物滥用门诊心理健康、行为健康或药物滥用干预服务	80% / 20%	PP0 提供商 非 PP0 提供商
		60% / 40%

**心理健康和药物滥用保险赔偿金**

关于器官移植服务的更多信息, 请参阅此 SPD 的赔偿计划除外责任和限制部分。

**机构不享受保险赔付。**

器官移植和其他相关服务必须经过Aetna医疗管理部门的预先授权, 并且网络内承保范围仅涵盖Institute of Excellence Transplant Network中的医疗机构和医生。如果器官捐赠者没有其他保险, 器官捐赠者发生的预先授权费用将被视为承保费用。**网络外提供商/医疗机**

中有 25% 的共保额。

虽然允许的器官移植保险赔偿金没有最高限额, 但本计划所允许的适用于器官移植相关费用

**器官移植**

保险赔偿金的更多详细信息, 请咨询您的 SBC。

非 PP0 提供商的 ABA 治疗服务赔付额为通常、惯常和合理 (UCR) 金额的 60%。有关此保

每人每年最多可接受 30 天的专业护理。康复治疗服务必须遵循医生要求的特定治疗计划。

- 执业或认证的物理、职业或语言治疗师
- 医院、专业护理机构或临终关怀机构
- 家庭保健机构
- 医生

合格的健康服务包括您的医生开具的康复治疗服务。这些服务必须由以下人员提供:

本计划涵盖自闭症谱系障碍的应用行为分析 (ABA) 治疗。

为通常、惯常和合理 (UCR) 金额的 60%。

本计划涵盖康复服务。康复服务是帮助您保持、学习或提高日常生活技能和功能的服务 (例如, 为在预期年龄不能走路或说话的儿童提供治疗)。网络外提供商提供的康复服务赔付额

康复服务

康复护理必须是符合您情况的正式书面服务计划的一部分。

- 物理治疗和作业治疗。被视为物理治疗的服务必须由执业物理治疗师提供；
- 言语治疗，前提是现有的言语功能（表达思想、说话和造句的能力）已经丧失，并且预期言语治疗能够恢复患者在疾病或伤害发生前的言语水平；以及
- 为使患者重返日常生活所需的康复咨询或其他帮助，但不包括维护护理或教育、职业或社会适应服务。

康复护理包括：

请注意，职业疗法属于康复服务的承保范围，除非该服务是针对由工伤赔偿承保的工作场所疾病或或工伤。职业病导致的疾病也不在本计划的承保范围内。

本计划涵盖住院或门诊康复治疗，旨在恢复和改善因受伤或疾病而丧失的身体功能。只有在身体功能出现显著改善并有望持续的情况下，才认为该护理在医学上是必要的。还涵盖旨在减缓由神经系统疾病引起的身体功能恶化的护理（不包括言语治疗）

本计划涵盖康复服务。言语治疗、作业治疗或物理治疗没有就诊限制。有关此保险赔偿金的更多详细信息，请咨询您的 SBC。

康复服务

本信托基金将提供承保网络内的堕胎和堕胎相关服务，无共保额、共付额或任何其他费用分摊要求。

堕胎及堕胎相关服务

对于孕产/分娩医疗机构服务，非常规、非紧急住院产妇产入院必须通过Aetna医疗管理部门进行预先授权。如果您使用网络外提供商，本信托基金将仅支付通常、惯常和合理（UCR）金额的60%，除非是属于《无意外法》范围内的索赔类型。

## 紧急服务

所有门诊就诊的共付额为每次就诊 \$10。这适用于初级保健医生门诊就诊、专家门诊就诊、其他医生门诊就诊以及心理健康、行为健康或药物滥用门诊就诊。

在法律规定的范围内，无论您是接受 PPO 提供商还是非 PPO 提供商的治疗，您都可以享受某些紧急服务。

本计划将承保与紧急医疗状况相关的网络外紧急服务（即，由非 PPO 提供商的医疗机构提供的紧急服务），如同这些服务是由 PPO 提供商提供的一样。这意味着您所接受的服务必须遵守适用于 PPO 提供商医疗机构的共付额和共保费率。

如果您在急诊室寻求服务，除 20% 的共保外，您的共付额为 200 美元。但是，如果您在急诊室就诊后以住院方式入院，则可免除 200 美元的急诊室共付额。

急诊室就诊应仅限于真正的紧急医疗状况，并且在发生意外情况时，急诊室不一定是您的第一站。不必要的急诊室就诊不仅费时且昂贵。在急诊室接受的非急诊服务将以较低的费率支付。如果您的症状不严重或没有生命危险，但需要立即治疗，请到紧急护理医疗机构就诊。一般情况下，紧急护理医疗机构开放时间更长，并且以先到先得的方式提供服务。本计划可以为您提供网络紧急护理医疗机构清单，供您参考。

有关此保险赔偿金的详细信息，请咨询您的 SBC。

## 紧急医疗运输

使用固定翼飞行器（飞机）运输需要预先授权。非参与的空中救护服务提供商提供的空中救护服务属于《无意外法》的意外结算费用分摊保护范围。因此，您应承担的费用将与在网络中获得服务时相同，包括共付额和自付额。

有关此保险赔偿金的更多详细信息，请咨询您的 SBC。

## 预防保健/筛查/免疫接种

本计划将承保某些预防性保健服务的 100%（即，无共付额或共保费率）。您可能需要为非预防性服务付费。有关是否需要预防性服务，请咨询您的服务提供商。然后查看您的计划要支付的费用。

## 孕产/分娩服务

对于常规和定期安排的产前护理门诊就诊，不需要共付额。这些门诊就诊费用包括在服务提供商的全部孕产费用中，包括产前护理和分娩。但是，产后门诊就诊仍需支付 \$10 的门诊就诊共付额。

### 医疗保险赔偿金

承保费用的应付百分比（即本计划的允许金额或合格付款金额的共保额）

共保额是指您在承保服务费用中应承担的份额，计算方法为该服务允许金额的百分比，或在适用情况下，合格付款金额 (QPA) 的百分比。一旦满足了 PPO 提供商的年度自付限额，您就无需在计划年度的剩余时间内为 PPO 提供商的额外承保服务支付费用。如果您使用 PPO 提供商，您的共保额会更低。

本计划承保的服务\*/共保额

PP0 提供商      非 PP0 提供商

医疗服务（诊所就诊和某些其他程序/服务除外）	80% / 20%	80% / 40%
康复服务	80% / 20%	60% / 40%
复健服务	80% / 20%	60% / 40%
急诊室护理	80% / 20%	80% / 20%
紧急医疗运输	80% / 20%	80% / 20%
怀孕（分娩/分娩专业人员和医疗机构服务）	80% / 20%	60% / 40%
门诊手术	80% / 20%	60% / 40%
住院	80% / 20%	60% / 40%
专业护理照料	80% / 20%	60% / 40%
耐用医疗设备	80% / 20%	未涵盖
临终关怀服务	80% / 20%	60% / 40%
行为健康服务	80% / 20%	60% / 40%

\*

有关特定保险赔偿金的共保率的其他详细信息，请咨询您的 SBC。

门诊就诊

一般来说，应确保在以下规定的时间范围内获得预先授权。对于紧急服务，不需要预先授权，但您应在下面列出的时间范围内通知Aetna。您或您的医生必须在获得这些服务之前致电（888）632-3862联系Aetna以申请事先授权。

对于非紧急入院： 您、您的医生或医疗机构需要在安排您入院日期至少 14 天前致电并请求预先授权。	对于紧急入院： 您、您的医生或医疗机构必须在 48 小时内或在您入院后尽快致电。	对于紧急入院： 您、您的医生或医疗机构需要在安排您入院前致电。紧急入院是指由于疾病的发作或变化，诊断为疾病或受伤而由医生建议的住院治疗。	对于需要预先授权的非紧急医疗服务： 您或您的医生必须在提供护理或安排治疗或程序前 14 天致电。
---	---	---	---

如果您的预先授权服务已获得批准，则只要您继续参与本计划，该批准有效期为 180 天。

当您住院时，Aetna将通知您、您的医生和医疗机构您的预先授权住院时间。如果您的医生建议延长您的住院时间，则需要预先授权。您、您的医生或医疗机构需要尽快致电Aetna，但不得迟于最终授权日。Aetna将审查并处理延长住院时间的请求。您和您的医生将收到批准或拒绝的通知。

如果预先授权确定住院或服务或用品不在承保范围内，通知将解释为什么以及如何对拒绝决定提出申诉。您或您的服务提供商可能会要求复审预先授权决定。如果预先授权被拒绝，请参阅此 SPD，了解申诉程序。

如果您不确定某个程序是否需要预先授权，请联系本计划寻求帮助。有关此要求的其他详细信息，请咨询您的 SBC。

如果您从网络外提供商接受需要预先授权的服务，您需要与该提供商核实，以确保其已经获得适当的预先授权。为此，您可以在医疗机构提供服务前询问其是否已获得预先授权，并让其参考上述链接。

如果适用的网络外治疗程序未获得预先授权批准，您将被收取200美元的罚款。如果疗程被认定为非医疗必需服务，您将被收取全部疗程费用。

## 赔偿计划保险赔偿金、 除外责任和限制

### 保险赔偿金明细表

此 SPD 仅包含本计划下本计划提供的保险赔偿金的摘要。此 SPD 提供了单独的保险赔偿金明细表。有关本计划提供的保险赔偿金的详细信息，请查阅您的保险赔偿金及承保范围摘要 (SBC)。SBC 是本 SPD 不可分割的一部分，并通过引用并入此 SPD 中。

请联系本计划，获取 SBC 的副本，您可以免费获得该副本。

### 年度免赔额

本计划目前没有为医疗相关服务保留免赔额。本计划也没有保留处方药保险的免赔额。有关免赔额和具体保险赔偿金的其他详细信息，请咨询您的 SBC。

### 自付限额

本计划在其首选服务提供商网络内提供的服务的年度自付限额 (OOP 最高限额) 为个人 4000 美元，家庭 8000 美元。自付限额是您一年内从本计划首选服务提供商网络内的服务提供商处获得承保服务的最高自付限额。

保险费、结余账单费用、网络外服务提供商提供的服务的付款、本计划未涵盖的医疗护理服务以及未能获得服务预先授权的任何罚款，均不计入本计划的自付限额。此类服务和费用的金额没有自付限额限制。

### 预先授权要求

您必须获得某些承保服务的预先授权，包括但不限于非紧急住院患者入院和家庭医疗护理。您有责任确保遵守预先授权要求，除非下一段中另有说明。

对于网络内的服务，您的医生负责在您获得护理之前获得任何必要的预先授权。如果您的医生没有获得所需的预先授权，Aetna 可能不会向您提供护理的服务提供商支付任何费用。如果您的医生未能获得预先授权，则您无需支付任何费用。如果您的医生要求预先授权，而 Aetna 拒绝，您仍然可以得到护理，但本计划不会支付任何费用。有关更多详细信息，请参阅您的 SBC。

### 人寿保险或意外死亡及伤残险申诉

如果三十（30）个日历日的标准申诉程序严重威胁到成员的健康或工作能力，您可以要求对投诉进行 24 小时快速复审。

申诉流程由保险人按照保险人的简要计划说明进行处理。有关人寿保险申诉程序的更多信息，请参见保险人的简要计划说明和/或管理计划文件。

应向 Express Scripts 申诉对索赔的拒绝。如果您必须在紧急情况下按处方配药，请联系 Express Scripts 了解在何处配药。有关与处方药保险赔偿金索赔相关的申诉程序的更多信息，请参阅 RxBenefits 管理的 Express Scripts 计划文件。

关于拒绝保险赔偿金资格的申诉应提交给本计划。

### United Concordia 牙科保险赔偿金申诉

United Concordia 公司根据其索赔和申诉程序处理申诉。

有关适用的申诉程序，请参阅 DHMO 计划或 AZ 计划文件（以适用者为准）。请致电 (800) 9376432 联系本计划或 United Concordia，索取这些文件或获取更多信息。

### MediExcel 牙科保险赔偿金申诉

包括紧急服务索赔在内的申诉由 MediExcel 根据其索赔和申诉程序进行处理。

会员可通过以下任一方式向 MediExcel 提交申诉：(1) 致电下列电话号码；或 (2) 通过 MediExcel 网站 <https://excel.network/claims/preview> 上的本计划在线申诉表进行申诉

MediExcel Health Plan  
750 Medical Center Ct.,  
Ste 2  
Chula Vista, CA 91911

在美国：(855) 633-4392

墨西哥下加利福尼亚州：(664) 633-8555

关于适用的申诉程序，请参阅 MediExcel 计划文件。请致电上述电话号码向本计划或 MediExcel 索取这些文件或获取更多信息。

### VSP 申诉

如果 VSP 成员对 VSP 和/或 VSP 网络服务提供商有投诉/申诉，您可以立即致电 (800) 877-7195 联系 VSP 会员服务。如果投诉在五 (5) 个工作日内未得到圆满解决，您将在收到投诉后的三十 (30) 个工作日内收到书面确认函和书面解决函。

对于书面投诉，您可以登录 [www.vsp.com](http://www.vsp.com) 并填写成员申诉/投诉表并发送至：VSP Complaints and Grievances, P.O.Box 2350, Sacramento, CA 95741。VSP 将通过邮件确认收到投诉/申诉，和/或在五 (5) 个工作日内提供投诉的处理状态。VSP 将在收到投诉之日起三十 (30) 个工作日内解决您的投诉，并将投诉和回复的副本存档七 (7) 年。



该基金通过 RxBenefits 访问药品提供商的 Express Scripts 网络和其他处方药相关服务。因此，您的处方药保险赔偿金的某些方面受 RxBenefits 及其规则和程序的约束，而其他方面则受 Express Scripts 及其规则和程序的约束。请仔细阅读这些材料，确保您正在就问题或疑虑与合适的药品服务提供商联系。有关 Express Scripts 和 RxBenefits 的联系信息，请参见 B 页。

## Express Scripts 申诉

如果您或您的医生希望提交任何信息或证据来支持您的请求，您可以在独立复审请求中包含这些信息或证据，并且本计划会将其加入转发给 IR0 的文件中。我们将在适用的时间范围内作出决定。如果复审人员需要其他信息来做出决定，则可以延长该时间段。如果您符合适用法律规定的快速外部复审条件，则会加快独立复审流程。

- 所有相关病历；
- 本计划在对这种情况作出决定时所依据的所有其他文件；以及
- 索赔人或其医生已向本计划提交的所有其他信息或证据。

本计划的内部申诉驳回通知将告知您根据1974年颁布的《雇员退休收入保障法》(Employee Retirement Income Security Act, 简称“ERISA”)及其修正案,您有权请求外部复审申诉,您拥有请求外部复审的权利以及向联邦法院提起诉讼的权利。外部复审将由独立医生进行,或由有资格决定所请求的服务或程序是否属于本计划所承保的健康服务的医生进行。IR0与本计划签订了合同,且与本计划没有实质性的联系或利益关系。本计划将根据一份已批准的IR0的轮换清单选择IR0。在某些情况下,独立复审可由IR0认为适当的医师小组进行。在本计划收到独立复审请求后的适用时间范围内,应将该请求连同以下文件一起转发给IR0:

此外部复审程序提供了一个复审拒绝所请求的服务或程序或者拒绝服务或程序付款的独立复审流程。在您用尽本计划的内部申诉程序并收到本计划关于您的内部申诉的最终不利保险赔偿裁定后,您可以免费使用此流程。您可以在收到内部申诉驳回通知后4个月内请求独立复审机构(IR0)进行外部复审。

- 非参与的提供商在参与的医疗机构提供的非急诊服务,以及
- (3) 非参与的空中救护服务提供商提供的空中救护服务

### 何时可以提起诉讼的限制

• 受托人委员会拥有自由裁量权，并且有权进行事实调查、纠正遗漏、解决计划的含糊之处，解释计划的条款，做出保险赔偿资格决定，且有权解决本计划下的其他争议。对放弃复审权的索赔，或者受托人委员会或其指定申诉委员会就复审请求的决定的拒绝是最终决定，对包括索赔人或请愿人在内的各方均具有约束力。您可以根据 ERISA 提起民事诉讼，但前提是首先要用尽本协议规定的的索赔和申诉程序。在受托人委员会发布申诉书面决定后，没有再向受托人委员会提出申诉的权利。

在您首次用尽本协议规定的索赔和申诉程序之前，您不得提起诉讼来获得保险赔偿金。必须在本计划最终裁定您的申诉之日起一年内提起诉讼。

### 外部复审程序

在您用尽了本计划的内部申诉程序（如上所述）并且对本计划的最终决定仍然不满意时，您可以选择参加本计划的外部复审程序。此程序仅适用于由于以下原因拒绝索赔的情况：

- 临床原因；
- 实验性或调查性服务或未经证实的服务的除外责任；或者
- 适用法律另有规定。

自 2022 年 1 月 1 日或之后对于发生的索赔，外部审查适用于《无意外法》范围内的项目和

- 网络外急诊服务

## 发送申诉决定通知的时间

- **服务前索赔：**本计划在收到申诉后的 30 天内向您发送复审决定通知。
- **紧急护理索赔：**本计划在收到申诉后的 72 小时内向您发送复审决定通知。您必须确保任何紧急索赔申诉直接提交给本计划，而不是提交给Aetna。
- **服务后索赔：**通常，在收到您的复审请求后，将在受托人委员会下次例行会议上对涉及服务后索赔的申诉作出决定。但是，如果在下一次例行会议后的 30 天内收到您的复审请求，则可能会在收到您的请求后的第二次例行会议上审议您的复审请求。在特殊情况下，可能需要推迟到收到您的复审请求后的第三次例行会议。如需延期，我们将提前书面通知您。一旦对您的索赔作出复审决定，本计划将尽快通知您该决定，但不得迟于作出决定后 5 天。
- **连带护理索赔：**该决定将按照与服务前索赔、服务后索赔或紧急护理索赔相同的方式做出。
- **其他索赔：**有关涉及死亡或 AD&D 保险赔偿金的申诉的决定将按照与服务后索赔相同的方式作出。

## 复审决定通知

- 对您的索赔进行复审的决定将以书面形式提交给您。拒绝复审索赔的通知应说明：
- 做出这一决定的具体原因
  - 决定所依据的具体计划条款的参考
  - 表明您有权根据要求免费获得与您的索赔相关的所有文件的合理访问权和副本之声明
  - 在对不利保险赔偿金进行复审后，您有权依据 ERISA 第 502(a) 条提起民事诉讼的声明。
  - 如果本计划所依据的是内部规则、准则或协议，您将收到一份该规则的副本或一份可根据要求免费提供的声明。
  - 如果该决定是基于医疗需要，或因为该治疗是实验性或调查性的治疗，或其他类似的排除，您将收到一份关于该决定的科学或临床判断的解释，适用于您的索赔的计划的条款，或一份可根据要求免费提供的声明。
  - “您和您的计划可能有其他自愿的替代争议解决方案，例如调解。找出可用的替代争议解决方案的一种方法是联系您当地的美国劳工部办公室和您所在的州保险监管机构。”

## 复审流程

复审流程如下：

您有权提交支持您对保险赔偿金的索赔的意见、文件、记录和其他信息。根据要求，本计划将免费为您提供与您的索赔相关的所有文件、记录或其他信息的合理访问权和副本。在作出决定时本计划所依据的相关文件、记录或其他信息；该文件、记录或其他信息是就索赔提交、审议或产生的（无论是否依据），证明其符合本计划为确保决策一致性的行政程序；或者构成关于被拒绝的治疗或服务的计划政策声明。

根据要求，将向您提供就您的索赔向本计划提供建议的医疗或职业专家（如果有的话）的份额，而不考虑他们的建议是否被用于决定您的索赔。

我们将安排另一个人来复审您的申诉，此人不会是最初拒绝您的索赔的人的下属。复审人员将不考虑初始不利保险赔偿金的裁定。此人将根据记录作出决定，包括您可能提交的与索赔有关的其他文件和评论。

如果您的索赔是基于医学判断（例如确定此治疗或服务在医学上没有必要，或者此治疗或服务是研究性或实验性的治疗或服务），我们将咨询在相关医学领域受过相应培训并且有着丰富经验的医疗护理人员。该专业人员将不会是申诉中最初裁定相关的被咨询个人，也不是该个人的任何下属。

未能提出符合所有这些条件的申诉将构成您放弃对拒绝您的索赔进行复审的权利。涉及对**紧急护理索赔**不利裁定的申诉可通过致电 (800) 524-8687 的方式提出。**紧急索赔申诉**必须直接提交给本计划，而不是提交给 Aetna。

- 陈述对拒绝表示异议的理由；
- 随附任何尚未提供给本计划的相关材料
- 在收到拒绝通知后的 180 天内提交给本计划

➤ 由您或您的授权代表以书面形式提出

申请必须：

如果您的索赔全部或部分被拒绝，或者您不同意对索赔的决定，则可以要求进行复审。您的复

下文还提供关于以下申诉的附加信息：拒绝根据视力服务计划的视力索赔资格、拒绝 Express Scripts 的处方药保险赔偿、拒绝 Prudential Life Insurance Company 的人寿保险或意外死亡及伤残保险赔偿、或拒绝 United Concordia 或 MediExcel 的牙科保险赔偿。

这部分介绍当您的索赔被全部或部分拒绝，并且您希望对该决定提出申诉时您应当遵循的程序。这些申诉程序也适用于根据 Aetna 的建议，住院前入院证明被拒绝的情况。

## 申诉程序

如果您通过 MediExcel 牙科获得牙科保险，并且是 MediExcel 网络中的牙科服务提供商为您提供服务，则无需提出索赔。MediExcel 服务提供商将直接向 MediExcel 提出牙科索赔。紧急索赔作为申诉处理。有关更多信息，请参阅下面第 43 页的“申诉”部分。

### MediExcel 牙科

请致电 (800) 937-6432 联系本计划或 United Concordia，获取计划文件、注册和索赔材料。

如果您通过亚利桑那州计划获得牙科保险，并且是 United Concordia 网络中的牙科服务提供商为您提供服务，则无需提出索赔。United Concordia 服务提供商将直接向 United Concordia 提出牙科索赔。如果您为您提供服务的服务商不是 United Concordia 网络中的服务提供商，您必须直接向 United Concordia 提出补偿索赔。

### 亚利桑那州计划

如果您通过 DHMO 获得牙科保险，并且是 United Concordia 网络中的牙科服务提供商为您提供服务，则无需提出索赔。United Concordia 服务提供商将直接向 United Concordia 提出牙科索赔。除非是紧急情况，否则不在 United Concordia 网络中的服务提供商不能为您提供服务。

### DHMO

有关适用的索赔程序，请参阅 DHMO 计划或 AZ 计划文件（以适用者为准）。如果您对境外保险有任何疑问，请参阅这些文件。

牙科 HMO 计划 (DHMO) 和亚利桑那州 PPO 计划 (AZ) - 牙科保险赔偿金通过联合 United Concordia 牙科计划提供。为了获得资格，您必须提交相应的登记表，从 United Concordia 提供商目录中选择牙科诊所。

- 对完善索赔所需的任何附加材料或信息的说明，以及对为什么需要这些材料或信息的解释

#### • 对申诉程序和适用时限的说明

- 在对不利利益进行审查后，但仅在首先用尽此处的索赔和申诉程序之后，您才有权根据 ERISA 第 502(a) 条提出民事诉讼的权利声明。

- 如果在决定您的索赔时依据的是内部规则、准则或协议，您将收到一份该规则的副本或一份可根据要求免费提供的声明。

- 如果该决定是基于无医疗必要性，或因为该治疗是实验性或研究性的治疗，或其他类似的排除，您将收到一份关于该决定的科学或临床判断的解释，适用于您的索赔的本计划的条款，或一份可根据要求免费提供的声明。

- 对于**紧急护理索赔**，该通知将说明适用于**紧急护理索赔**的快速审核过程。对于**紧急护理索赔**，可以口头作出所需的决定，并随后发出书面通知。

## 牙科、眼科和处方药福利索赔

**对于视力保险赔偿金的索赔** - 如果您有视力保险，并且是视力服务计划 (VSP) 成员小组中的视力服务提供商为您提供服务，则无需提出索赔。VSP 签约的视力服务提供商将直接向 VSP 提出视力索赔。如果您就诊于某个 VSP 服务商，则需要为其所提供的服务支付适当的共付额。如果您为您提供服务的服务商不是 VSP 成员小组中的视力服务商，则必须直接向 VSP 提出赔偿索赔。有关更多详细信息，请参见 VSP 成员手册。请致电 (800) 8777195 联系本计划或 VSP，获取当前成员手册的副本。

**处方药保险赔偿金** - 该基金通过 RxBenefits 访问药品供应商的 Express Scripts 网络以及其他与处方药有关的服务。因此，您的处方药保险赔偿金的某些方面受 RxBenefits 及其规则和程序的约束，而其他方面则受 Express Scripts 及其规则和程序的约束。请仔细阅读这些材料，确保您正在就问题或疑虑与合适的药品服务提供商联系。有关 Express Scripts 和 RxBenefits 的联系信息，请参见 B 页。

如果您有处方药保险，并且购买处方药的药房参与了 Express Scripts (ESI) 网络，则无需提出索赔。与 ESI 签约的供应商将直接向 ESI 提出处方药索赔。您有责任为承保的处方药支付适当的共付额。如果药物不在保险范围内，药房通常会通知您。如果您必须在紧急情况

下配药，请联系 Express Script 了解在何处进行配药。

- 无论是全部拒绝还是部分拒绝，我们都会向您提供拒绝索赔的书面通知。该通知将说明：
- 做出这一决定的具体原因
- 决定所依据的具体计划条款的参考

### 决定通知的内容

本计划在收到索赔之日起 90 天内通知您其对死亡保险赔偿金或意外死亡及伤残保险赔偿金的索赔决定。在特殊情况下，这一期限最多可延长 90 天。如果申请延期，您将在第一个 90 天期限到期前收到延期通知和情况通知。

### 其他索赔：

如果本计划已预先授权在一段时间内或若干次治疗期间内提供正在进行的疗程，并且做出的决定是要终止或缩短该疗程（通过计划修正或终止除外），Aetna 将尽快通知您（住院患者住院），但在任何情况下，都要在赔偿金减少或终止之前，尽早作出申诉决定。索赔人提出的延长核准的紧急护理治疗的任何请求，都将在收到索赔后的 24 小时内进行处理，但前提是在批准治疗到期前至少 24 小时收到索赔。延长不涉及紧急护理的核准治疗的请求将根据服务前或服务后的时间范围（以适用者为准）决定。

### 连带索赔

如果您的医生未正确提出**紧急护理索赔**，我们将在收到索赔后尽快（不迟于24小时）通知他们有关提出索赔的正确程序。除非正确重新提出索赔，否则不会构成索赔。决定通知将在收到指定信息后的 48 小时内提供，但前提是在规定的时间内收到信息。

如果收到**紧急护理索赔**，但没有足够的信息来确定是否或在多大程度上承担赔偿或者给付赔偿金，您的医生将尽快（但不迟于收到索赔后24小时）通知您完成索赔所需的具体信息。您和/或您的医生必须在两个工作日内提供指定的信息。如果在此期限内未提供信息，您的索赔将被拒绝。

定的期限将从延长期限通知之日起暂停，直至45天届满或直至收到您对请求作出的回复（以日期较早者为准）。本计划然后在15天内对**服务后索赔**做出决定，并向您通知该决定。

### 服务前索赔：

对于按要求提交的**服务前索赔**，除非需要额外时间，否则将在收到索赔后15天内向您通知该决定。如果由于 Aetna 无法控制的原因而有必要延长，答复时间最多可延长15天。在此情况下，将通知您需要延长期限的情况以及预计做出决定的日期。

如果由于 Aetna 要求您提供补充信息而需要延长期限，延长期限的通知将指明所需的信息。在此情况下，您和/或您的医生应在收到通知后45天内提供补充信息。如果在此期限内未提供信息，您的索赔将被拒绝。在允许您提供补充信息的期限内，对索赔做出决定的正常期限将暂停。做出决定的期限将从延长期限通知之日起暂停，直至45天届满或直至收到您对请求作出的回复（以日期较早者为准）。Aetna 然后在15天内对**服务前索赔**做出决定，并向您通知该决定。

如果您的提供商未正确提出**服务前索赔**，将在收到索赔后尽快（但必须在5天内）通知您和/或您的提供商关于提出索赔的正确程序。仅当索赔中包含 (i) 您的姓名，(ii) 您的特定医疗状况或症状，以及 (iii) 需要批准的特定治疗、服务或产品时，才会发送未正确提出服务前索赔的通知。除非正确重新提出索赔，否则不会构成索赔。

### 紧急护理索赔：

与不需要预先授权的紧急入院不同，对于紧急入院，您、您的医生或医疗机构将需要在安排您入院之前致电。紧急入院是指由于疾病的发作或变化，诊断为疾病或受伤而由医生建议的住院治疗。

如果您请求对**紧急护理索赔**进行预先授权，Aetna 将尽快考虑相关医疗情况并通过电话回复您的请求，但不得迟于 Aetna 收到索赔后 72 小时（如果是医院福利的预先授权请求）。这一决定也将以书面形式予以确认。



如果由于本计划要求您提供补充信息而需要延长期限，延长期限的通知将指明所需的信息。在此情况下，您应在收到通知后45天内提供补充信息。如果在此期限内未提供信息，您的索赔将被拒绝。在允许您提供补充信息的期限内，对索赔做出决定的正常期限将暂停。做出决

定的日期。

通常情况下，本计划在收到索赔后30天内向您发出关于**服务后索赔**决定的通知。如果因本计划无法控制的情况而必须延长，本计划可将此期限延长一次，但最多不超过15天。如果需要延期，我们会在最初的30天期限结束前通知您需要延期的情况以及本计划预期做出决

### 服务后索赔：

根据您的索偿类型，向您发送福利索赔决定的通知时间有所不同。请仔细阅读每个部分，以确定哪种程序适用于您的福利请求：

## 关于福利索赔决定的 通知时间

了解您的病情的医疗护理专业人员可以就**紧急护理索赔**担任您的授权代表，无需您填写特别授权表格。

如果您无法自己填写索赔并且事先已指定您的授权代表（例如您的配偶）代表您填写，该授权代表则可以为您填写索赔表。可以从计划中获取表格以指定授权代表。本计划可能会要求提供其他信息，以验证此人是否有权代表您。即使您已指定授权代表以代为办理索赔，您也必须亲自签署索赔表并至少每年一次将其提交给本计划。

## 授权代表

如果索赔不完整，您或您的授权代表将被告知需要提供额外证据，以确定是否应支付索赔金额。例如，基金管理人可以要求提供补充文件或身体检查或实验室测试的结果，以裁定医疗索赔。我们将在合理的情况下尽快向您或您授权的代表发出通知，但服务前索赔不得迟于五天（5）天，紧急护理索赔不得迟于24小时。对于紧急护理索赔，通知可能会以口头形式提供给您或您的代表，除非您或您的代表要求书面通知。如果您不配合此类请求，您的索赔可能会被拒绝。

对于已收到的服务的索赔或死亡抚恤金的索赔，应在发生费用或损失之日起90天内向本计划提出。如果您无法在90天内提出索赔，不会因不及时提出索赔而拒绝或减少您的索赔，但前提是您应在合理的可能范围内尽快提出索赔，但在任何情况下必须在发生费用或损失之日起一

## 何时提出索赔

## 其他索赔

如果您有定期人寿保险或意外身故和残疾福利保险，并希望提出索赔，请联系本计划以获取必要的表格和关于如何提交损失证明的具体说明。例如，向本计划提出关于死亡抚恤金的索赔时，应同时提交死亡证明的核证副本。

## 资格争议

如果本计划的记录显示您不符合资格，从而导致您的索赔被拒绝，您的资格将由本计划根据下文所述的时间表以及您的索赔类别（“紧急”、“服务前”、“服务后”等）进行确定。

## 哪些不是本程序规定的“索赔”

- 与本计划规定相关的简单查询若不涉及任何特定福利索赔，则不会被视为福利索赔。例如，致电本计划询问本计划是否承保言语治疗，不构成一项福利索赔。
- 申请事先授权，以要求本计划承保您的医师推荐的治疗、服务或用品不构成本程序中规定的“索赔”，除非本计划要求您获得事先授权。例如，申请取得一项门诊服务的事先授权并不是取得保险赔付的强制性条件，因此不视为福利索赔。
- 根据联邦法规，“索赔”不包括在零售药店按处方购药。但是，“索赔”包括通过邮购药房按处方购药。但是，无论哪种情况，如果您的处方药请求全部或部分被拒绝，您可以使用下文所述的程序提出申诉。
- 请求认定某人是否有资格获得保险赔付不视为本程序规定的索赔，除非特定的福利索赔由于不符合资格而被拒绝。

对于非紧急的医院入院，您、您的医生或医疗机构需要在预定的入院日期至少14天前致电申请事先授权。

### 紧急医疗索赔—事先授权

如果按照标准的15天期限通知您关于事先授权的决定可能导致以下结果，事先授权申请则构成涉及紧急医疗索赔：

- (a) 严重危及您的生命、健康或恢复最大功能的能力，或者
- (b) 了解您病情的医生认为，这可能使您遭受严重的痛苦，如果没有您正在请求事先授权的医疗护理或治疗，无法充分管理该痛苦。

您的索赔是否构成**紧急医疗索赔**由本计划基于掌握一般健康和医学知识的审慎外行人的判断进行确定。或者，如果了解您病情的医师确定相关索赔是上述定义的**紧急医疗索赔**，该索赔则应被视为**紧急医疗索赔**。

要提出涉及医院福利事先授权的紧急医疗索赔，包括在私人病房内的住院、某些门诊诊断检查、专业护理设施的住院以及家庭保健，您必须致电 (888) 632-3862 联系Aetna。如果紧急医疗索赔涉及本手册中未列出的服务或治疗，您必须致电 (562) 463-5060 联系本计划。

**紧急护理** - 请注意，本声明中所述的紧急医疗索赔程序不适用于紧急护理。如果遇到紧急医疗事件，您应前往最近的医院急诊室。“紧急”是指需要立即治疗的疾病突然发作，包括但不限于心脏病发作、中毒、丧失意识或抽搐。这些服务的费用将作为服务后索赔提出，并适用本计划的限额和除外责任规定。

### 连带护理索赔：

并存索赔是指涉及正在进行治疗过程的索赔，该治疗经过最初的事先授权后进行重新考虑，并导致保险赔付减少、终止或延长。此类索赔的示例：最初授权住院治疗为五天，然后在三天后进行审查，以确定五天住院期是否合适。在此情况下，将在提供治疗的同时决定减少、终止或延长治疗。

要申请延长或以其他方式修改已经获得事先授权的医院福利，包括在私人病房的住院、门诊手术、每项超过\$500的门诊诊断化验检查、专业护理设施以及家庭医疗护理用品，您或提供商必须致电 (888) 632-3862 联系 Aetna。

该权利不影响本计划就多付款项可能拥有的任何其他追偿权。

如果提供商向您或您的受抚养人开具账单，或者向您或您的受抚养人收取款项，但是Aetna已根据向该提供商多付的金额而抵消该提供商已收取的款项，在联系本计划前请不要向该提供商付款。

### 服务前索赔

服务前索赔是指在接受治疗之前需要事先授权的索赔。对于Aetna全国预先认证清单上的所有项目，包括但不限于居家护理、住院入院、某些行为服务和专业护理机构的住院，都需要Aetna的预先授权。

需要预先授权的服务的完整清单可以在以下网址找到：<https://www.aetna.com/health-care-professionals/precertification/precertification-lists.html>。

您也可以保险计划的网站上找到该链接：<http://laundryfund.org/other-links.html>。

除上述链接中列出的项目外，您还必须在以下情况下获得预先授权：

- Aetna的预先认证清单中的非紧急手术和医疗服务

- 非急诊住院

- 行为健康服务，包括：

- 住院入院

- 住宿治疗中心 (RTC) 入院

- 部分住院计划 (PHP)

- 应用行为分析 (ABA)

- 经颅磁刺激 (TMS)

- 专业护理设施的所有住院入院

对于上述服务以及 Aetna 网站上列出的服务，需要预先授权。如果您从网络内的医疗机构接受任何此类服务，该医疗机构将自动获得适当的预先授权。如果您从网络外的医疗机构接受此类服务，您需要与医疗机构核实，以确保其已经获得适当的预先授权。为此，您可以在医疗机构提供服务前询问其是否已获得预先授权，并让其参考上述链接。

如果适用的网络外疗程未获得预先授权批准，您将被收取200美元的罚款。如果疗程被认定为非医疗必需服务，您将被收取全部疗程费用。

因此，如果您使用网络外的提供者或机构，而该提供者或机构的收费高于UCR金额，您将负责支付UCR的40%，加上高于UCR的任何金额。提供者收取的超过UCR金额的数额称为“余额”，提供者可以向您收取该余额，以及您在UCR金额中的40%份额。因此，如果您选择网络内的提供者或机构，您的费用一般会比较低。

余额计费金额（即对网络外的提供者开出的超过UCR金额的余额）不包括在您的自付额上限内。这意味着当账单金额超过UCR时，即使您已经达到了自付额的最高限额/上限，您也要承担超出这部分。因此，除非服务适用QPA，否则如果您使用网络外的提供者，您在账单金额中承担份额为UCR的40%加上账单金额的余额。您在UCR金额中承担的份额**将会**计入您的自付额上限。但是，账单金额余额（即，您必须支付的超出UCR的任何金额）**将不**计入您的自付额上限。

**合格付款金额 (QPA)** - 对于属于这三个类别之一的项目和服务，您分摊的费用将与在网络内获得服务一样，包括共付额和免赔额：(1) 网络外急诊服务，(2) 非参与提供者在参与设施内提供的非急诊服务，以及 (3) 非参与的空中救护服务提供者提供的空中救护服务。在这些情况下，提供商对这些项目和服务的付款将是 QPA，即提供商网络设置的适用合同中间费率，而不是“允许金额”或“允许费用”。

**共保额、共份额和自付额** - 本计划没有自付额。在您支付的总费用达到本计划规定的最高自付费用限额 (OOP限额) 之前，您可能需要支付部分“允许金额”、“允许费用”或“合格付款金额”（视情况适用）的总额；在达到OOP限额之后，本计划将支付全部承保服务的费用。共保额是在本计划按其百分比支付允许费用或QPA时，被保险人应支付的允许费用或QPA的百分比。共付额通常是固定的金额，在您取得须支付共付额的承保服务时支付。本计划已向您提供的《福利摘要》中完整说明了您需要支付的共保额和共付额。

**多付款项的收回** - 如果本计划向您支付或代表您支付的赔偿金额超过您有权获得的赔付金额，本计划则有权要求退还多付金额。本计划有权从其将来向参保者支付或代表参保者支付的赔付金额中扣除之前多付的金额。收回多付款项的另一种方式是将来向提供商支付的款项中扣除多付的金额。这些未来的付款可能涉及本计划或由本计划的第三方管理人 - Aetna 管理的其他健康保险计划。在此过程中，Aetna 将从向提供商支付的将来款项中扣除提供商已收到的多付金额，然后将收回的金额退还给已向提供商多付金额的保险计划。当Aetna收回由其管理的其他保险计划的多付款项时，按照本计划向提供商进行的付款将适用相同的流程。

UCR 是由非 PPO 提供商提供的承保服务的费用，该费用不会超过在该提供商所在相同或类似地区，为相似严重程度和性质的伤害或疾病执行或提供类似服务、治疗或物品的其他人所收取的一般费用标准。UCR 被设定为“公平健康”基准的第 80 个百分点。这意味着，在 100 个在相同或相似地理区域提供特定服务的提供商中，UCR 收费标准处于第80位。

根据PPO计划，除了网络内的提供者或机构以外，您还可以选择网络外的机构或提供者。但是，网络外的提供者/机构没有合同或协议，不会以较低的费用提供服务。因此，账单上的金额可能会更大。此外，如果您使用网络外的提供商，本信托基金将仅支付通常、惯常和合理（UCR）金额的60%，除非是属于《无意外法》范围内的索赔类型。如果属于《无意外法》范围内的索赔类型，则适用合格付款金额（QPA），详见下文。

**允许的金额/允许的费用**一本计划为承保的服务赔付的金额不超过“允许的金额”或“允许的费用”，这是本计划的首选提供商网络中的提供商（PPO提供商）为换取提供承保服务而同意接受的议定价格。承保服务的允许金额或允许费用不超过实际收费。

- 合格雇员的姓名、其社会安全号、其本地工会号码
- 结算的费用（账单中必须分项列出所有医师就诊的日期）
- 单位数量（适用于麻醉和某些其他索赔）
- 提供商的联邦纳税人识别号（TIN）和全国提供商识别号（NPI）
- 提供商的帐单名称、地址、电话号码和专业学位或执照编号
- 提供商的签名
- 如果由于事故导致治疗，请提供事故的详细说明（如果您要赔偿损失，您将被要求签署《留置权确认和代位求偿协议》，以偿还本计划的赔付金额）。
- 关于其他保险的信息（如果有）
- 如果发生死亡，必须向本计划提交书面索赔通知和死亡证明的认证副本

等福利。本部分还提供了关于就其他福利提出索赔的信息，包括眼科、牙科、处方药和远程医疗等保险福利。

### 根据赔付计划提出索赔

#### 服务后索赔

服务后索赔是指对已经提供给您的治疗、服务或用品的付款提出的索赔。您可以致电 (562) 463-5060 联系本计划获取索赔表。

#### 事先授权：

某些承保服务需要获得事先授权，包括但不限于家庭保健、非紧急住院患者入院、住院手术（如果未获得事先授权，赔付金额会减少），以及专业护理设施。请参阅第 36 页和第 37 页，以及下面关于“服务前索赔和紧急医疗索赔”的部分。

仔细填写《索赔表》的所有必填部分，然后交给医生。您的医生然后将填写完整的《索赔表》和分项账单发送到位于以下地址的 Aetna：

Aetna Life Insurance Company  
P. O. Box 981106  
El Paso, TX 79998-1106

**电子索赔申请** - 如果您的提供商（医生、实验室、医院、疗养院等）以电子方式提交您的索赔，其必须符合关于健康索赔电子传输的联邦标准并应载明以下信息：

- 患者的全名、出生日期和地址
- 患者与雇员的关系
- CPT-4（由美国医学协会制定和分发的《目前使用的医疗服务术语》（第四版）中提供的医师服务和其他医疗护理服务的代码）  
ICD-10（由美国卫生与公共服务部制定和分发的《国际疾病分类》  
（International Classification of Diseases, 第10版，临床修订版）中提供的  
的诊断代码
- 提供的服务（包括服务日期）

如果某项保险计划没有福利协调条款，该保险计划则为主保险。如果多项保险计划具有福利协调条款，主保险和辅助保险按以下规则确定：

#### 1. 在职、退休或被解雇的雇员

在雇员未解雇且未退休期间为该雇员（或其受抚养人）提供保险的计​​划首先赔付。在雇员被解雇或退休时为其（或其受抚养人）提供保险的计​​划随后赔付。

#### 2. 雇员/受抚养人

为某人（作为雇员）提供保险的计​​划首先赔付。为某人（作为受抚养人）提供保险的计​​划随后赔付。

#### 3. 未分居或未离婚的父母的受抚养子女

为一年中生日较早的父母一方提供保险的计​​划首先赔付。为一年中生日较晚的父母一方提供保险的计​​划随后赔付。如果父母双方的生日相同，为父母一方承保时间较长的计​​划首先赔付。为父母一方承保时间较短的计​​划随后赔付。在适用此规则时，其出生年份不纳入考量。

#### 4. 父母分居或离婚的受抚养子女

父母分居或离婚时：

a) 为具有监护权的亲生父母一方提供保险的计​​划首先赔付。

b) 为具有监护权的亲生父母一方的配偶（即与孩子共同居住的继父母一方）提供保险的计​​划其后赔付；以及

c) 为没有监护权的亲生父母一方提供保险的计​​划最后赔付。

如果法院签发的离婚令或依法分居令指定父母一方对于子女的医疗护理费用承担经济责任，此赔付顺序可能发生变化。

#### 5. 更长/更短的保险期

如果以上规则均未能确定赔付顺序，为某人提供保险时间较长的计​​划应首先赔付。为此人提供保险时间较短的计​​划应其后赔付。

### 理赔程序

以下是向“洗衣与干洗工当地第 52 号健康福利信托基金赔偿计​​划”（以下简称“计​​划”）提出索赔的程序。此程序涵盖所有赔偿计​​划福利，包括医院、医生、处方药和药品



不承担您或您的受抚养人的律师费或费用，除非本计划已书面同意承担。受托人可以自行决定放弃或以折衷方式行使任何补偿权、代位求偿权或转让权。

本条规定不应被解释为在违背本计划关于排除赔付责任的任何其他条款之情况下，要求本计划给予赔付。

## 福利协调

家庭成员通常由超过一项以上的团体医疗或健康保险计划承保。因此，两项或多项保险计划将会就相同的费用给予赔付。为避免此问题，您的医疗保险计划规定了一项“福利协调”条款。此条款影响您的所有医疗保险。

### 如何进行协调？

如果您或您的受抚养人同时由另一项团体保险计划承保，从所有保险计划获得的总金额在任何情况下不会超过“允许费用”的100%。仅在防止任何人从其保险获利的必要范围内，福利将相应减少。“允许费用”是指您或您的受抚养人的其中一项保险计划承保的医疗或牙科服务、治疗或用品的任何必要且合理的费用。

“保险计划”是指在已承保或未承保的情况下，为治疗或医疗服务提供承保的任何团体保险。这包括团体总括保险或专营保险、团体执业险以及任何其他团体预付费保险、劳工管理受托人计划、工会福利计划、雇主组织计划、政府计划下的任何保险，以及法律要求或规定的任何保险，包括州政府强制要求的无过错汽车保险。

福利协调规定不适用于您支付全部保费的任何其他保险。

如果您由另一项保险计划承保，而该计划使用排除性的提供商网络/名单，例如健康维护组织（HMO），并且本计划和其他计划均不予赔付，则不适用本福利协调规定。对于本计划与HMO之间的协调，协调范围只能包括自付额、共保额或共付额，并且除了急诊服务以外，仅当提供商是本计划和HMO规定的首选提供商时，才会进行协调。

### 哪项保险计划先赔付？

如果有多项保险计划，其中一项保险计划是“主”保险，而其他保险计划是“辅助”保险。主保险首先赔付，而不考虑其他保险计划。然后，辅助保险补足差额，直至赔付金额达到允许费用的总额。任何一项保险计划赔付的金额不超过在没有此规定的情况下应支付金额。

### 第三方责任

如果因第三方的作为或不作为而导致您或您的受抚养人遭受事故、伤害、疾病或状况，您或您的受抚养人则必须填写：(1) 关于此事故、伤害、疾病或状况的《第三方责任信息表》(Third Party Responsibility Information Sheet)，以及(2) 本计划的《衡平法留置权确认和代位求偿协议》(Acknowledgement of Equitable Lien and Subrogation Agreement，简称“协议”)。

关于工伤/工作场所伤害，您应通过雇主的工伤赔偿提供商（而不是通过本计划）寻求所有工伤赔偿。但是，如果关于您寻求或接受的治疗是否由于工伤/工作场所伤害而导致存在争议，作为本计划给予赔付的一项条件，您和您的律师（若适用）应签署并提交上述《衡平法留置权确认和代位求偿协议》。

该协议允许本计划追索与其已支付或将支付的与事故、伤害、疾病或状况（以下简称“事故”）相关的赔付金额。该协议规定，对于您或您的受抚养人由于该事故从第三方或任何其他来源（无论是通过和解、判决或其他方式）取得的任何金额，您和您的受抚养人承认本计划对该等金额享有衡平法留置权。该协议还规定，关于您或您的受抚养人对该第三方享有的任何合法权益，以及本计划向您或您的受抚养人赔付的金额，您和您的受抚养人分别承认本计划享有的代位求偿权。如果任何受抚养人因事故受伤或患病，每个受抚养人也必须签署该协议。父母或监护人可以代表未成年受抚养人签署。

签署该协议是您和您的受抚养人有权获得本计划规定福利的一项条件。未签署该协议或违反该协议的，本计划将拒绝赔付或者将追回已赔付的金额，无论这些赔付金额是否与涉及第三方的事故相关。经本计划要求，您或您的受抚养人，或您的律师可能还必须向本计划提交关于您对第三方提出的索赔状况或任何相关索赔状况的定期报告。

如果您或您的受抚养人因交通事故等原因而收到第三方的赔偿，本计划则有权优先从该等全部和部分赔偿款项中获得赔偿，即使您或您的受抚养人未得到充分赔偿或者未取得全部索赔金额。这意味着您或您的受抚养人必须向本计划偿还本计划已赔付的100%金额，即使您或您的受抚养人因此未能从任何来源收到的赔偿中取得任何金额。本计划还享有代位求偿权，即以您或您的受抚养人的名义（无论是否经您或您的受抚养人同意）行使优先留置权，或者从任何来源向您或您的受抚养人支付的任何赔偿中获得赔偿。未经本计划书面同意，不得从本计划的追回金额中扣除律师费或费用。

在不超过本计划赔付金额的范围內，本计划还有权从事故的任何责任方取得赔偿。如果衡平法留置权、优先留置权或100%补偿款的金额少于您或您的受抚养人获得的福利金额，您应向本计划偿还全部该等福利金额，即使您或您的受抚养人在取得该等赔偿时支付了律师费和费用。本计划

- 另一项团体健康保险计划或健康保险由于以下任何原因而丧失：
  - 另一项团体健康保险是COBRA延保，并且该保险已经用尽；或者
  - 另一项保险是团体健康保险计划或其他健康保险，该保险由于资格丧失而终止，或者由于雇主停止向该其他保险支付缴费而终止。
  - 资格丧失包括因依法分居、离婚、死亡、雇用关系终止、工作时间减少而导致丧失保险。在一段期间后的任何资格丧失均参照以上标准进行认定。
  - 资格丧失不包括由于个人或参保者未及时支付保费或因故终止保险而导致的保险丧失；并且
- d) 您或您的合格受抚养人在保险丧失之日起31天内登记加入本计划。
- 如果您当时符合资格但没有登记加入本计划，并且您通过结婚、出生、领养或安置收养而获得受抚养人，您和新的合格受抚养人则可以在特殊投保期内登记加入。
- 特殊投保期为30天，从结婚、出生、领养或安置收养之日开始。如果在30天内完成登记加入申请，保险的生效日期为：
  - 如果是结婚，则在收到完整填写的登记加入申请之日后次月的第一日；或者
  - 如果是受抚养人的出生，领养或安置收养，则为该出生、领养或安置收养之日。

b) 本计划当时拒绝承保；并且

a) 您或您的合格受抚养人最初在符合本计划承保资格期间由另一项团体健康保险计划或其他健康保险承保；并且

如果您或您的合格受抚养人失去其他健康保险，并且满足以下所有条件，则可以在特殊投保期登记加入本计划：

当您或您的合格受抚养人失去其他健康保险，或者当您通过结婚、生育、领养或安置收养而获得新的合格受抚养人时，将适用特殊投保期。您或您的合格受抚养人在特殊投保期登记加入保险将不受逾期加入规定的约束。

根据HIPAA的规定，合格的个人和合格的受抚养人可以在特殊投保期登记加入本计划。

### 特殊投保期

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticcepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticcepp.html)

要了解更多信息，请访问：

- 法律要求我们维护您的受保护健康信息的隐私和安全。
- 如果发生可能危及您的信息隐私或安全的违规事件，我们会及时通知您。
- 我们必须遵守本通知中所述的职责和隐私保护措施，并向您提供本通知的副本。
- 除非您以书面形式告知我们可以使用或共享您的信息，否则我们不会在本声明所述之外使用或共享您的信息。您可以在给予我们授权后随时改变主意。如果您改变主意，请书面通知我们。

### 我们的责任

我们可以根据法院或行政命令或传票共享您的健康信息。

### 应对诉讼和法律行动

- 进行工伤赔偿理赔
- 出于执法目的或向执法人员披露
- 与卫生监督机构合作开展法律授权的活动
- 用于特殊政府职能，例如军事、国家安全和总统保护服务

我们可以使用或共享您的健康信息：

满足工伤赔偿、执法及其他政府要求

- 我们可以与器官获取组织共享您的健康信息。
- 当某人死亡时，我们可以与验尸官、法医或殡葬管理者共享健康信息。

### 回应器官和组织捐赠请求，并与法医或殡仪馆馆长合作

如果州或联邦法律要求，我们将共享您的信息，包括在卫生与公众服务部希望了解我们是否遵守联邦隐私法的情况下与该部门共享您的信息。

### 遵守法律

我们可以使用或共享您的信息用于健康研究。

### 进行研究

- 预防疾病
- 帮助产品召回
- 报告药物不良反应
- 报告可疑的虐待、遗弃或家庭暴力行为
- 防止或减少对任何人健康或安全的严重威胁

在某些情况下，我们可以共享您的健康信息，例如

### 帮助解决公共卫生和安全问题

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)。

更多信息，请访问：

我们可以或被要求以其他方式共享您的信息，通常是有助于公共利益的方式，例如公共卫生和研究。我们必须满足法律规定的许多条件，才能出于这些目的共享您的信息。要了解

### 我们还可以如何使用或共享您的健康信息？

数据，以解释我们收取的保费。

示例：贵公司与我们签订了提供健康保险计划的合同，我们向贵公司提供某些统计

合作方。

我们可能会将您的健康信息披露给您的健康保险计划赞助商或保险计划管理的业务

### 管理您的保险计划

示例：我们与您的牙科保险计划共享您的信息，以协调牙科治疗费用的支付。

我们可以在支付您的医疗服务费用时使用和披露您的健康信息。

### 支付您的医疗服务费用

示例：我们使用您的健康信息为您提供更好的服务。

我们不得使用基因信息决定是否为您提供保险以及保险价格。此规定不适用于长期护理计划。

我们可以使用和披露您的信息运营我们的组织，并且在必要时与您联系。我们可能会为了本计划正常运营所需的多项行政管理 and 质量控制职能而使用和披露您的 PHI。

## 管理我们的组织

示例：医生向我们发送关于您的诊断和治疗计划信息，以便我们安排额外服务。

我们可以使用您的健康信息，并向为您提供治疗的专业人员共享。

## 帮助您管理您接受的医疗保健治疗

为保护您的 PHI 隐私，本计划不仅保护您的 PHI 物理安全，而且限制您的 PHI 使用或向他人披露。我们可能会以下述某些允许的方式使用或披露您的 PHI。在联邦健康信息隐私法要求的范围内，我们仅在最低限度内为了执行这些任务而使用所需的您的 PHI。我们通常通过以下方式使用或共享您的健康信息。

## 我们通常如何使用或共享您的健康信息？

### 我们进行使用和披露

- 营销目的
- 出售您的信息

在下列情况下，除非获得您的书面许可，否则我们绝不会共享您的信息：

如果无法告诉我们您的偏好，例如您已失去知觉，如果我们认为这样做符合您的最佳利益，我们可能会继续共享您的信息。必要时，我们也可能共享您的信息，以减轻对健康或安全的严重和紧迫威胁。

- 与您的家人、密友或参与支付您的护理费用的其他人共享信息
- 在救灾情况下共享信息

在此类情况下，您有权且可以选择告诉我们：

对于某些健康信息，您可以告诉我们您对我们共享信息做出的选择。如果您对我们在下述情况下如何共享您的信息有明确的偏好，请与我们联系。告诉我们您希望我们做什么，我们将按照您的指示行事。

## 您的选择

我们不会因为您提出投诉而对您进行报复。

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)。

您可以致函美国卫生与公众服务部民权办公室提出投诉，地址：200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, 或致电 1-877-696-6775, 或访问

(562) 463-5894 传真

(800) 524-8687 或 (562) 463-5060 电话

Los Angeles, CA 90017

1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor

Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health & Welfare Trust Fund

Privacy Officer (隐私专员)

- 如果您认为我们侵犯了您的权利，可以通过以下方式与我们联系进行投诉：

### 如果您认为自己的权利受到侵犯，请提出投诉

- 在我们采取任何行动之前，我们将确保此人有权限且能代表您行事。
- 如果您已向他人给予医疗委托书，或者某人是您的法定监护人，此人则可以行使您的权利并对您的健康信息做出选择。

### 选择您的代理人

您可以随时索取本声明的纸质副本，即使您已同意接收电子版声明。我们将及时向您提供纸质副本。

### 获取本隐私声明的副本

- 您可以填写本计划提供的相应申请表，以索取该清单。
- 我们每年免费提供一次清单，但如果您在 12 个月内要求再次提供清单，我们将收取合理的成本费用。
- 我们将包括所有披露情况，但以下披露除外：(1) 治疗、付款和医疗保健业务；(2) 他人共享您的健康信息的次数、共享对象和原因。
- 您可以要求我们提供一份列表（清单），列出在您提出要求之前的六年内，我们与其向您进行的披露；(3) 进行法律允许或要求的使用或披露时附带的披露；(4) 根据您的提供的授权；(5) 用于目录，或向与您的护理有关的人员或法律允许的其他通知目的进行披露；(6) 出于国家安全或情报目的进行的披露；(7) 向惩戒机构或执法人员进行的披露；(8) 属于有限数据集的一部分；(9) 在您提出请求之日超过六年以前发生的披露。

### 获取与我们共享信息的对象名单

- 您可以填写本计划提供的相应申请表，以请求限制使用和披露您的 PHI。

- 您可以要求我们不要在治疗、付款或运营中使用或共享某些健康信息。
- 我们不一定同意您的请求。如果同意您的请求会影响您的护理，我们可能会“拒绝”。
- 本计划不会同意任何会导致其违反或不符任何法律要求的限制。如果我们同意您要
- 求的限制，我们将遵守该限制，直至您同意终止该限制，或直至我们通知我们我们将终止对本计划将来创建或收到的 PHI 的限制。

### 要求我们限制使用或共享的内容

- 您可以要求我们以特定方式与您联系（例如家庭或办公室电话），或将邮件发送到不同的地址。
- 我们会考虑所有合理的请求。如果您告诉我们不这样做会导致您遭受危险，我们必须“同意”。
- 您可以填写本计划提供的相应表格，以请求对您的 PHI 进行保密通信。

### 要求保密通信

- 如果您认为您的健康记录和索赔记录不正确或不完整，您可以要求我们更正。
- 请向我们咨询如何提出此要求。
- 我们可能会拒绝您的请求，但我们会在 60 天内以书面形式告知原因。
- 您可以填写本计划提供的相应表格，以请求修改您的 PHI。

### 要求我们更正健康和索赔记录

- 我们通常会向您提出要求后 30 天内提供您的健康记录和索赔记录的副本或摘要。我们可能会收取合理的工本费用。
- 但是，此权利不包括：(1) 心理治疗笔记；(2) 在合理预期将用于或实际用于民事、刑事或行政诉讼或程序而汇编的信息；以及 (3) 法律不允许访问的任何信息，包括 PHI。如果本计划雇用的持照医疗保健专业人员确定向您提供所请求的访问权限很可能危及您或其他个人的生命或人身安全，或者对您或其他人造成重大损害，或者该记录提到了另一个人（医疗保健提供者除外），并且所请求的访问可能会对另一个人造成重大损害，我们也会拒绝您提出的查阅和获得您的 PHI 副本的请求。
- 如果您要求查阅或获取 PHI 副本的请求被拒绝，您可以要求对该决定进行复核。本计划选择的另一名持照医疗保健专业人员将对申请和拒绝进行复核，并且我们将遵从该医疗保健专业人员的决定。
- 您可以填写本计划提供的相应表格，以请求查阅或获取您的 PHI 副本。我们可能会向您收取与您的请求直接相关的复印、邮寄或其他用品的费用。在您产生任何费用之前，我们会通知您。



- 您可以要求查看或获取您的健康和索赔记录以及我们掌握的关于您的其他健康信息的副本。请向我们咨询如何提出此要求。

### 获取健康和索赔记录副本

当涉及到您的健康信息时，您享有某些权利。本部分说明了您的权利以及我们在帮助您方面的一些责任。联邦法律规定了您在 PHI 方面的一些权利。未成年子女的父母和其他有权为保险计划参保人作出健康决定的个人，可根据州法律代表参保人行使这些权利。

### 您的权利

- 帮助您管理您接受的医疗保健治疗
- 管理我们的组织
- 支付您的医疗服务费用
- 管理您的医疗计划
- 帮助解决公共卫生和安全问题
- 进行研究
- 遵守法律
- 回应器官和组织捐赠请求，并与法医或殡仪馆馆长合作
- 满足工伤赔偿、执法及其他政府要求
- 应对诉讼和法律行动

我们可能在以下情况下使用和共享您的信息

### 我们的使用和披露

- 回答家人和朋友提出的保险问题
- 提供救灾
- 营销我们的服务和出售您的信息

您可以选择我们使用和共享信息的方式：

### 您的选择

- 获取您的健康和索赔记录的副本
- 更正您的健康和索赔记录
- 要求保密通信
- 要求我们限制共享信息
- 获取我们已共享您的信息的对象名单
- 获取本隐私声明的副本
- 选择您的代理人
- 如果您认为自己的隐私权受到侵犯，您可以提出投诉

您有权：

### 您的权利

### 隐私保护措施声明

本部分介绍如何使用和披露您的医疗信息，以及您如何获取这些信息。请仔细阅读。

### 一般信息

洗衣与干洗工人当地第 52 号健康与福利信托基金（以下简称“本计划”）承诺对您的私人医疗信息保密。本部分介绍了我们为防止您的健康信息被不当或不必要地使用或披露所做的努力以及您的隐私权。本部分仅适用于由本计划或代表本计划创建或接收的健康相关信息。我们之所向您提供此信息，是因为根据联邦法律 1996 年《健康保险便携性和责任法》（Health Insurance Portability and Accountability Act）（45 CFR Parts 160 和 164，简称“HIPAA”）颁布的隐私法规要求我们向您提供一份概要，以说明本计划的隐私保护措施和相关法律责任，以及您在使用和披露本计划信息方面的权利。我们必须当时有效的隐私保护措施。

在本部分中，“计划”、“我们”和“我们的”是指本计划以及为本计划提供行政管理服务的第三方。当第三方服务提供商为本计划履行管理职能时，我们要求其适当保护您的信息隐私。

### 请注意：

如果您已参保 MediExcel 计划 (HMO)，您还将从 HMO 提供商收到一份单独的通知，说明 HMO 提供商对您健康信息的具体使用和披露情况。您关于使用和披露您的健康信息有关的权利在该单独通知中说明。

联系方式  
如果您对我们隐私保护措施有任何疑问，请联系

Privacy Officer (隐私专员)  
Laundry and Dry Cleaning  
Workers Local No. 52 Health &  
Welfare Trust Fund c/o Benefit  
Programs Administration  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor Los  
Angeles, CA 90017  
(800) 524-8687 或 (562) 463-5060

d. 您自身患有符合条件的严重健康状况，导致您无法工作，或者

e. 因您的配偶、同居伴侣、子女或父母中的一名军人在国外部署而发生的符合条件的紧急情况。

注意：CFRA 将指定人员定义为与雇员有血缘关系或相当于家庭关系的任何个人。雇员在每 12 个月内只能指定一人。

此外，FMLA 允许雇员最长休假 26 周，以照顾其配偶、儿子、女儿、父母或近亲，如果以上人员是重伤或重病的承保股军人。

您的雇主必须在 12 周或 26 周期间（视情况而定）维持您的医疗保险，就像您没有休假一样。

如果您的雇主由 FMLA 和/或 CFRA 承保，且您有资格享受 FMLA 和/或 CFRA 休假，您的雇主则可能有责任继续为您的保险向基金支付最多 12 周或 26 周的费用，具体取决于您有资格享受的 FMLA 和/或 CFRA 休假类型。您必须联系您的雇主，以确定您是否有资格享受 FMLA 或 CFRA 休假。

受托人或本计划并不负责根据联邦法规、任何州法规或集体谈判协议的规定确定雇员个人是否有权在休假期间继续获得医疗保险福利。关于持续医疗假权益的争议必须由雇主、雇员和工会（若适用）解决。

如果参保者根据联邦法律、州立法或集体谈判协议的条款规定享有医疗假权利，本计划将提供延续的医疗保险，只要参与雇主已按规定支付每月缴费。根据本部分享有的权利绝不会影响您根据 COBRA 享有的权利。

请注意，整个残疾和疾病领域非常复杂。因此，如果您在任何时候伤残或生病，请通知管理办公室。

1. 根据 CFRA, 您的雇主至少有 5 名雇员, 或根据 FMLA, 至少有 50 名雇员;
2. 您为雇主至少工作了 12 个月, 并且在最近 12 个月中, 总计至少工作了 1,250 个小时; 并且
3. 您因以下原因之一需要休假:
  - a. 孩子出生、收养或寄养,
  - b. 与子女建立亲子关系 (必须在子女出生或安置后一年内休假),
  - c. 照顾您的子女、配偶、同居伴侣、同居伴侣的子女、父母、祖父母、外祖父母、孙子女、兄弟姐妹, 或患有符合条件的严重疾病的指定人员,

根据《家庭与医疗休假法》(FMLA) 和《加利福尼亚家庭权利法》(CFRA), 您的雇主必须在任何批准的休假期间继续为您支付医疗保险费。通常情况下, 如果符合以下条件, 您每年最多可以享受 12 周带薪、受工作保护的 FMLA/CFRA 假期:

**《家庭与医疗休假法》(FAMILY AND MEDICAL LEAVE ACT) 和《加利福尼亚家庭权利法》(CALIFORNIA FAMILY RIGHTS ACT)**

- 关于 USERA 的更多信息, 请联系管理办公室。
- 自行付款权利受 COBRA 部分所述相同条件的约束。虽然承保期不同, 但如果选择了 USERA 规定延保, COBRA 和 USERA 承保期将同时进行。
4. 如果您根据 USERA 继续参保, 则必须按要求自行付款。如果您在休军事假期间没有选择继续参保, 在您返回工作岗位后, 如果您符合 USERA 规定的重新就业标准, 则有权恢复休假前的保险福利水平。

## 根据 1994 年《军人就业及再就业权利法》(UNIFORMED SERVICES EMPLOYMENT AND RE-EMPLOYMENT RIGHTS ACT, 简称 USERRA) 医疗保健延保

本部分介绍了您根据《军人就业及再就业权利法》(“USERRA”)享有的权利。USERRA 保护自愿或非自愿离开工作岗位服役或在国家灾害医疗系统中从事某些类型服务的人员享有的工作权利。USERRA 还禁止雇主歧视过去和现在的军队服役人员以及军队服役的申请人。

### 少于 31 天的军事假

USERRA 规定，如果您正在休军事假，且军事假少于三十一 (31) 天，只要您在军事假开始时  
有资格享受本计划的福利，您在休假期间将继续有资格享受本计划的医疗保险，除正常的雇  
员分担保费外，无需自己支付费用。

根据该联邦法律，如果您因服役而离职，您有权选择在服役期间为您和您的受抚养人继  
续享受现有的雇主医疗保险计划，最长可达 24 个月。USERRA 规定的医疗保险最长延续期限  
为以下两项中的较短者：(1) 24 个月 (从您因休军事假而离开工作岗位之日起算)，或 (2)  
您未及时申请或重返参加本信托基金的雇主的工作岗位之日的次日。

国会颁布 USERRA 的目的是为属于“统一建制军队服役”的人员提供保护。“军队服役”的定义  
是：武装部队、陆军国民警卫队和空军国民警卫队 (从事现役训练、非现役训练或全职国民  
警卫队任务)、公共卫生服务部门的委任军团以及总统在战时或国家紧急状态下指定的任何  
其他类别人员。USERRA 规定的保护措施之一是，团体医疗保险计划所承保的雇员在请假服役  
(以下简称“军事假”)时，必须给予其机会选择继续为自己和/或其受抚养人 (根据《国  
内税收法典》第 152 条不符合受抚养人资格的同居伴侣除外) 提供保险。

即使您在服役期间没有选择继续参保，您也有权在重新就业时恢复参加雇主的健康保险计  
划，通常没有任何等待期或除外责任 (例如，既有病症除外责任)，但与服役有关的疾病或  
伤害除外。

如果您选择延保，COBRA 和 USERRA 延保期将同时进行。

### 超过 30 天的军事假

1. 如果您正在离职休军事假，且军事假期超过三十 (30) 天，只要您提前通知  
雇主 (某些例外情况除外)，且您的总休假时间与之前的任何休假时间相加不  
超过 5 年，USERRA 允许您自费为自己和受抚养人继续参保，保险期限最长为  
24 个月，保险费率为 102%。

2. USERRA 规定的医疗保险最长延续期限为以下两项中的较短者：(1) 24 个月，  
或 (2) 您未及时申请或重返缴费雇主的工作岗位之日的次日。

3. 您必须向信托基金办公室提交一份离职文件副本，以证明您的服役期间。

1-866-444-EBSA (3272)

1-877-267-2323, 菜单选项 4, 转6156

[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)

[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)

美国劳工部卫生与公众服务部雇员福利保障管理局  
Medicare 和 Medicaid服务中心

<https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/ebsa/laws-and-regulations/laws/chipra/model-notice.pdf>。关于特殊参保权利的更多信息，请联系：

关于其他州保险援助计划的信息，请访问：

CALIFORNIA-Medicaid	
网站：	<a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a>
健康保险费支付 (HIP) 计划	电话：916-445-8322
传真：916-440-5676	电子邮件： <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>

如果您居住在加利福尼亚州，您可能有资格获得支付健康计划保费的援助。关于资格的更多信息，请联系加利福尼亚州：

如果您或您的受抚养子女符合 Medicaid 或 CHIP 的保险费补助资格，并且符合您的雇主保险计划的资格，如果您尚未参保，您可以参保健康保险计划。这称为“特殊加入”机会，您必须在被判定符合保险费补助资格起 60 天内申请保险。如果您对参保您的健康保险计划有任何疑问，请联系劳工部，网站：[www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov)，或致电 1-866-444-EBSA (3272)。

**注意：**如果您决定参保 COBRA，之后退出 COBRA 保险，您只能在开放参保期（或特殊参保期，如果您遇到Exchange规定的其他生活事件）在Exchange中参保。

## 《加州延续福利替代法》 (CALIFORNIA CONTINUATION BENEFITS REPLACEMENT ACT) (仅限 CAL-COBRA-MedlExcel 参保者)

如果您由MedlExcel HMO计划的承保，并且您的联邦COBRA承保范围已用尽，则可以通过加州的Cal-COBRA州延长医疗保险期，或转换到个人医疗保单。

如果您发生了合格事件，导致保险期限少于 36 个月，且您已在最长期限内维持了保险，您可能有资格根据加州 COBRA 在额外的期限内继续享受医疗福利。您可以从HMO处获得更多信息。

### 转换选项

**注意：**一旦 COBRA 延保终止，您或您的受抚养人（如果符合条件）有权根据 MedlExcel 提供的“转换健康保险的权利”条款将健康保险（仅限医疗）转换为转换承保。关于转移为个人计划承保的详情，您必须查看相应的《HMO 承保证明》说明手册。

总之，您可能拥有 HMO 的转换权或通过 Cal-COBRA 的自付费用权。请联系您的 HMO 了解这些权利，或致电 (562) 463-5060 或 (800) 524-8687 联系信托基金管理办公室。

## Medicaid 和 Children's Health Insurance Program (CHIP) 项下的保险费 补助

如果您或您的子女符合 Medicaid 或 CHIP 的资格，并且您符合雇主提供的健康保险资格，您所在州可能没有能够使用其 Medicaid 或 CHIP 计划的资金以帮助您支付保险费的保险费补助计划。如果您或您的子女不符合 Medicaid 或 CHIP 的资格，您将不符合该等保险费补助计划的资格，但您可能可以通过健康保险市场 (Health Insurance Marketplace) 购买个人保险承保。如需了解更多信息，请访问 [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)。

如果您或您的受抚养子女已加入 Medicaid 或 CHIP，且您居住在下列州，请联系您所在州的 Medicaid 或 CHIP 办事处，以了解是否可以获得保险费补助。

如果您或您的受抚养子女目前未参保 Medicaid 或 CHIP，但您认为您或您的任何受抚养子女可能符合其中一项保险计划的资格，请联系您的州 Medicaid 或 CHIP 办事处，或致电 1-877-KIDS NOW 或访问 [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) 以了解如何申请。如果您符合资格，请咨询您所在州是否设有可帮助您支付雇主赞助的计划保险费计划的计划。

## 保险费率

### 配偶和您的受抚养子女

对于18个月或36个月的延保，COBRA自付费率为团体保险费用的102%。如果残疾人士及其合格家属继续享受COBRA，在11个月的额外延保期内（即，从19个月的保险增加至29个月），自付费率为团体保险费用150%。

### 同居伴侣及其受抚养子女

如上文所述，由于本计划承保的同居伴侣及其受抚养子女可能被视为合格受益人，因此本计划可以按照Ca1-COBRA费率向其提供与COBRA类似的保险。对于18个月或36个月的延保期，其自付费率为团体保险费用110%。如果残疾人士及其合格家属继续享受延保福利，在11个月的额外延保期内（即从19个月的保险增加至29个月），自付费率为团体保险费用的150%。

### 付款期限要求

COBRA保险费用必须回溯支付至丧失本计划下的保险之日。首次COBRA保险费用必须在您发出您的选择通知之日起45天内支付（以邮戳为准）。此后的保险费用应在每月的第一天之后31天内支付（以邮戳为准）。除非产生保险索赔所在期间的COBRA保险费用已按时支付，否则不予受理索赔。

请注意，如果任何医疗护理提供商（例如医生或药房）要求提供信息，法律要求本计划完全披露您的COBRA选择期是否已届满，或者您是否已选择COBRA但尚未付费。

如果您选择购买延保，除非您的配偶或同居伴侣独立拒绝延保，否则您的合格家属的保险将自动延续。如果您选择不继续投保，您的配偶、同居伴侣和符合条件的受抚养子女仍可继续投保（但仅限于其可享受的保险范围）。选择延保的任何人必须支付规定的保险费，除非《合格的儿童医疗支持令》命令参加为受抚养人支付COBRA保险费。

### 加州保险市场 (California Exchange)

除COBRA延保外，您和您的家人可能还有其他选择。加州保险市场 (California Exchange) 提供许多健康保险计划供您选择。

开放参保将于10月15日至12月7日举行，次年生效。开放参保期结束后，在某些情况下您可能有特殊参保权。更多信息，请访问California Exchange网站：[www.coveredca.com](http://www.coveredca.com)。此外，如果您不符合通过信托基金投保的资格，您可能还有资格获得税收抵免，从而降低每月保费。



在书面通知本计划关于使您和/或您的配偶或受抚养子女有权享受COBRA保险的事件后14天内，管理处将提供关于可用的保险及其费用的详细信息。自以下日期起（以日期在后者为准），您或您的受抚养人可以在60天内选择是否接受保险：

1. 由于未符合资格事件而可能丧失保险之日，或者
2. 您收到通知之日。

### 终止 COBRA 延保

COBRA 延保将在18个月、29个月或36个月延保到期之前终止，如果：

1. 您或您的受抚养人未能在规定的COBRA保险费到期日之后31天内支付该保险费（以邮戳为准）；
2. 在作出选择之日后，您或您的受抚养人由另一项团体健康保险计划承保（除非该保险计划排除或限制影响您或您的受抚养人的已存在医疗状况的保险福利，并且该排除或限制规定可以根据《健康保险隐私及责任法》有效执行）；
3. 您或您的受抚养人在作出选择之日后参保 Medicare；
4. 您的雇主停止为符合资格的雇员继续投保此健康保险计划，但是为符合资格的雇员继续投保另一项健康保险计划；或者
5. 您或您的受抚养人享受11个月的COBRA残疾延保，但该残疾人士已不再处于残疾状况。您必须在社保机构认定在残疾人士不再处于残疾状况后30天内通知本计划，在此情况下，由于此残疾状况而享受延保福利的所有人的COBRA保险将终止。
6. 发现特定事由（例如欺诈性索赔）将导致同一类非COBRA参保者的保险终止，例如非COBRA参保者、配偶、同居伴侣和/或受抚养子女。

如果本计划终止，本计划项下的延保福利将不再提供。

您或您的受抚养人应在发生离婚或依法分居时，或者不再存在符合本计划规定的同居伴侣关系时通知本计划。如果子女不再符合本 SPD 第 4 页定义的“受抚养子女”资格，您必须通知本计划。当受保雇员死亡或参加 Medicare，或者当残疾人不再处于残疾状态时，您或您的受抚养人也必须通知本计划。这些事件的通知必须在60天内提供；如果在允许的期限内未提供要求的通知，则不允许COBRA自行付款。

### 通知要求

Fund  
Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 health & Welfare Trust  
1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
(800) 524-8687 或 (562) 463-5060

### 本计划的联系方式:

为了保护家人的权利，请将家庭成员地址的任何变更告知计划管理人。您还应保留一份您向计划管理人发送的任何通知的副本，以作记录。

### 随时向本计划告知地址变更

关于您的保险计划或 COBRA 延保权利的疑问，请咨询以下联系人。关于您根据《雇员退休收入保障法》(ERISA) (包括 COBRA)、《患者保护和可负担护理法》以及其他影响团体健康保险计划的法律享有的权利的更多信息，请联系您所在地区最近的美国劳工部雇员福利保障管理局 (EBSA) 区域或地区办公室，或访问 [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa)。(区域和地区 EBSA 办公室的地址和电话号码可在 EBSA 网站上查询)。如需进一步了解医疗保险市场，请访问 [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com)或[HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)。

### 如果您有疑问

如果您同时参保了 COBRA 延保和 Medicare，Medicare 通常会首先支付 (主要付款人)，COBRA 延保会其次支付。即使您没有参保 Medicare，某些计划也可能像作为 Medicare 从属保险进行支付。如需更多信息，请参阅本 SPD 第 8 页“MEDICARE 作为主要付款机构”部分或访问 <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>。

如果您没有参保 Medicare 并选择 COBRA 延保，您可能需要支付 B 部分逾期参保罚款，并且如果您决定稍后参保 B 部分，您的承保可能会出现空缺。如果您选择 COBRA 延保，此后又在 COBRA 延保结束前参保了 Medicare A 部分或 B 部分，本计划可能会终止您的延保。但是，如果 Medicare A 部分或 B 部分在选择 COBRA 承保之日或之前生效，即使您在选择 COBRA 承保之日后参保了 Medicare 的其他部分，也不会因参保 Medicare 而中断 COBRA 承保。

· 基于当前雇佣关系的团体医疗保险结束后的下一个月。

相反，在发生上述任何合格事件之后，您可以为新的配偶或同居伴侣加入其原本有资格（如上文所述）参加的保险（眼科和牙科），和/或为非新生儿的非新收养的子女加入保险。但是，这些人没有独立的COBRA权利。这意味着，如果您的COBRA保险因任何原因终止，新配偶或同居伴侣或受抚养子女的保险也将终止。

在您开始享受COBRA保险后，要为任何新生儿和新收养人以及新配偶和其他新的受抚养子女取得COBRA保险，COBRA参保人必须在出生、收养、婚姻或者导致产生新的受抚养人的其他事件后30天内书面通知本计划。

对于额外的费用，在符合某些通知要求之前提下，上表中所示的18个月最长延续期对于根据《社会保障法》(Social Security Act) 第二章或第十六章规定在雇用工作减少或终止后前60天内被认定为存在残疾的个人以及合格受益人家属最多可以延长29个月。在此残疾延续期内，残疾人的COBRA保费将提高至团体保险费用的150%。残疾认定通知必须在签发后60天内提交给本计划，并且必须在符合COBRA资格后最初18个月内提交给本计划。如果您和/或您的配偶或受抚养子女在残疾延续期结束之前不再处于残疾状态，11个月的残疾延续期则将结束。请联系本计划以获取关于此残疾延续期的更多详细信息。

即使发生了超过一次以上导致COBRA续保权利的事件，从发生最初合格事件之日起的最长延续期仍然为36个月。18个月、29个月或36个月的COBRA合格保险期应减去发生残疾或死亡时提供的免费保险或给予补助的保险月份。

### 除了COBRA 延保，还有其他保险选择吗？

是的。您和您的家人可以通过健康保险市场、Medicare、Medicaid、儿童健康保险计划(CHIP) 或其他团体健康计划（例如配偶计划），在所称的“特别参保期”内选择其他保险，而不是参保COBRA 延保。其中一些选择的费用可能比COBRA 延保费用低很多。您可以在CoveredA.com 或 Healthcare.gov 上了解关于这些选择的更多信息。

### 团体医疗保险结束后，您可以参加Medicare，而不是COBRA 延保

一般而言，如果您在首次符合资格时因仍有工作而未加入Medicare A 部分或 B 部分，在Medicare初始参保期届满后，从以下日期（以较早者为准）开始，您有 8 个月的特别参保期注册 Medicare A 部分或 B 部分：

- 雇佣关系终止后的下一个月；或

<https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>

每位合格的受益人都有选择和支付COBRA保险的独立权利，无论受保雇员是否为自己选择COBRA保险。

在COBRA保险期间内新生或新收养的子女将成为有权享受COBRA福利的合格受益人。例如，如果受保雇员在COBRA承保期内死亡或加入Medicare，该子女则有资格享受延长的COBRA承保。

<sup>1</sup> 受抚养子女只有在发生合格事件之前已参加保险，才有资格享有COBRA延保；参保者只能在发生合格事件之前已加入保险计划的情况下才能获得延保。

合格事件	合格受益人	Aetna PPO	MediExcel HMO	牙科和眼科	最长延续期间	1. 受保雇员的工作时间减少	2. 受保雇员的雇用关系终止	3. 本计划承保的雇员死亡	4. 受保雇员离婚或依法分居	5. 受抚养子女丧失本计划下的保险资格	6. 受保雇员有权享受 Medicare A部分、B部分或两者规定的 Medicare 福利。
发生合格事件之日起18个月	雇员	是	是	+	是	受抚养子女 <sup>1</sup>	否	是	或者	是	和/或
	配偶/同居伴侣	否		+	是						
	受抚养子女 <sup>1</sup>	是	是	+	是						
发生合格事件之日起18个月	雇员	是	是	+	是	受抚养子女 <sup>1</sup>	否	是	或者	是	和/或
	配偶/同居伴侣	否		+	是						
	受抚养子女 <sup>1</sup>	是	是	+	是						
发生合格事件之日起36个月	雇员	是	是	+	是	受抚养子女 <sup>1</sup>	否	是	或者	是	和/或
	配偶/同居伴侣	否		+	是						
	受抚养子女 <sup>1</sup>	是	是	+	是						
发生合格事件之日起36个月	雇员	是	是	+	是	受抚养子女 <sup>1</sup>	否	是	或者	是	和/或
	配偶/同居伴侣	否		+	是						
	受抚养子女 <sup>1</sup>	是	是	+	是						
发生合格事件之日起36个月	雇员	是	是	+	是	受抚养子女 <sup>1</sup>	否	是	或者	是	和/或
	配偶/同居伴侣	否		+	是						
	受抚养子女 <sup>1</sup>	是	是	+	是						

当信托基金管理办公室收到发生合格事件的通知，将向每位合格受益人提供 COBRA 延保。每个合格受益人都有选择 COBRA 延保的独立权利。受保雇员可代表其配偶选择 COBRA 延保，父母可代表其子女选择 COBRA 延保。

COBRA 延保是一种临时性延保，一般在雇佣关系终止或工作时间减少后持续 18 个月。某些合格事件，或在初始保险期间发生第二次合格事件，可允许受益人获得最多 36 个月的保险。还有一些方法可以延长 18 个月的 COBRA 延保期：

### 残疾状况延长 18 个月的 COBRA 延保期

如果社会保障机构确定您或您的家庭中任何一位受保人患有残疾，并且您及时通知了计划管理人，您和您的整个家庭可能有权获得最多 11 个月的额外 COBRA 延保，最长为 29 个月。残疾必须是在 COBRA 延保的第 60 天之前的某个时间开始，并且必须至少持续到 18 个月的 COBRA 延保期结束。

### 第二个合格事件延长 18 个月的延保期

如果您的家庭在 18 个月的 COBRA 延保期间再次发生合格事件，则您家庭中的配偶和受抚养子女可获得最多 18 个月的额外 COBRA 延保，最长为 36 个月，但前提是本计划已收到关于第二次合格事件的适当通知。如果雇员或前雇员死亡；有权享受 Medicare 福利（A 部分、B 部分或两者）；离婚或合法分居；或受抚养子女不再符合本计划规定的受抚养子女资格，配偶和任何受抚养子女则均可享受 COBRA 延保。只有在第二个合格事件发生时，如果第一个合格事件没有发生，配偶或受抚养子女失去本计划的承保，才可延长承保期限。

以下是可能提供的保险类型和保险期间、合格受益人的概要信息（“是”是指该人可以成为合格受益人，如果其在发生合格事件之前已参加适用的保险）：

**如何提供 COBRA 延保?**

Laundry and Dry Cleaning Workers Local No. 52 Health & Welfare Trust  
Fund  
1200 Wilshire Blvd., 5th Floor  
Los Angeles, CA 90017

对于所有其他合格事件（雇员与配偶离婚或合法分居，或受抚养子女失去作为受抚养子女参加的资格），您必须在合格事件发生后 60 天内通知信托基金管理办公室。您必须将本通知提供给：

- 终止雇佣关系或减少工作时间；
- 雇员死亡；
- 雇员有权享受 Medicare 福利（A 部分、B 部分或两者）。

仅当在通知计划管理人发生合格事件后，本计划才会向合格受益人提供 COBRA 延保。雇主必须将以下合格事件通知计划管理人：

**COBRA 延保何时提供?**

- 父母-雇员死亡；
- 父母-雇员的工作时间减少；
- 父母-雇员的雇佣因其严重不当行为以外的任何其他原因而终止；
- 父母-雇员有权享受 Medicare 福利（A 部分、B 部分或两者）；
- 父母离婚或合法分居；或
- 该子女不再有资格作为“受抚养子女”享受本计划的承保。

如果您的受抚养子女在合格事件发生时已由本计划的承保，但因以下合格事件而失去本计划的承保，其将成为合格受益人：

- 您的配偶去世；
- 您配偶的工作时间减少；
- 您配偶的雇佣因严重不当行为以外的任何其他原因而终止；
- 您的配偶有权享受 Medicare 福利（A 部分、B 部分或两者）；或
- 您与配偶离婚或合法分居。

如果您是雇员的配偶，并且在发生合格事件时由本计划承保，如果您因以下合格事件而失去本计划的承保，您将成为合格受益人：

- 您的雇佣因您的严重不当行为以外的任何其他原因而终止。

- 您的工作时间减少，或者

如果您是雇员，并且您因以下合格事件而失去本计划的保险，您将成为合格受益人：

COBRA 延保是指在计划保险因生活事件而终止后，计划保险的延续。这也被称为“合格事件”。本通知的后面列出了具体的合格事件。在发生合格事件后，必须向每个“合格受益人”提供 COBRA 延保。如果因合格事件而失去保险计划的承保，您、您的配偶和您的受抚养子女可能成为合格受益人。根据本计划，选择 COBRA 延保的合格受益人必须支付 COBRA 延保费用。

### 什么是 COBRA 延保？

接受逾期参保者。

当您失去团体健康保险时，您可能还有其他比 COBRA 保险更具成本效益的选择。例如，您可能有资格通过健康保险市场（例如 CoveredCA.com 或 Healthcare.gov）购买个人保险计划。通过市场投保，您可能有资格获得更低的月保费和自付费用。此外，您可能有资格获得投保另一个团体健康保险计划（例如配偶的保险计划）的 30 天特别参保期，即使该计划通常不

接受逾期参保者。

如果您在发生合格事件之前已参加 Aetna PPO 计划，并且您和您的配偶都已参加牙科和眼科计划，您的配偶则只能在组合的牙科和眼科计划项下成为可享受 COBRA 的“合格受益人”。如果您和您的配偶在发生合格事件之前已参加 MedExcel HMO 医疗、牙科和眼科保险，您的配偶则将“合格受益人”，并且只能选择所有三种福利（医疗、牙科和眼科）的保险。您的同居伴侣不能享受 COBRA 保险，但是将享受第 16 页中所述的类似于 COBRA 的保险。

PP0 计划不向您的配偶提供医疗保险。

您的受抚养子女可以选择医疗，也可以选择与医疗分开的牙科和眼科保险组合。Aetna 您（参保者）只能选择本计划提供的所有三种福利（医疗、牙科和眼科）的 COBRA 保险。但是，即您和您的受抚养子女在发生合格事件之前已参加本计划下的保险，才能提供此延长保险。和联邦法律项下的权利和义务，请联系信托基金管理办公室。仅当您是“合格受益人”时，获得 COBRA 延保的权利由联邦法律 1985 年《综合预算协调法》（COBRA）规定。当团体医疗保险终止时，您和其他家庭成员可以继续享受 COBRA 保险。如需进一步了解您在本计划和联邦法律项下的权利和义务，请联系信托基金管理办公室。仅当您是“合格受益人”时，即您和您的受抚养子女在发生合格事件之前已参加本计划下的保险，才能提供此延长保险。

## 《统一综合预算协调法》 (CONSOLIDATED OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT, 简称 COBRA)

- 为实现外观对称而对另一侧乳房进行的手术和重建；
- 假肢；以及
- 乳房切除术的身体并发症（包括淋巴水肿）的治疗。

这些保险金的免赔额和共保额与本协议提供的其他医疗和手术保险金相同。

配偶和同居伴侣也可享受此保险，但前提是参保者和适用的受益人已投保 MedExcel 计划。此保险须支付相同的共付额，并适用根据您的计划承保的福利标准对乳房切除未适用的保险计划最高赔付额。

对于在医生诊所实施的外科手术，与手术相关的用品和设备的成本将按照您的计划承保的福利标准赔付，但不得超过本计划的最高赔付额。

如果您想了解更多关于 WHCRA 福利的更多信息，请致电 (800) 524-8687 或 (562) 463-5060 联系您的计划管理人

## MEDICARE 作为主要付费机构

除非您另有选择，如果您是已满65周岁的合格雇员且有资格享受 Medicare，本协议将为您提供主保险。如果您选择 Medicare 作为您的主保险，本协议下的福利将停止。

如果您被诊断出患有终末期肾病 (ESRD)，无论年龄大小，您都有资格享受 Medicare。开始透析治疗后，您应立即申请 Medicare A 部分和 B 部分 (Medicare C 部分是可选的，并非必需)。如果您是在职雇员或受抚养人，且因患有 ESRD 而符合 Medicare 资格，本协议将在您符合 Medicare 资格的前 30 个月内继续为您提供主要承保，即从您首次接受透析治疗开始。此后，如果您投保了 Medicare，Medicare 将提供主要承保，本协议将提供次要承保。

注意：即使您没有投保 Medicare A 和 B 部分，在您第一次透析治疗后的最初 30 个月届满后，本协议将像次要付款人且 Medicare 提供主要承保一样支付保险金。

因此，如果您没有投保 Medicare A 部分和 B 部分，在获得投保资格的前 30 个月届满后，本协议将仅作为次要付款人支付保险金，您将承担 Medicare 本应支付的费用。



## d. 受该命令影响的每项保险计划。

如果本计划收到QMC50，其中指明的子女将作为您的合格受抚养人纳入保险。该子女的监护父亲/母亲、法定监护人或州政府机构可以申请将该子女加入保险，即使您没有提出申请。本计划根据QMC50支付用于补偿该子女或其监护父亲/母亲或法定监护人所支付的福利费用，必须支付给替代受领人、或该子女的监护父亲/母亲、或法定监护人。向监护父亲/母亲、或法定监护人、或州政府或下属机构的官员支付的任何此类付款（如果其姓名和地址用作替代受领人的地址）将被视为已向替代受领人支付赔偿金。

如果您对这些要求有任何疑问，或者想要获取QMC50程序的文本（免费提供），请与本计划联系。

### 《新生儿与母亲健康保护法》 (EWBORN & MOTHERS HEALTH PROTECTION ACT)

根据联邦法律，团体健康保险计划和健康保险公司通常不得将母亲或新生儿与分娩相关的任何住院期间限制在正常分娩后 48 小时内，或剖腹产手术之后的 96 小时内。但是，联邦法律通常禁止母亲或新生儿的主治提供者在与母亲协商之后，让母亲或其新生儿早于 48 小时出院（或 96 小时，如适用）。根据联邦法律，在任何情况下，保险计划和保险公司不得要求提供者获得保险计划或保险公司的授权，以规定住院期间不超过 48 小时（或 96 小时，视情况适用）。

本计划为加入 Aetna PPO 计划的合格参保者以及属于投保 MedExcel HMO 计划参保者、配偶或同居伴侣的母亲提供此项福利。

对于投保 Aetna PPO 计划的参保者，如果未获得适用的网络外治疗的预先授权批准，您也将被收取 \$200 的罚款。如果疗程被认定为非医疗必需服务，您将被收取全部疗程费用。

将审查所有未证明医学上具有必要性的入院费用索赔，以确定是否赔付全部或部分住院费用。

### 《妇女健康癌症权利法》 (WOMENS' HEALTH CANCER RIGHTS ACT)

如果您已经或将要进行乳房切除术，根据 1998 年《妇女健康和癌症权利法》(WHCRA)，您可能有权获得某些福利。对于获得乳房切除术相关福利的个人，将通过与主治医生和患者协商确定的方式为以下服务提供承保：

- 在施行乳房切除术的一侧乳房上进行乳房重建的所有阶段；

1. 由具有管辖权的法院根据某个州的家庭关系法签发：
    2. 要求您仅为您的子女提供保险计划项下可用的团体健康保险，即使您不再具有监护权；并且
    3. 指明：
      - a. 您的姓名和最后已知的邮寄地址，以及该命令涵盖的每个子女的姓名和地址；
      - b. 合理说明所提供的承保范围；
      - c. 该命令适用的期间；以及
- 在有些情况下，联邦法律要求本计划在您与配偶离婚或依法分居时为您的子女提供保险。此流程将在本计划收到“合格的儿童医疗抚养令”（QMCSO）时开始。这意味着以下任何判决、裁定或命令，包括和解协议的批准：

## 合格的儿童医疗支持命令 (QMCSO)

每年都会有一个年度开放投保期，在此期间内，您可以选择参加（或停止参加）HMO（若您提供）并更改您的受抚养子女的参保情况。

## 开放投保期

**受抚养人的牙科和眼科福利**

您的已投保受抚养配偶、同居伴侣和子女有资格获得牙科和眼科福利，不需要从您的工资中扣除受抚养人共付额。即便您为您的受抚养子女退出保险，不再参加医疗和处方药保险，但只要其符合受抚养子女定义的条件，他们仍将继续有资格获得牙科和眼科福利。

**在开放投保期间的受抚养人参保/退保**

您可以在每年的开放投保期为您的受抚养子女参保或退保。您将收到年度通知，告知您开放投保期开始的时间。在此期间必须收到您的受抚养子女的参保或退保申请。如果您在开放投保期没有提交您的登记表，则必须等到下一个开放投保期才能进行任何更改，除非特殊登记加入规则另有规定。

一个子女	上子女, \$10 每月	\$20 每月
两个或两个以		

1. 您和您的同居伴侣（不论是同性还是异性）均年满18周岁；

2. 您的同居伴侣已根据所在州或地方的相关法律在政府机构办理登记，或者在至少由您其中一个雇主管理的内部登记处办理登记。

加利福尼亚州对于在本州登记的同居伴侣关系的同居伴侣福利不征税。根据联邦法律，如果参保者不能将其同居伴侣和/或其同居伴侣的子女申报为《国内税收法典》(Internal Revenue Code) 规定的“受抚养人”，则需要为其同居伴侣福利申报所得税，并为这些福利支付联邦所得税。具有同居伴侣但尚未在加利福尼亚州登记其同居伴侣关系的参保者，如果不能将其同居伴侣和/或其同居伴侣的子女申报为《国内税收法典》规定的“受抚养人”，则需要为其同居伴侣福利申报所得税，并为其同居伴侣福利支付州所得税。关于此议题的更多信息将发送给这些福利的申请人。

## 受抚养人参保、 受抚养人退保、受抚养人共付额 以及受抚养人的牙科和眼科福利

### 受抚养人参保

如果您希望为合格的受抚养子女登记加入医疗和处方药保险，您需要填写登记表。如果您正在为此前未加入本计划的受抚养子女投保，您需要提交该子女的出生证，才能将其加入。如果您的受抚养子女之前已加入，并且您已经提交了该子女的出生证，您不需要重新提交。您需要告知您的雇主，您正在为您的受抚养子女参保，以便您的雇主可以从您的工资中扣缴受抚养人的共付额。关于受抚养人共付额的更多信息，请参见下文。

### 受抚养人退保

如果您的受抚养子女要退出医疗和处方药保险，您需要填写登记表，列出您希望注销登记的受抚养子女的姓名。如果您为受抚养子女退保，通常情况下，您将无法在下一个开放投保期之前将其重新登记加入。

### 受抚养人共付额

如果您在开放投保期为您的受抚养子女参保或退保，这可能会影响您的医疗和处方药保险的工资扣除额。如果您为一个或多个受抚养子女进行加入，您需要告知您的雇主开始扣除相应的工资扣除额。如果您为您的受抚养子女退出保险，您需要告知您的雇主停止扣除工资扣除额。

受抚养子女保险所需的工资扣除额如下：

本计划为同居伴侣提供保险，包括为您的同居伴侣提供牙科和眼科保险。但是，仅当您参加MediExcel HMO计划时，才提供医疗保险。您可以将您的同居伴侣的子女登记加入任何医疗、牙科和/或眼科保险，只要每个子女未满26周岁。合格的同居伴侣是满足以下要求的参保者的伴侣：

## 同居伴侣资格规则

\* 须支付要求的受抚养人共付额

受抚养子女	配偶或同居伴侣	保险计划类型：
是*	否	Aetna PPO 医疗计划
是	是	MediExcel 健康计划 (HMO)
是	是	眼科服务计划
是	否	Express Scripts
是	是	United Concordia (牙科)
是	是	MediExcel 牙科

如上所述，根据您参加的保险类型，您的配偶、同居伴侣或受抚养子女可能是您的合格受抚养人，如下所示：

但本计划允许您在90天内提交新生儿的出生证。

您还需要提交一份新生儿婴儿的出生证。虽然您的新生儿必须在出生之日起30天内登记加入，但要使新生儿有资格获得本计划下的福利，新生儿必须在出生之日起30天内登记加入。您还必须支付受抚养人共付额，以便新生儿能够参加本计划。您必须在新生儿出生之月以及该子女将参加本计划的所有后续月份支付共付额。为使保险生效，必须为受抚养人支付至少两个月的共付额。例如，如果您的子女于1月20日出生，并于2月5日加入本计划，则必须支付1月和2月的缴费，以使保险适用于新生儿。

您的资格生效日，或 (2) 您获得受抚养人之日。

您需要为您希望领取福利的所有合格受抚养人提交书面证据（出生证、结婚证、同居伴侣誓章）。通常情况下，您的受抚养人保险将从以下日期起生效（以日期在后者为准）： (1)

“受抚养子女”可以是您的有资格获得本计划下，任何保险的合格受抚养人，即您的未满26周岁的子女，其中包括婚生子女、养子女或被收养的子女、继子女、同居伴侣的子女，或者根据法院命令，您对其承担法律责任的任何子女。这还包括年满26周岁以上的残疾子女，如果其完全依赖您的抚养。

“配偶”是指与您合法结婚的人。如果您参加了牙科和/或眼科保险，您的配偶将成为您的合格受抚养人。仅当您加入 Medifacel 健康计划时，您的配偶才能成为医疗保险的合格受抚养人。配偶没有资格参加 Aetna PPO 计划提供的保险。

“同居伴侣”是指您的未婚伴侣，如果其符合本计划规定的“同居伴侣”要求（详见下文）。同居伴侣将以配偶相同的标准（见上文）成为您的合格受抚养人。

将根据以下标准确定您是否是合格受抚养人：

### 合格受抚养人

您的福利资格也将在受托人委员会终止本计划或您所属的福利计划提供的福利之日终止。

您的资格将在 次月的最后一 天终止：	如果所需的 缴费是 以下月份的最后一次 付款：
一月	一月
二月	二月
三月	三月
四月	四月
五月	五月
六月	六月
七月	七月
八月	八月
九月	九月
十月	十月
十一月	十一月
十二月	十二月

### 终止表

除非根据COBRA延保，否则您的福利资格将在支付最后一次要求的雇主缴费之次月的最后一天终止，如下表所示。

### 我何时会丧失福利资格？

如果您是新组建的谈判单位的雇员，而该单位成为最初的集体谈判协议的签约方，您将有资格在代表您支付首次缴费所在月的第一天起参加本计划。例如，如果您的雇主成为参与雇主，并且有义务代表您支付10月份的缴费，您则有资格在10月1日参加保险。

### 关于新组建的谈判单位雇员的特殊资格规则

如果您因工伤残疾而在病假后恢复雇用关系，您将在重返工作所在月的次月首日起有资格参加本计划。

如果您因任何原因丧失参加本计划的资格，并且恢复与参与雇主的雇用关系，而且在您丧失资格后未超过六个月之前已支付要求的缴费，您将于第一个缴费月的首日起有资格参加本计划。例如，您于6月15日离职，您的资格于7月31日终止。您于9月恢复承保的雇用关系，并且按要求支付了10月份的缴费，您将于10月1日起重新有资格参加本计划。您也有资格在11月和12月参加本计划。如果您丧失资格超过六个月，则必须根据“新雇员资格”规则重新获得资格。此后的持续资格根据上面所示的资格表确定。为了使您的受抚养人有资格在您重返工作时获得保险，受抚养人的共付额应在受雇30天后的次月第一天支付。

### 特殊重新雇用资格规则

十一月	十二月
一月	二月

### 资格规则

满足以下条件的个人有资格参加本计划：**谁有资格参加**

有资格参加的人士是参与雇主的所有雇员，这些雇员已填写本计划的登记表，并且其雇用关系受雇主与该雇主同意向信托缴费的类别内雇用的工人联合会（工会）参与附属机构之间集体谈判协议的约束。您的计划福利水平取决于工会与您的雇主之间的集体谈判协议以及向本计划支付的缴费金额。受托人委员会有权制定资格要求和确定福利金额，以及在未给予事先通知的情况下随时变更资格要求和福利。

### 资格日期

#### 新雇员资格

这些雇员将在其雇用关系开始之日起第五十九天后的次月首日起有资格参加本计划，但前提是已代表该雇员至少支付一次缴费。例如，如果您于11月6日起为您的雇主工作，您工作第59天是1月2日。如果已代表您至少支付一次缴费，您将从2月1日开始有资格参加本计划。

### 持续资格表

如以下月份所需资金已支付：

您将继续在以下月份中享有福利：

一月	三月
二月	四月
三月	五月
四月	六月
五月	七月
六月	八月
七月	九月
八月	十月
九月	十一月
十月	十二月

50	保险赔偿金明细表
50	年度免赔额
50	自付限额
50	预先授权要求
52	医疗保险赔偿金
	承保费用的应付百分比（即本计划所允许金额的共保额
	或合格付款额）
52	心理健康和药物滥用保险赔偿金
55	赔偿计划除外责任和限制
58	处方药保险赔偿金
60	视力福利
62	牙科福利
62	远程医疗/TELADOC 福利
62	人寿保险
	1974年《雇员退休收入保障法》
67	(ERISA) 要求的信息
69	您根据 ERISA 享有的权利
71	其他重要信息
71	支付给受益人而不是参保者
71	无既得权利
71	体检
72	虚假陈述
72	保险赔偿金不可转让
72	信托协议与受托人权利
73	是否有疑问?



您的权利	23
特殊投保期	28
第三方责任	30
福利协调	31
如何进行协调？	31
哪项保险计划先赔付？	31
理赔程序	32
根据赔付计划提出索赔	33
何时提出索赔	39
授权代表	39
通知保险赔偿金额索赔决定的时间	39
服务后索赔	39
服务前索赔	40
紧急护理索赔	40
连带索赔	41
其他索赔	41
决定通知的内容	41
牙科、眼科和处方福利索赔	42
申诉程序	43
复审流程	44
发送申诉决定通知的时间	45
复审决定通知	45
何时可以提起诉讼的限制	46
外部复审程序	46
Express Scripts 申诉	47
United Concordia 牙科保险赔偿申诉	48
MediExcel 牙科保险赔偿申诉	48
VSP 申诉	48
人寿保险或意外死亡及伤残险申诉	49
赔偿计划的保险赔偿金、除外责任和限制	50

# 目录

部分	资格规则	页码
	谁有资格参加	1
	资格日期	1
	持续资格表	1
	特殊重新雇用资格规则	2
	关于新组建的谈判单位雇员的特殊资格规则	2
	我何时会丧失福利资格?	3
	终止表	3
	合格受抚养人	3
	同居伴侣资格规则	4
	受抚养人参保、受抚养人退保、受抚养人共付额以及受抚养人的牙科和眼科福利	5
	开放投保期	6
	合格的儿童医疗支持命令 (QMCSO)	6
	《新生儿与母亲健康保护法》(EWORN & MOTHERS HEALTH PROTECTION ACT)	7
	《妇女健康癌症权利法》(WOMENS' HEALTH CANCER RIGHTS ACT)	7
	Medicare 作为主要付费机构	8
	《综合预算协调法》(CONSOLIDATED OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT) (CEBRA)	9
	通知要求	14
	终止 COBRA 延保	15
	保险费率	16
	配偶和您的受抚养子女	16
	同居伴侣及其受抚养子女	16
	付款期限要求	16
	《加利福尼亚州继续福利替代法》	17
	(仅限 CAL-COBRA-MEDIEXCEL 参保者)	17
	USERA 规定的医疗保健延保	19
	《家庭医疗假法》	20
	《健康保险便携性和责任法》(HIPAA)	22

## 福利供资、计划变更和计划终止

本计划所提供福利的资金来自参与雇主的缴费，这些雇主已经与集体谈判协议中所列的工人联合西部地区共同委员会（工会）的参与附属机构签订集体谈判协议，或者来自雇员缴费。

如果未来为任何福利计划提供的资金不足，受托人则有权更改或终止（1）计划项下的福利种类和金额，以及（2）资格规则，包括提供延期资格的规则，即使延期资格已经累积。

如果可用资金不足以支付索赔和提供赔偿金，受托人则可以终止信托。工会和雇主也可以通过集体谈判终止信托。如果本信托被终止，则所有福利将在支付计划资产后停止。

摘要计划说明  
关于  
洗衣与干洗当地第52  
号健康福利信托基金

致所有计划参保者

洗衣与干洗当地第52号健康福利信托基金（简称“计划”）的目的是向参保者及其受抚养人提供医疗、处方药、牙科和眼科保险。该计划还提供人寿保险福利。计划所提供的福利是工会与参与雇主之间集体谈判的结果。保险计划的保费将用于提供与计划的良好财务管理相一致的最大可能赔偿金。

本摘要计划说明中包括一个特殊部分，涉及1974年《雇员退休收入保障法》（Employee Retirement Income Security Act, 英文缩写 ERISA）要求的计划管理。

请仔细阅读完整的摘要计划说明，以完全了解您可以获得的赔偿金、如何提出索赔以及您作为合格参保者享有的权利。本摘要计划说明描述了当前的资格和赔偿金规定。在解释与手册中所述的利益相关的问题时，应当以计划的条款为准。

受托人委员会（以下简称“委员会”）负责确保按照计划参保者的最佳利益管理和运营本计划。委员会由相等数量的工会受托人和管理受托人组成。

本摘要计划说明（英文缩写“SPD”）旨在帮助您理解您的保险计划。在查阅本SPD之后，您可能会遇到问题，这些问题应交给计划的第三方管理人处理，管理人应负责计划的日常管理，包括处理您的索赔、回答您的问题并执行其他管理操作：

福利计划管理处 (Benefit Programs Administration)

1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017 1(800) 524-8687 or (562) 463-5060 电话  
(562) 463-5894 传真

须注意的是，当您在阅读或解读本计划时，委员会可能已经对本计划作出变更。任何此类修改皆将替代本文件且具有约束力。为了保护您的利益，只有委员会可以解释或修改本计划。任何您所收到不是来自委员会或未标识为委员会正式行动的信息均不具有约束力。

## RxBenefits

电话: (800) 377-1614

网站: [www.rxbenefits.com](http://www.rxbenefits.com)

## Express Scripts

电话: (888) 287-8151

网站: [www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com)

Express Scripts 提供商目录: [www.express-scripts.com/RxBenefits](http://www.express-scripts.com/RxBenefits)

## United Concordia

电话: (800) 937-6432

网站: [www.ucci.com](http://www.ucci.com)

提供商目录: <https://www.unitedconcordia.com/find-a-dentist/#/>

在许多情况下，如果您在知情的情况下做出决定，您将能够从计划中获得更好的健康福利。如果您对如何使用计划有任何疑问，请联系以寻求帮助。重要的电话号码已在下面列明。

关于资格、福利或理赔的信息：

### 计划管理处

洗衣和干洗工人本地 52 号健康福利信托基金  
1200 Wilshire Blvd. 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017 电话：(562) 463-5060 或 (800) 524-8687  
传真：(562) 463-5894  
信托基金网站：<http://www.laundryfund.org>

关于网络提供商和医疗服务评审的信息：

### Aetna 首选提供商组织 (PPO)

要查找参与的提供商，请致电：(800) 524-8687

Aetna 提供商目录：

[https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchlanding&site\\_id=DirectLink&lanValue=NSPMC%7CAetna Choice POS II Open Access](https://www.aetna.com/dsepublic/#/contentPage?page=providerSearchlanding&site_id=DirectLink&lanValue=NSPMC%7CAetna Choice POS II Open Access)

在进行任何非急诊住院手术、所有 (888) 632-3862 住院、CT/PET 扫描和 MRI 之前，您必须获得 Aetna 的预先授权。需要预先授权的服务的完整清单可在网上查阅：

[https://www.aetna.com/health-care-professionals/precertification/precertification\\_lists.html](https://www.aetna.com/health-care-professionals/precertification/precertification_lists.html)。

如果您已加入MediExcel 医疗计划和/或 MediExcel 牙科计划，请联系 MediExcel 获取更多信息：

### MediExcel 健康计划

电话：(619) 565-2570  
MediExcel 提供商目录：<https://excel.network/physicians/provider-list/>

经书面要求，可以免费提供一份提供商名单。

关于所有其他保险范围的信息，例如您的**眼科保险 (VSP)**；**处方药**，包括注射剂（通过 RxBenefits的Express Scripts）；**牙科保健服务 (United Concordia)**，请联系：

### 眼科服务计划 (Vision Service Plan, 英文缩写 VSP)

电话：(800) 877-7195

网站：[www.vsp.com](http://www.vsp.com)

提供商目录：<https://www.vsp.com/eye-doctor>





October 1, 2023

1200 Wilshire Blvd., 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
Telephone: (562) 463-5060 or (800) 524-8687  
Facsimile: (562) 463-5894

摘要计划说明  
关于  
洗衣与干洗  
本地第52号  
健康福利信托基金

---

Summary Plan Description  
for the  
Laundry and Dry Cleaning Workers  
Local No. 52  
Health & Welfare Trust Fund