

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 No. 52

1200 Wilshire Blvd., 5th 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. 5th 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

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

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

RxBenefits

Telephone: (800) 377-1614

Website: www.rxbenefits.com

Express Scripts

Telephone: (888) 287-8151

Website: www.express-scripts.com

Express Scripts Provider Directory: www.express-scripts.com/RxBenefits

United Concordia

Telephone: (800) 937-6432

Website: 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., 5th 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

SECTION	PAGE
ELIGIBILITY RULES	1
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
ELIGIBLE DEPENDENTS	3
DOMESTIC PARTNER ELIGIBILITY RULES	4
DEPENDENT ENROLLMENT, DEPENDENT DIS-ENROLLMENT, DEPENDENT CO-PAY, AND DEPENDENT DENTAL AND VISION BENEFITS	5
OPEN ENROLLMENT	6
QUALIFIED MEDICAL CHILD SUPPORT ORDERS (QMCSO)	6
NEWBORN & MOTHERS HEALTH PROTECTION ACT	7
WOMENS' HEALTH CANCER RIGHTS ACT	7
MEDICARE AS PRIMARY PAYER	8
CONSOLIDATED OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT (COBRA)	9
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
CALIFORNIA CONTINUATION BENEFITS REPLACEMENT ACT (CAL-COBRA –MEDIEXCEL PARTICIPANTS ONLY)	17
CONTINUATION OF HEALTHCARE COVERAGE UNDER USERRA	19
FAMILY AND MEDICAL LEAVE ACT	20

HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA)	22
Your Rights.....	23
Special Enrollment Periods.....	28
THIRD PARTY RESPONSIBILITY	30
COORDINATION OF BENEFITS	31
How Does Coordination Work?	31
Which Plan Pays First?	31
CLAIMS PROCEDURES	32
Filing a Claim for Benefits Under the Indemnity Plan	33
WHEN CLAIMS MUST BE FILED	39
AUTHORIZED REPRESENTATIVES	39
TIMING OF NOTIFICATION OF DECISION ON CLAIMS FOR BENEFITS	39
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
APPEALS PROCEDURES	43
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

INDEMNITY PLAN BENEFITS, EXCLUSIONS AND LIMITATIONS	50
Schedule of Benefits.....	50
Annual Deductible	50
Out of Pocket Limit	50
Pre-Authorization Requirements.....	50
MEDICAL BENEFITS.....	52
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
PRESCRIPTION DRUG BENEFITS.....	58
VISION BENEFITS.....	60
DENTAL BENEFITS.....	62
TELEMEDICINE/TELADOC BENEFITS	62
LIFE INSURANCE.....	62
INFORMATION REQUIRED UNDER EMPLOYEE RETIREMENT INCOME SECURITY ACT OF 1974 (ERISA).....	67
YOUR RIGHTS UNDER ERISA	69
OTHER IMPORTANT INFORMATION.....	71
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
QUESTIONS?.....	73

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

If the required contributions are paid for the month of:	You will continue to be eligible for benefits during the month of:
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 1st. 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

If the required contributions are last paid for the month of:	Your eligibility will terminate on the last day of the following month:
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 20th and enrolled in the Plan on February 5th, 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., 5th 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) ¹	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) ¹	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) ¹	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) ¹	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) ¹	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) ¹	Yes	OR	Yes	AND/OR	Yes	

¹ 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 or 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 period¹ to sign up for Medicare Part A or B, beginning on the earlier of:

- The month after your employment ends; or

¹ <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. (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 or 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., 5th 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. 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.

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 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 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 http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov

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

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., 5th 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., 5th 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/.

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.

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

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 80th 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 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- emergency 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.
For an emergency admission :	You, your physician 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 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 .
For non-emergency medical services requiring pre-authorization :	You or your physician 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, 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

For Loss of:	The Benefit Is:
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., 5th 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., 5th 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., 5th 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., 5th Floor Los Ángeles, CA 90017
Teléfono: (562) 463-5060 o (800) 524-8687
Fax: (562) 463-5894

1 de octubre de 2023

?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.

- comedido 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.

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

Declaraciones falsas

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.

Examen médico

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.

Sin derechos adquiridos

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.

Pagos al beneficiario en lugar del Participante

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

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.

Asistencia a sus preguntas

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 despedir 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.

Ejercer 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 costas (por ejemplo, si determina que su reclamación es infundada).

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

Continuación de la cobertura de salud grupal

- 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.
- 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.
- 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).

Usted tiene derecho a lo siguiente:

Acceso a la información

Usted dispone de algunos derechos y protecciones que otorga la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (ERISA).

SUS DERECHOS EN VIRTUD DE LA LEY ERISA

Consulte las páginas 32 a 43.

11. Procedimientos de Reclamaciones y Apelaciones

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 MedEXcel), 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.

colectivo.

El empleador efectúa todos los aportes al plan en nombre del Participante según el convenio

los beneficios:

10. Fuente de los aportes al Plan y el mecanismo de financiación mediante el cual se proporcionan

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.

5. Integrantes del Consejo Directivo:

Fideicomisarios del Empleador

Fideicomisarios del Sindicato

<p>Sr. Brad Champagne Mission Linen Supply 702 East Montecito Street Santa Bárbara, CA 93103</p>	<p>Sr. Scott Cornwell Gerente general Braun Linen Services P.O. Box 348 Paramount, CA 90723</p>
<p>Sra. Cristina Vázquez - Directora Regional Western States Regional Joint Board, Workers United 920 South Alvarado Street Los Angeles, CA 90006</p>	<p>Sra. María Rivera Western States Regional Joint Board, Workers United 920 South Alvarado Street Los Angeles, CA 90006</p>
<p>Sra. Evelyn Zepeda Western States Regional Joint Board, Workers United 920 South Alvarado Street Los Angeles, CA 90006</p>	<p>Sr. Juan Flores Western States Regional Joint Board, Workers United 920 South Alvarado Street Los Angeles, CA 90006</p>

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.

**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., 5th 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., 5th Floor
Los Angeles, CA 90017
(800) 524-8687 o (562) 463-5060 Teléfono
(562) 463-5894 FAX

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.

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	La suma principal
Ambas manos	La suma principal
Ambos pies	La suma principal
La vista en ambos ojos	La suma principal
una mano y un pie	La suma principal
principalUna mano y visión de un ojo	La suma principal
Una mano o un pie	La mitad de la suma principal
La vista de un ojo	La mitad de la suma principal

El beneficio es:

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.

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

- 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.

Su cobertura finaliza la fecha que suceda primero entre las siguientes:

FINALIZACIÓN DE BENEFICIOS DEL PLAN

- a) su cónyuge;
- b) sus hijos;
- c) sus padres;
- d) sus hermanos y hermanas;
- e) sus albaceas o administradores.

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:

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.

BENEFICIARIO

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 %.

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA

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.

Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar
 Local No. 52 Health & Welfare Trust Fund
 1200 Wilshire Blvd. 5th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 (800) 524-8687 o (562) 463-5060 Teléfono
 (562) 463-5894 FAX

A continuación, se detalla la dirección y el teléfono para obtener cualquier información sobre elegibilidad o formularios de reclamación:
 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.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES POR BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

** Las coberturas básicas de seguro de vida a término y por muerte accidental y desmembramiento están avaladas 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.

La cobertura entrará en vigencia solamente si el Participante es elegible para el Plan de acuerdo con las disposiciones de elegibilidad del Plan.

Consulte el folleto o el certificado para conocer las limitaciones o exclusiones que podrían aplicarse.
 5,000.00

(Suma principal)

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO**

Un monto elegido por la persona que no podrá superar el 50 % del monto del seguro de vida.

BENEFICIO ACCELERADO DEL 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

PRESTACIÓN DE SEGURO DE VIDA**

Fecha de entrada en vigencia del programa: 1 de diciembre de 2000

EL MONTO DEL SEGURO DE CUALQUIER PERSONA SE BASARÁ EN LO SIGUIENTE:

**(CONTRATO GRUPAL N.º G-93876-006)
INSURANCE COMPANY OF AMERICA.
** COBERTURA PROPORCIONADA A TRAVÉS DE WESTERN HEALTH CARE COALITION EN
VIRTUD DE UN CONTRATO DE SEGURO GRUPAL EMITIDO POR PRUDENTIAL**

SEGURO DE VIDA

No se requiere un copago del participante para acceder a la prestación de telemedicina.

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.

BENEFICIOS DE TELEMEDICINA Y CONSULTAS MÉDICAS EN LÍNEA

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.

Plan Odontológico HMO (DHMO) y Plan Arizona PPO (AZ)

Llame al Plan, a United Concordia al (800) 937-6432 o a MediExcel Dental al (619) 365-4346 para obtener los materiales de inscripción.

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.

BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS

Consulte la página 43 de esta SPD para obtener información adicional sobre reclamaciones, quejas y apelaciones.

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.

Los siguientes servicios e insumos no tienen cobertura de DEF Plus:

DEF 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.

Exclusiones y limitaciones de los beneficios de DEF Plus:

Los exámenes oftalmológicos de las Personas Cubiertas que tienen diabetes están cubiertos por DEF Plus en su totalidad después de un copago de \$20.00. Los servicios oftalmológicos especiales están cubiertos en su totalidad.

Servicios Cubiertos por DEF:

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 ("DEF Plus") si usted tiene diabetes.

Programa Diabetic Eyecare Plus:

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.

VSP Lightcare

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.

Monturas y lentes

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.

Corrección de la vista con láser

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.

Examen de la retina

Las asignaciones y los beneficios en virtud de su cobertura de VSP también incluyen lo siguiente:

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.

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.

BENEFICIOS OFTALMOLÓGICOS

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.

Procedimientos de Reclamaciones y Apelaciones

Consulte su SBC o visite www.Express-Scripts.com para obtener detalles adicionales sobre sus beneficios de medicamentos recetados.

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.

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.

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

- Gripe
- Hepatitis
- Meningococo
- Neumonía
- VPH
- TDaP
- Herpes zóster
- Vacuna infantil

Las siguientes vacunas están cubiertas por esta prestación:

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.

Vacunas

Medicamentos inyectables	\$0
Medicamentos orales genéricos	\$10
Medicamentos orales de marca	\$30

Copago

Programa de copagos de medicamentos especializados

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.

Medicamentos de marca no 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 preferida

Medicamentos de marca preferida	90 % / 10 %
Medicamentos de marca no preferida	80 % / 20 %

Medicamentos genéricos (al por menor y por correo) 100 % / 0 %

Cubierto por el plan / Coseguro

Porcentaje por pagar de los cargos cubiertos (es decir, coseguro del Monto Permitedo del plan)

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.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

- (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 (transsexuales) 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.

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) extracción 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) extirpaciones 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, queratoma 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 circunstancia 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;

- (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.
- (f) servicios de atención prestados en los dientes, nervios de los dientes, procesos gingivales o alveolares, salvo tumores o quistes o según un 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 atención no se brinde en virtud del beneficio odontológico por separado;
- (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;
- (d) cargos que no se le exige abonar a la persona cubierta;
- (c) hospitalización en un hospital propiedad del gobierno federal o bajo su administración;
- (b) gastos debidos a lesiones físicas accidentales sufridas durante el trabajo o debido a este;
- (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;

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:

Exclusiones y limitaciones del Plan de Indemnización

Consulte su SBC para obtener detalles sobre estos beneficios. Los beneficios de la terapia ABA se describen en la sección "Servicios de habilitación" anterior.

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.

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 Plan cubre los trastornos de salud mental, salud conductual y por abuso de sustancias del mismo modo en que cubre cualquier otra atención médica.

Proveedor que No Pertenece a la PPO	Proveedor PPO	Servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados
60 % / 40 %	80 % / 20 %	

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 OPA)

Cubierto por el plan / Coseguro

Servicios de rehabilitación

La atención de rehabilitación debe formar parte de un programa de servicios formal por escrito compatible con su afección.

- 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.
- 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
- fisioterapia y terapia ocupacional (para que se considere fisioterapia, un fisioterapeuta autorizado debe proporcionar el servicio);

La atención de rehabilitación incluye lo siguiente:

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.

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).

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.

Servicios de rehabilitación

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.

Aborto y servicios relacionados con el aborto

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.

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.

Embarazo y servicios de maternidad y parto

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.

Atención preventiva, detección y vacunación

Consulte su SBC para obtener detalles adicionales sobre este beneficio.

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.

Transporte médico de emergencia

Consulte su SBC para obtener detalles sobre este beneficio.

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 emergencia. Normalmente, los centros de atención de emergencia 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.

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.

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.

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.

Servicios de Emergencia

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.

Visitas al consultorio

Consulte su SBC para obtener detalles adicionales sobre las tarifas de coseguro para beneficios específicos.

*

Cubierto por el plan* / Coseguro			
Proveedor PPO	Proveedor que No Pertenece a la PPO		
80 % / 20 %	60 % / 40 %	servicios médicos (que no sean visitas al consultorio y otros procedimientos o servicios determinados)	
80 % / 20 %	60 % / 40 %	Servicios de rehabilitación	
80 % / 20 %	80 % / 20 %	Atención en sala de emergencias	
80 % / 20 %	80 % / 20 %	Transporte médico de emergencia	
80 % / 20 %	60 % / 40 %	Embarazo (servicios profesionales para el parto y el alumbramiento)	
80 % / 20 %	60 % / 40 %	Cirugía ambulatoria	
80 % / 20 %	60 % / 40 %	Estada en el hospital	
80 % / 20 %	60 % / 40 %	Atención de enfermería especializada	
80 % / 20 %	No cubierto	Equipo médico duradero	
80 % / 20 %	60 % / 40 %	Servicios de cuidados paliativos	
80 % / 20 %	60 % / 40 %	Servicios de salud conductual	

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.

BENEFICIOS MÉDICOS

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.

pidale que visite el enlace de arriba.

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

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 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.

<p>Usted, su médico o la institución deberán llamar por lo menos 14 días antes de que se brinde la atención o se programe el tratamiento o procedimiento.</p>	<p>previa: Para los servicios médicos que no son de emergencia y exigen autorización</p>
<p>Usted, su médico o la institución deberán llamar antes de que se programe 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.</p>	<p>Para una internación de urgencia:</p>
<p>Usted, su médico o la institución deben llamar en un plazo de 48 horas a partir de su internación, o lo antes que pueda.</p>	<p>Para una internación de emergencia:</p>
<p>Usted, su médico o la institución deberán llamar y solicitar una autorización previa al menos 14 días antes de la fecha programada para su internación.</p>	<p>emergencia: Para las internaciones que no son de</p>

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.

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.

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.

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 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.

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.

Apelaciones de Express Scripts

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.

- 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.

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:

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.

- 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

- 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. La demanda deberá entablarse en un plazo de un año a partir de la fecha de la determinación final del Plan sobre su apelación.
- 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 entablarse 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;

- 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.
- 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.
- 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.
- la referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se fundamenta la denegación;
- las razones específicas de la determinación;

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:

Notificación de la determinación sobre la revisión

- **Otros reclamos:** 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.
- **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.
- **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 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 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 Previas al Servicio:** se le notificará la determinación sobre la revisión en un plazo de 30 días desde que el Plan recibe la apelación.

Plazos de notificación de la determinación sobre la apelación

> debe presentarla por escrito usted o su representante autorizado;

los siguientes requisitos:
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

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.

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.

PROCEDIMIENTOS DE APELACIONES

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.

MediExcel Dental

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.

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. Salvo que se trate de una emergencia, no podrá acudir a un proveedor que pertenezca a la red United Concordia.

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.

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.
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.

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 sufrir una receta en un caso de emergencia, comuníquese con Express Script para averiguar dónde hacerlo.

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.

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.

Reclamaciones de prestaciones dentales, oftalmológicas y de medicamentos recetados

requerida podrá proporcionarse de manera verbal y luego enviarse una notificación por escrito.

● 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

de 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.

● 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 de su reclamación 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 de la ley ERISA después de una determinación adversa de beneficios en revisión, pero una declaración de su derecho a entablar una demanda en virtud de la Sección 502(a) de la ley ERISA después de haber agotado primero los procedimientos de reclamación y apelación mencionados en el presente documento.

● una descripción de los procedimientos de apelación y los plazos aplicables;

● 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;

La determinación también se confirmará por escrito.

Si se recibe una **Reclamación 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 específica 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 específica, 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 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 reclamos:

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;

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).

A diferencia de las internaciones de emergencias 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.

Reclamaciones de Atención Urgente

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 reclamo, 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.

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 responde 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.

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.

Reclamaciones Previas al Servicio

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 responde 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.

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.

Reclamaciones Posteriores al Servicio

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:

PLAZOS DE NOTIFICACIÓN DE LA DETERMINACIÓN SOBRE LAS RECLAMACIONES DE BENEFICIOS

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.

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 para actuar en su nombre. 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.

REPRESENTANTE AUTORIZADO

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.

Las reclamaciones de servicios que se hayan recibido o las reclamaciones de beneficios por muerte 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 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.

CUÁNDO DEBEN PRESENTARSE LAS RECLAMACIONES

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.

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, tratamiento.

suspender o prolongar el tratamiento se toma de manera simultánea con la prestación del de determinar si los cinco días completos son apropiados. En esta situación, la decisión de reducir, una estadía en el hospital originalmente autorizada por cinco días que se revisa a los tres días a fin de reducción, suspensión o extensión de un beneficio. Un ejemplo de este tipo de reclamación sería que se reconsidere después de recibida la autorización previa inicialmente, y da lugar a una Una reclamación concurrente es una reclamación que involucra un plan de tratamiento en curso

Reclamaciones de Atención Simultánea

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.

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.

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 tratado como una **Reclamación de Atención de Urgencia**, según el significado descrito anteriormente, será

- (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 sometera a un dolor intenso que no podría controlarse adecuadamente sin la atención médica o el tratamiento para el cual solicita la autorización previa.

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:

Autorización previa para reclamaciones de atención de urgencia

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.

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 transcranial (EMT)
- Todas las internaciones hospitalarias 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.

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 de 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".

Cosseguro, 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 cosseguro 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 cosseguro 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.

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, el tratamiento 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 tratadas actualmente o con anterioridad por 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 80° más alto.

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, acostumbreado 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.**

Monto permitido/Cargos permitidos: el Plan pagará los Servicios Cubiertos hasta un "monto permitido" o "cargos permitidos", 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.

- 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.

- 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, 10th 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);

Presentación electrónica de reclamaciones 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:

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

Complete detenidamente todas las secciones requeridas del Formulario de Reclamación y entéguelo a su médico. Luego, su médico debe enviar el Formulario de Reclamación completo y su factura detallada a Aetna a la siguiente dirección:

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.

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.**

Reclamaciones Posteriores al Servicio

Presentación de reclamaciones de beneficios según el Plan de Indemnización

beneficios, incluidos los beneficios oftalmológicos, odontológicos, de recetas y de telemedicina y consultas médicas en línea.

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

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES

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.

5. Mayor o menor duración de la cobertura

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.

- 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.

Cuando los padres están separados o divorciados:

4. Hijos dependientes de padres separados o 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.

3. Hijos dependientes de padres que no están separados ni divorciados

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.

2. Empleado/Dependiente

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.

1. Empleado activo, jubilado o desvinculado

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:

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.

¿Qué plan paga primero?

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.

usted pague el total la prima.

Esta disposición de Coordinación de Beneficios no se aplicará a ninguna otra cobertura por la cual

que exige el estado.

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 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

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.

¿Cómo funciona la coordinación?

cobertura médica.

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

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

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.

subrogación o cesión, o afectarlo.

Los Fiduciarios, a su entera discreción, podrán desistir de cualquier derecho de reembolso,

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 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.

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 periodo de inscripción especial.

El periodo de inscripción especial es de 30 días a partir de la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o acogida para la inscripción completa durante el periodo 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.

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 sinistralidad;
- 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/hipa/understanding/consumers/noticpepp.html

Periodos de inscripción especiales

Según las disposiciones de la ley HIPAA, una persona elegible y los dependientes elegibles podrán inscribirse durante periodos de inscripción especiales.

Se aplica un periodo 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 periodo 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 periodo 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;

- 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.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajar con un médico forense o director de funeraria.

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.

Cumplir la ley

Podemos utilizar o compartir su información para la investigación sanitaria.

Realizar investigaciones

- 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.

Podemos compartir información sanitaria sobre usted para:

Ayudar en cuestiones de salud y seguridad públicas.

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.

?De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud?

Ejemplo: Su empresa contrata con nosotros un plan de salud y nosotros le facilitamos determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Podemos revelar su información sanitaria al patrocinador de su plan de salud o a socios comerciales para la administración del plan.

Administrar su plan

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.

Podemos utilizar y divulgar sus datos sanitarios mientras pagamos sus servicios sanitarios.

Pagar sus servicios sanitarios.

Ejemplo: Utilizamos su información sanitaria para desarrollar mejores servicios para usted.

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 o compartimos 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.

Usted elige

No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

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/.

**Responsable de Privacidad
Fideicomiso de Salud y Bienestar de Lavanderías y Tintorerías
Local N.º 52
1200 Wilshire Blvd, 5th Floor
Los Angeles, CA 90017
(800) 524-8687 o (562) 463-5060 Teléfono
(562) 463-5894 FAX**

- Puede presentar una queja si cree que hemos vulnerado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros:

Presentar una denuncia si considera que se vulneran sus derechos

- 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.

Designar a alguien que actúe en su nombre

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.

Obtener una copia de este aviso de privacidad.

- Puede solicitar una rendición de cuentas completando el formulario de solicitud correspondiente disponible en el Plan.
- 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 directores 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 correctoras 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 lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede presentar una solicitud de restricción del uso y divulgación de su PHI completando el formulario de solicitud correspondiente disponible en el Plan.

- 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.

Pedimos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- 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 está en peligro si no lo hacemos.
- Usted puede solicitar la comunicación confidencial de su PHI completando un formulario apropiado disponible en el Plan.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que corriamos su historia clínica y su historial de sinistros 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.

Pidanos que corriamos la historia clínica y los registros de sinistros

- 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 ley no permite el acceso. También denegaremos su solicitud de inspección 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 causarles 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.

- 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.

Obtenga una copia de los registros sanitarios y de siniestros

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.

Sus derechos

- 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.

Podemos utilizar y compartir su información al:

Nuestros usos y divulgaciones

- Responder a las preguntas sobre cobertura de su familia y amigos.
- Prestar ayuda en caso de catástrofe.
- Comercializar nuestros servicios y vender su información.

Usted tiene algunas opciones respecto de la forma en que usamos y compartimos la información como nosotros:

Sus opciones

- 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.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

Sus derechos

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
EN ESTA SECCIÓN, SE DESCRIBE COMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU
INFORMACIÓN MÉDICA Y COMO 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 prestan servicios administrativos para el Plan. Cuando terceros proveedores de servicios realicen 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., 5th Floor Los Angeles, CA 90017
(800) 524-8687 o (562) 463-5060

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

- d. debido a su propio estado de salud grave que lo incapacite para desempeñar sus trabajos; 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.

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;

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:

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

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

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.

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.
- 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.

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

1-866-444-EBSA (3272)

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

www.dol.gov/agencies/ebsa

www.cms.hhs.gov

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

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

CALIFORNIA-Medicaid

Visite:

Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) <http://dhcs.ca.gov/hipp>

Teléfono: 916-445-8322

Fax: 916-440-5676

Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

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.

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 o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

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 define el Exchange).

LEY DE REEMPLAZO CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS DE CALIFORNIA

(SOLO PARA PARTICIPANTES DE CAL-COBRA-MedlExcel)

Si está cubierto por el Plan HMO de MedlExcel 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 MedlExcel. 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 si podrán contratar un seguro individual en el Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite 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 para averiguar cómo solicitarlos. Si califico, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por la empresa.

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

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 afeción 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; o
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;
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.

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 calificarse 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

Requisitos de notificación

Local N.º 52
1200 Wilshire Blvd., 5th Floor
Los Angeles, CA 90017
(800) 524-8687 o (562) 463-5060

Fideicomiso de Salud y Bienestar de Trabajadores de Lavanderías y Tintorerías

Información de contacto del plan:

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.

Mantenga a su plan informado sobre los cambios de domicilio

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 Departamento de Trabajo de EE. UU. más cercana a su zona o visite 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 o HealthCare.gov.

Si tiene preguntas

<https://www.medicare.gov/medicare-and-you>

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 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.

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

. el mes posterior a la finalización de su empleo;

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

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

Si. 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.

?Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de Cobertura COBRA?

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.

Plan para obtener más detalles sobre esta extensión por discapacidad.
 Para 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

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

Por el contrario, después de cualquiera de los eventos calificados mencionados anteriormente, usted podrá inscribirse 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.

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

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.

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

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 periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura.

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

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

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.

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.

?Cómo se proporciona la continuación de la cobertura COBRA?

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

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 notificarse 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:

- 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).

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 empleado debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificados:

?Cuándo está disponible la continuación de la cobertura COBRA?

- 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".

Sus hijos dependientes que estén cubiertos por el Plan cuando se produzca el hecho causante se convertirán en beneficiarios calificados si pierden 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.

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 calificado si pierde la cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos calificados:

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

- Se reducen sus horas de trabajo.

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

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.

¿Qué es la continuación de la cobertura COBRA?

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.

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 MedExcel 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.

El derecho a la continuación de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Omnibus 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.

LEY FEDERAL DE RECONCILIACIÓN DEL PRESUPUESTO GENERAL CONSOLIDADO (COBRA)

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.

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.

Si le diagnostican una insuficiencia renal terminal (IRT), puede optar por la cobertura de Medicare inmediatamente 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.

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.

MEDICARE COMO PAGADOR PRINCIPAL

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.

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.

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.

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.

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

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

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

manera determinada en consulta entre el médico tratante y el paciente, para:

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:

LEY DE DERECHOS DE LAS MUJERES SOBRE SALUD Y CÁNCER

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.

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.

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 MedExcel.

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).

MADRES

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS

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.

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 al 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 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.

d. cada plan afectado por dicha resolución.

1. Debe emitir un tribunal competente de conformidad con las leyes que rigen las relaciones familiares del estado.
 2. Debe exigir 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
- 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:

ORDEN MÉDICA CALIFICADA DE MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS (QMCSO)

Habrà un periodo 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.

INSCRIPCIÓN ABIERTA

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/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 cuando será el periodo de Inscripción Abierta. Su solicitud para inscribir o dar de baja la a sus hijos dependientes debe recibirse durante ese plazo. Si no envía su formulario de inscripción durante el periodo de Inscripción Abierta, sujeto a las normas sobre inscripciones especiales, tendrá que esperar hasta el próximo periodo de inscripción Abierta para realizar cualquier cambio.

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

Se requiere la siguiente deducción de la nómina de pago para la cobertura de hijos 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 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.

Copago para 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.

Baja de 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.

Inscripción de los dependientes

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

Los beneficios para parejas de hecho de las parejas 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.

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;

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 inscribirse 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:

NORMAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA PAREJA DE HECHO

*sujeto al copago requerido para dependientes

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

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:

dependiente. 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 deberá realizar los aportes en enero y febrero para brindar cobertura al recién nacido.

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.

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.

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.

¿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

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

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).

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.

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

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.

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.

Norma especial de elegibilidad para reincorporaciones

Noviembre
Diciembre

Enero
Febrero

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

Si se abonan los aportes exigidos correspondientes al mes de:
Usted conservará su elegibilidad para recibir los beneficios durante el mes de:

Marzo	Enero
Abril	Febrero
Mayo	Marzo
Junio	Abril
Julio	Mayo
Agosto	Junio
Septiembre	Julio
Octubre	Agosto
Noviembre	Septiembre
Diciembre	Octubre

Programa de beneficios.....	50
Deducible anual.....	50
Límite de gastos de bolsillo.....	50
Requisitos de autorización previa.....	50
BENEFICIOS MÉDICOS	52
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
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS	58
BENEFICIOS OFTALMOLÓGICOS	60
BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS	62
BENEFICIOS DE TELEMEDICINA Y CONSULTAS MÉDICAS EN LÍNEA	62
SEGURO DE VIDA	62
INFORMACIÓN EXIGIDA SEGÚN LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE EMPLEADOS DE 1974 (ERISA)	67
SUS DERECHOS EN VIRTUD DE LA LEY ERISA	69
OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE	71
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
? TIENE ALGUNA PREGUNTA?	73

Sus derechos.....	23
Períodos de inscripción especiales	28
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS	30
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	31
?Cómo funciona la coordinación?	31
?Qué plan paga primero?.....	31
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES.....	32
Presentación de reclamaciones de beneficios según el Plan de Indemnización	33
CUÁNDO DEBEN PRESENTARSE LAS RECLAMACIONES	39
REPRESENTANTE AUTORIZADO	39
PLAZOS DE NOTIFICACIÓN DE LA DETERMINACIÓN SOBRE LAS	
RECLAMACIONES DE BENEFICIOS	39
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	42
recetados.....	42
PROCEDIMIENTOS DE APELACIONES	43
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	49
desmembramiento.....	49
BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN DE INDEMNIZACIÓN.....	50

ÍNDICE

SECCIÓN	NORMAS DE ELEGIBILIDAD	1
	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
	? Cuando perderé la elegibilidad para recibir beneficios?	3
	Tabla de finalización de la elegibilidad	3
	DEPENDIENTES ELEGIBLES	3
	NORMAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA PAREJA DE HECHO	4
	INSCRIPCIÓN, BAJA, COPAGO Y BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS Y OFTALMOLÓGICOS DE DEPENDIENTES	5
	INSCRIPCIÓN ABIERTA	6
	ORDENES CALIFICADAS DE MANUTENCIÓN MÉDICA INFANTIL (QMCSO)	6
	LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES	7
	LEY DE DERECHOS DE LAS MUJERES SOBRE SALUD Y CÁNCER	7
	MEDICARE COMO PAGADOR PRINCIPAL	8
	LEY ÓMNI-BUS CONSOLIDADA DE CONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA (COBRA)	9
	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
	LEY DE REEMPLAZO CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS DE CALIFORNIA (SOLO PARTICIPANTES EN CAL-COBRA O MEDIXCEL)	17
	CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN VIRTUD DE LA LEY USERRA	19
	LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA DE 1993	20
	LEY DE TRANSFERIBILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA)	22

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 periodo 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.

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.

Administración de Programas de Beneficios
1200 Wilshire Blvd., 5th Floor
Los Angeles, CA 90017 1(800) 524-8687 o (562) 463-5060 Teléfono
(562) 463-5894 FAX

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:

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.

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).

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.

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

RxBenefits

Teléfono: (800) 377-1614

Página web: www.rxbenefits.com

Express Scripts

Teléfono: (888) 287-8151

Sitio web: www.express-scripts.com

Directorio de proveedores de Express Scripts: www.express-scripts.com/RxBenefits

United Concordia

Teléfono: (800) 937-6432

Página web: www.ucci.com

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

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, 5th Floor
Los Angeles, 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/#/content?age?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 MedExcel**, póngase en contacto con MedExcel para obtener más información:

Plan de Salud MedExcel

Teléfono: (619) 565-2570

Directorio de proveedores de MedExcel: <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

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



1 de octubre de 2023

Fax: (562) 463-5894

Teléfono: (562) 463-5060 o (800) 524-8687

1200 Wilshire Blvd., 5th Floor Los Angeles, CA 90017

Local n.º 52

Lavanderías Y Tintorerías,

De Los Trabajadores De

Fideicomiso De Salud Y Bienestar

del Plan del

Descripción Resumida

Health & Welfare Trust Fund

Workers Local No. 52

Laundry and Dry Cleaning

for the

Summary Plan Description