

LiUNA!

WISCONSIN LABORERS' DISTRICT COUNCIL

Feel the Power

Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin



Descripción Resumida del Plan

Edición 2021



FONDO DE SALUD DE TRABAJADORES DE WISCONSIN

4633 Liuna Way, Suite 201
DeForest, Wisconsin 53532-2514
Teléfono: 608-846-1742 o 800-397-3373

Junta Directiva

Fiduciarios Sindicales	Fiduciarios De Administración
<p>John Schmitt <i>Presidente</i> Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin 4633 LIUNA Way, Suite 101 DeForest, Wisconsin 53532</p>	<p>Derek Allen Associated General Contractors of Wisconsin, Inc. 4814 East Broadway Madison, Wisconsin 53716-4141</p>
<p>Brian Dehnhoff <i>Gerente Comercial</i> Sindicato de Trabajadores Local 268 2233 Birch Street Eau Claire, Wisconsin 54703-3483</p>	<p>Brian Hornung <i>Secretario y Tesorero</i> J.H. Findorf & Son, Inc. P.O. Box 1647 Madison, Wisconsin 53701-1647</p>
<p>Clark Jensen <i>Gerente Comercial</i> Sindicato de Trabajadores Local #140 2771 George Street LaCrosse, Wisconsin 54603</p>	<p>William Kennedy Rock Road Companies, Inc. P.O. Box 1779 Janesville, Wisconsin 53547-1779</p>
<p>Gerald Schomaker <i>Gerente Comercial</i> Sindicato de Trabajadores Local #330 886 W. Airport Rd. Menasha, Wisconsin 54952-1522</p>	<p>Kevin Renley Market & Johnson, Inc. 2350 Galloway Street Eau Claire, Wisconsin 54703</p>
<p>Kent Miller <i>Gerente Comercial Adjunto</i> Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin 4633 LIUNA Way, Suite 101 DeForest, Wisconsin 53532</p>	<p>Dan Voss Miron Construction 1471 McMahon Drive Neenah, Wisconsin 54956</p>
<p>Tony Neira <i>Gerente Comercial</i> Sindicato de Trabajadores Local #113 6310 West Appleton Avenue Milwaukee, Wisconsin 53210-1443</p>	<p>Mary Wilcox, CPA Super Excavators, Inc. N59 W14601 Bobolink Ave. Menomonee Falls, Wisconsin 53051</p>
<p>James Foye <i>Gerente Comercial</i> Sindicato de Trabajadores Local 464 1438 N Stoughton Rd Madison WI 53714-1242</p>	<p>Dan Cullen JP Cullen 330 E Delavan Dr. Janesville, Wisconsin 53547</p>
<p>Philip Thompson <i>Asesor del Fondo</i> Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin 4633 LIUNA Way, Suite 101 DeForest, Wisconsin 53532</p>	<p>Matthew L. Marcellis Asociación Aliada de Empleadores de Construcción 17100 W. Blue Mound Road, Ste. 102 Brookfield, WI 53005</p>

Consultor del Fondo

Segal Consulting
101 North Wacker Drive, Suite 500
Chicago, Illinois 60606-1724

Gerente Administrativo

BeneSys, Inc.

Abogados del Fondo

Reinhart Boerner Van Deuren, S.C.
1000 North Water Street,
Suite 1700
Milwaukee, Wisconsin
53202-3186

The Previant Law Firm, S.C.
310 West Wisconsin Avenue,
Suite 100MW
Milwaukee, Wisconsin
53212-3958

Administrador

Junta Directiva

Estimado participante:

La Junta Directiva (los Fideicomisarios) del Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin (el Fondo o el Fondo de Salud) se complace en brindarle beneficios integrales de salud y bienestar. Evaluamos en forma continua los beneficios proporcionados y buscamos oportunidades para mejorarlos mientras mantenemos un fondo sólido en lo financiero.

En el documento del Plan del fondo de salud (el Plan o el Documento del Plan) se ofrecen los siguientes beneficios de atención médica, según corresponda:

- beneficios médicos integrales principales, incluidos beneficios de trasplante de órganos, quiroprácticos, de salud en el hogar, de programa de cuidados paliativos y de bienestar;
- medicamentos recetados;
- odontológicos;
- oftalmológicos;
- de audífonos; y
- por discapacidad.

Consulte el *Programa de beneficios* correspondiente, que comienza en la página 2, para determinar qué beneficios les corresponden a usted y su familia.

Acerca de este folleto

Este folleto de descripción resumida del plan (DRP) tiene como objetivo hacerle entender los beneficios del plan a partir de 1 de enero de 2021. Esta DRP, que incluye todos los cambios adoptados desde la edición anterior, reemplaza toda descripción existente.

Este folleto es fácil de entender e incluye descripciones de las normas de elegibilidad y los beneficios del plan. Hemos tratado de organizar la información de una manera que le resulte útil. El folleto contiene varias secciones, que son:

- un **programa de beneficios** que le brinda una breve descripción general de todos los beneficios disponibles para usted mediante el fondo, además de información de contacto importante;
- una **sección sobre elegibilidad**, donde se le informa cómo se convierte en participante del plan, quiénes en su familia son elegibles para la cobertura, qué debe hacer para seguir siendo elegible, cuándo finaliza la cobertura y qué debe hacer para restablecer su elegibilidad;
- diversas secciones en las que se brinda información detallada sobre los **diferentes tipos de cobertura** proporcionados en el plan, incluidos cobertura médica, de trasplante de órganos, de medicamentos recetados, odontológicos, oftalmológicos, de audífonos, por discapacidad y por fallecimiento;
- una **sección de “cómo hacer” la presentación de reclamaciones**, que incluye qué debe hacer si le rechazan una reclamación;
- una **sección de información administrativa**, con información general del plan y sus derechos como participante en él;
- una **sección de definiciones** donde figuran palabras importantes que se utilizan en este folleto: si no está familiarizado con los términos y expresiones, revise esta sección. Varias de las palabras y frases definidas en la sección de definiciones están escritas con mayúscula algunas veces a lo largo de este folleto.

Declaración de Condición de Derechos Adquiridos

En el Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin creemos que este es un “plan de salud con derechos adquiridos” conforme a la Ley de Protección al Paciente y Atención de Salud Asequible (la Ley de Atención de Salud Asequible). Según lo permitido por esa ley, un plan de salud con derechos adquiridos puede preservar cierta cobertura de salud básica que ya estaba en vigor cuando se promulgó la ley. Que se trate de un plan de salud con derechos adquiridos significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones al consumidor de la ley mencionada que se aplican a otros planes, como por ejemplo el requisito para la prestación de servicios de salud preventivos sin costo compartido. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir con algunas otras protecciones al consumidor de la Ley de Atención Asequible, como eliminación de los límites de por vida en los beneficios.

Las preguntas sobre qué protecciones se aplican y cuáles no a un plan de salud con derechos adquiridos, y qué podría hacer que un plan cambiara de esa condición, se pueden dirigir al administrador del plan al 608-846-1742 o al 800-397-3373. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU. al 866-444-3272 o en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>. En este sitio web hay una tabla en la que se resumen las protecciones que se aplican a los planes de salud con derechos adquiridos y las que no.

Nota final

Lo alentamos a leer esta información y compartirla con su Cónyuge o Pareja de Hecho declarada. Además, le recomendamos que guarde este folleto con sus documentos importantes para que pueda consultarlo y actualizarlo cuando sea necesario.

Si tiene preguntas sobre este folleto o el plan en general, comuníquese con la oficina del Fondo al 608-846-1742 o al 800-397-3373.

Atentamente,
Junta Directiva

Este folleto no es el documento legal del plan del Fondo de Salud. Solo en el documento del plan del fondo de salud (las normas y reglamentaciones) se establecen los derechos legales, los privilegios y las obligaciones. Si existe un conflicto o inconsistencia entre las disposiciones del documento del plan y este folleto, prevalecerá el documento del Plan del Fondo de Salud.

Nada en esta descripción resumida tiene la intención de interpretar, extender o cambiar de alguna manera las disposiciones expresadas en el documento del plan y el Contrato de Fideicomiso. La intención de los Fideicomisarios es que este plan continúe en forma indefinida, sujeto a las disposiciones del artículo VIII de ese contrato. Los Fideicomisarios tienen la facultad y se reservan el derecho de enmendar, modificar o descontinuar todo o parte de este plan en cualquier momento, a su criterio, si las condiciones así lo justifican. Dicha acción puede llevarse a cabo por mayoría de votos en una asamblea programada en forma habitual de la Junta Directiva. Los fideicomisarios también pueden interpretar a su criterio las disposiciones del plan, esta DRP o cualquier otra disposición relacionada con la operación del Plan. Ningún empleador ni representante sindical está autorizado a realizar declaraciones en nombre del plan.

TABLA DE CONTENIDO

Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin.....	i
Junta Directiva.....	i
Consultor del Fondo	i
Gerente Administrativo	i
Abogados del Fondo	i
Administrador	i
Tabla de contenido.....	iv
Información de Contacto Importante.....	1
Programa de Beneficios	2
Plan normal (empleados activos y familiares a cargo)	2
Plan básico (empleados activos en condición de pago personal y familiares a cargo).....	8
Plan de jubilados (jubilados y familiares a cargo no elegibles para Medicare)	10
Plan de jubilados elegibles para Medicare (jubilados elegibles para Medicare y familiares a cargo)	15
Elegibilidad y cobertura: Empleados activos	19
Elegibilidad inicial.....	19
Elegibilidad continua.....	19
Requisitos especiales para empleados sin convenio laboral	20
Requisitos especiales para exempleados.....	21
Personas transferidas de otros Fondos de Salud de Wisconsin.....	21
Cobertura de familiares a cargo.....	21
Cuándo termina la cobertura	21
Restablecimiento de la elegibilidad	22
Rescisión de la cobertura	23
Inscripción especial	23
Opción de pago personal	24
Elegibilidad y cobertura: Jubilados no elegibles para Medicare	25
Beneficios del Fondo de Salud	25
Requisitos generales de elegibilidad	25
Elección de cobertura	26
Programa de entrada y salida para jubilados	26
Programa de asignación de aportes	27
Cuándo termina la cobertura.....	29
Elegibilidad y cobertura: Jubilados elegibles para Medicare.....	30
Elegibilidad	30
Beneficios médicos y de medicamentos recetados.....	30
Disposición de exclusión.....	30

Beneficios odontológicos	30
Beneficios de audífonos, de atención oftalmológica y por fallecimiento.....	31
Programa de asignación de aportes	31
Continuación de cobertura por eventos de la vida	32
Si queda discapacitado	32
Si presta servicio en el ejército.....	32
Si toma licencia por motivos familiares o médicos (FMLA)	34
Si experimenta un evento que califica (continuación de cobertura de COBRA)	35
Beneficios Médicos Principales Integrales (empleados activos, jubilados que no reúnen los requisitos para Medicare, y familiares a cargo)	39
Cómo funciona el plan	39
Beneficios y programas de bienestar	43
Gastos cubiertos	47
Gastos no cubiertos por los beneficios médicos principales integrales.....	54
Beneficios de trasplante de órganos (empleados activos, jubilados no Medicare, y familiares a cargo)	55
Cómo funciona el plan	55
Gastos no cubiertos por los Beneficios de Trasplante de Órganos	56
Beneficios de medicamentos recetados (empleados activos, jubilados no elegibles para Medicare, y familiares a cargo)	57
Plan de medicamentos recetados de Medicare	57
Beneficios para empleados activos, jubilados no elegibles para Medicare, y familiares a cargo	57
Requisitos del Plan.....	57
Programa de tarjetas para medicamentos recetados	60
Programa de pedidos por correo	60
Pagos personales para servicios.....	61
Coordinación de beneficios de medicamentos recetados para participantes de Sav-Rx	61
Bonificación de coordinación de beneficios de medicamentos recetados.....	62
Gastos cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados	62
Gastos no cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados.....	62
Estándar de atención para uso de medicamentos no autorizados	63
Beneficios odontológicos (empleados activos y familiares a cargo).....	64
CarePlus y Delta Dental de Wisconsin	64
Beneficios odontológicos pagaderos	65
Limitaciones de beneficios odontológicos.....	67
Gastos no cubiertos por los beneficios odontológicos	67
Beneficio odontológico para jubilados.....	68

Beneficios oftalmológicos (empleados activos, jubilados y familiares a cargo).....	69
Beneficios oftalmológicos de rutina	69
Cómo funciona el programa oftalmológico	69
Beneficios oftalmológicos pagaderos	70
Programa de anteojos de seguridad de EyeMed.....	70
Gastos no cubiertos por beneficios oftalmológicos.....	70
Beneficios de audífonos (empleados activos, jubilados y familiares a cargo)	71
Beneficios de audífonos pagaderos.....	71
Gastos no cubiertos por beneficios de audífonos del plan.....	71
Programa de servicios de EPIC Hearing Healthcare.....	71
Programa de servicios auditivos de Amplifon	72
Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA).....	73
Elegibilidad	73
Establecer la cuenta	73
Aportes.....	73
Saldo de su cuenta HRA.....	74
Elegibilidad continua.....	74
Cuándo finaliza la elegibilidad	75
Saldo de su cuenta HRA después de terminada su elegibilidad como empleado activo	76
Exclusión voluntaria de la cobertura del HRA	76
Gastos reembolsables y no reembolsables	77
Cómo usar su tarjeta de débito del HRA.....	79
Procedimientos para reclamaciones y reembolsos	79
En caso de muerte o lesión grave (empleados activos y jubilados).....	81
Beneficio semanal por accidente y enfermedad.....	81
Beneficio por fallecimiento	82
Beneficio por muerte accidental y desmembramiento.....	83
Exclusiones y limitaciones generales.....	84
Procedimientos para presentación de reclamaciones y apelaciones.....	87
Cuándo se pagan los beneficios.....	87
Decisiones sobre reclamaciones médicas.....	87
Reclamaciones de beneficios semanales por accidente y enfermedad	88
Reclamaciones de beneficios por fallecimiento y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	89
Aviso de denegación de reclamación o determinación adversa de beneficios	89
Pago de beneficios	92

Coordinación de beneficios	93
Coordinación de beneficios con planes que no sean Medicare o Medicaid	93
Disposición de subplan	94
Coordinación de beneficios con Medicare	94
Coordinación de beneficios con la parte D de Medicare	95
Coordinación de beneficios con Medicare (jubilados elegibles para Medicare).....	95
Coordinación de beneficios con Medicaid	95
Subrogación y reembolso	95
Pagos en exceso y erróneos.....	97
Prohibición de cesión a proveedores.....	97
Uso y divulgación del Plan de su información de salud protegida (ISP).....	98
Información administrativa	101
Derechos en virtud de la ERISA.....	103
Definiciones	105

INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE

Para Obtener Información Sobre	Contacto	En
elegibilidad, programa de exámenes médicos y biométricos, beneficios oftalmológicos, audífonos, discapacidad y fallecimiento	Oficina del Fondo <ul style="list-style-type: none"> • Reclamaciones • Elegibilidad 	608-846-1742 800-397-3373 608-842-9101 608-842-9102
proveedores dentro de la red (dentro y fuera de Wisconsin)	Anthem Blue Cross and Blue Shield	800-810-2583 www.anthem.com
Programa de Asistencia al Empleado	Anthem Blue Cross and Blue Shield	800-865-1044 www.AnthemEAP.com
trasplante de órganos	Oficina del Fondo	608-846-1742 800-397-3373
programa de medicamentos recetados (trabajadores en actividad y jubilados no afiliados a Medicare)	Sav-Rx	800-228-3108 www.savrx.com Aplicación para teléfono Sav-RX
elegibilidad y beneficios médicos (solo para jubilados elegibles para Medicare)	Plan PPO Medicare Advantage de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare	800-457-8506
programa de medicamentos recetados (solo para jubilados elegibles para Medicare)	Medicare Rx para grupos de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare	800-457-8506
<ul style="list-style-type: none"> • decisiones de cobertura aceleradas • farmacia minorista • farmacia de pedidos por correo 	Medicare Rx para grupos de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare OptumRx®	866-691-8209 888-216-4085
proveedores de servicios odontológicos, beneficios y administración de reclamaciones (trabajadores activos, jubilados sin Medicare y jubilados elegibles para Medicare)	CarePlus Delta Dental	800-318-7007 www.careplusdentalplans.com 800-236-3712 www.deltadentalwi.com Aplicación para teléfono Delta Dental
beneficios de audífonos	Epic Hearing Health Care Amplifon Hearing Health Care	877-606-3742 www.epichearing.com 866-674-3979 www.amplifonusa.com/wilaborers
beneficios oftalmológicos y administración de reclamaciones (trabajadores activos, jubilados sin Medicare y jubilados elegibles para Medicare)	EyeMed	866-800-5457 www.eyemed.com (red Insight) Aplicación para teléfono EyeMed

PROGRAMA DE BENEFICIOS

Plan normal (empleados activos y familiares a cargo)

El plan normal está disponible para los empleados activos y sus familiares a cargo.

Beneficio Médico Integral Principal	Lo Que Paga y Limitaciones Aplicables (Monto de Coseguro Basado en el Cargo Permitido)
Deducible por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre)	Usted paga: \$300 por persona; \$600 por familia
Deducible por sala de emergencias	Usted paga \$100 por persona No se aplica el deducible si lo admiten en el hospital como paciente en cama durante al menos un día dentro de los tres días consecutivos después de visitar la sala de emergencias
Copago por visita al consultorio de un médico o especialista dentro de la red	Usted paga \$15 (no se aplica para proveedores fuera de la red)
Coseguro <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor dentro de la red • Proveedor fuera de la red 	Usted paga el 10% Usted paga el 40%
<p>En ciertos casos, se puede aplicar un coseguro o copago diferente, como se muestra más adelante en este programa.</p> <p>El plan paga la tarifa del proveedor dentro de la red de servicios de atención de emergencia cubiertos, independientemente de si el establecimiento y el médico tratante están en la red PPO o POS de Anthem Blue Cross and Blue Shield.</p> <p>Entre el 1 de marzo de 2020 y la fecha en que finalice la emergencia de salud pública por COVID-19 declarada por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos, las visitas virtuales o por telesalud se pueden utilizar para todas las visitas al consultorio del proveedor. Esas visitas tendrán cobertura de acuerdo con este programa de beneficios, pero las visitas al consultorio relacionadas con pruebas de diagnóstico para COVID-19 se cubrirán sin costo compartido.</p>	
Máximo de gastos de bolsillo por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre) <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor dentro de la red • Proveedor fuera de la red 	Usted paga hasta \$4,500 por familia Usted paga hasta \$10,000 por familia
<p>No se incluyen en el máximo de gastos de bolsillo primas, copagos, deducibles, facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.</p>	
Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor dentro de la red • Proveedor fuera de la red 	Usted paga \$0 Usted paga 40 %, después del deducible por año calendario

Disposiciones de Beneficios Especiales y Limitaciones

Servicios de radiólogo, patólogo y anesthesiólogo <ul style="list-style-type: none"> • brindados en un establecimiento dentro de la red • brindados en un establecimiento fuera de la red 	Usted paga el 10% Usted paga el 40%
Atención médica en el hogar <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de visitas 	Usted paga el coseguro correspondiente (10%; 40%) 40 visitas en un período de 12 meses consecutivos; los costos semanales no deben superar el costo semanal por confinamiento en un centro de enfermería especializada

Disposiciones de Beneficios Especiales y Limitaciones	
<p>Atención de enfermería especializada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de beneficio diario por habitación • Máximo de período de beneficio 	<p>Usted paga el coseguro correspondiente (10%; 40%)</p> <p>Establecido por el organismo local que entrega licencias</p> <p>60 días por confinamiento, concurrente con cualquier otra cobertura de salud</p>
<p>Centro de rehabilitación diurno para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de visitas de por vida 	<p>Usted paga el coseguro correspondiente (10%; 40%)</p> <p>30 visitas</p>
<p>Coseguro de cuidados paliativos</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>Servicios de ambulancia médicamente necesarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro 	<p>Usted paga el 10 %</p>
<p>Programa de educación sobre diabetes</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p>Programa de exámenes biométricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted y su Cónyuge o Pareja de Hecho pueden tener derecho a una exención del deducible o pueden elegir recibir una tarjeta de regalo si se cumplen ciertas condiciones.</p>
<p>Programa de Asistencia al Empleado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Sesiones de asesoramiento cara a cara o en video en línea por LiveHealth Online (tres sesiones por persona cubierta por tema)</p> <p>Una consulta legal (hasta 30 minutos por tema por año de beneficios)</p> <p>Consultas financieras telefónicas</p> <p>Acceso ilimitado al sitio web del PAE</p>
<p>Beneficios de Salud Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro de tratamiento a paciente hospitalizado • Coseguro de tratamiento ambulatorio 	<p>Usted paga:</p> <p>10%</p> <p>\$0; sin cargo por LiveHealth en línea</p>
<p>Beneficios por abuso de sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro de tratamiento a paciente hospitalizado <ul style="list-style-type: none"> – Primera incidencia – Segunda incidencia y subsiguientes • Coseguro de tratamiento ambulatorio 	<p>Usted paga:</p> <p>\$0</p> <p>10 %</p> <p>\$0; sin cargo por LiveHealth en línea</p>
<p>Beneficios de ATM (articulación temporomandibular)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro 	<p>You pay 50%</p>
<p>Beneficio de asistencia para dejar de fumar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de asesoramiento para dejar de fumar • Productos para dejar de fumar 	<p>Solo para participantes, cónyuges y parejas de hecho</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Cubierto por el programa de medicamentos recetados</p>
<p>Cirugía ortognática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro • Máximo de por vida 	<p>Usted paga:</p> <p>50%</p> <p>\$10,000</p>
<p>Beneficios quiroprácticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de beneficios • Máximo de visitas por año calendario • Radiografías 	<p>El plan paga un máximo de \$75 por visita</p> <p>26</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>Pruebas genéticas de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo por año calendario 	<p>\$2,500 por persona</p>

Disposiciones de Beneficios Especiales y Limitaciones

Coseguro de cobertura odontológica por accidente (Delta)	Usted paga:
• Cuando se utiliza el proveedor de Delta Dental	15%
• Cuando no se utiliza el proveedor de Delta Dental	30%

Coseguro de cobertura odontológica por accidente (CarePlus)	Usted paga:
• Cuando se utiliza el proveedor de CarePlus	0%
• Cuando no se utiliza CarePlus	100%

Beneficio de Trasplante de Órganos	Lo Que Pagan Usted y el Plan (Comuníquese con la oficina del fondo antes de atención de trasplante. El plan solo cubre atención recibida en un establecimiento de la red LifeTrac)
Máximo de gastos de bolsillo*	Usted paga \$10,000 por trasplante de órgano
Beneficio de obtención de órganos	El plan paga \$15,000
Beneficio de traslado**	Cubierto al 100 %
Deducible	Usted paga \$300 por trasplante
Coseguro	Usted paga el 10 %
Medicamentos inmunosupresores pedidos por correo (suministro para 90 días)	Usted paga:
• Medicamento genérico	\$16
• Medicamento de marca incluido en la lista de medicamentos permitidos	\$50
• Medicamento de marca no incluido en la lista de medicamentos permitidos	\$80
* El máximo de gastos de bolsillo incluye el deducible de trasplante.	
**Costos de traslado, alojamiento temporal y comidas para un adulto (o dos personas si el paciente es menor de 18 años) cuando el paciente debe viajar 100 millas o más para recibir atención. Consulte a su asesor fiscal sobre el estado impositivo de la cobertura del plan para alojamiento temporal y comidas.	

Beneficio de Medicamentos Recetados	Lo Que Paga
Programa de tarjetas de medicamentos recetados (suministro para 30 días)	Usted paga:
• Medicamento genérico	\$8
• Medicamento de marca incluido en la lista de medicamentos permitidos*	\$25
• Medicamento de marca no incluido en la lista de medicamentos permitidos*	\$40
*Si solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, debe pagar el copago de marca más la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.	
Programa de pedidos por correo (suministro para 90 días)	Usted paga:
• Medicamento genérico	\$16
• Medicamento de marca incluido en la lista de medicamentos permitidos*	\$50
• Medicamento de marca no incluido en la lista de medicamentos permitidos*	\$80
* Si solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, debe pagar el copago de marca más la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.	

Beneficio Odontológico	Lo Que Pagan Usted y el Plan (Los gastos cubiertos se pagan según el cargo permitido)	
	Plan CarePlus	PPO Delta Dental
Máximo anual	\$2,500 (limpiezas y exámenes no se aplican al máximo anual)	\$2,000 (para personas de 19 años o más)
Deducible por año calendario	Usted paga 0%, sin deducible	Usted paga: \$25 por persona; \$75 por familia
Diagnóstico: exámenes orales, radiografías	Usted paga 0%, sin deducible	Usted paga 0%, sin deducible
Prevención: limpiezas, fluoruro, tratamientos, selladores, mantenedores de espacio	Usted paga 0%, sin deducible	Usted paga 0%, sin deducible
Restauración: amalgama y empastes compuestos	Usted paga 0%, sin deducible	Usted paga 15%
Coronas	Usted paga 0%, sin deducible	Usted paga 15%
Prostodoncia: dentaduras postizas completas y parciales, revestimiento y reparación de dentaduras postizas, fijas	Usted paga 0%, sin deducible	Usted paga 15%
Endodoncia: tratamiento de conducto y terapia	Usted paga 0%, sin deducible	Usted paga 15%
Periodoncia: limpieza de sarro y cepillado de raíz, gingivectomía	Usted paga 0%, sin deducible (no duplica la cobertura médica)	Usted paga 15% (no duplica la cobertura médica)
Cirugía oral: extracciones quirúrgicas	Usted paga 0%, sin deducible (no duplica la cobertura médica)	Usted paga 15% (no duplica la cobertura médica)
Implantes	Usted paga 80%	Usted paga 15%
Beneficio máximo de ortodoncia de por vida	\$2,500 50%	\$2,000 50% (para personas de 19 años o más)

Beneficio Oftalmológico	Beneficio Oftalmológico (Dentro De La Red) Usted Paga, El Plan Paga	Beneficio Oftalmológico (Fuera De La Red) El Plan Paga
Máximo de beneficio anual para reembolso de costos oftalmológicos de bolsillo (servicios y suministros dentro y fuera de la red combinados)	Hasta \$250 combinado con servicios fuera de la red	Hasta \$250 combinado con servicios dentro de la red
Examen con dilatación (una vez por año calendario)	Sin cargo	Hasta \$45
Retinografía	Copago de hasta \$39	Ninguno
Lentes de contacto en lugar de anteojos (una vez cada dos años calendario, solo materiales)		
<ul style="list-style-type: none"> • Convencionales 	Asignación de \$130 + 15% de descuento en la asignación	Hasta \$104
<ul style="list-style-type: none"> • Desechables 	Asignación de \$130	Hasta \$104
<ul style="list-style-type: none"> • Médicamente necesarias 	Sin cargo	Hasta \$210

Beneficio Oftalmológico: Anteojos de Seguridad	Beneficio Oftalmológico: Anteojos de Seguridad (dentro de la red) Usted Paga	Beneficio Oftalmológico: Anteojos de Seguridad (fuera de la red) El Plan Paga*
Anteojos de seguridad con lentes de plástico estándar <ul style="list-style-type: none"> • Monofocales • Bifocales • Trifocales • Lenticulares • Lente progresiva estándar • Progresivos especiales de nivel 1 • Progresivos especiales de nivel 2 • Progresivos especiales de nivel 3 • Progresivos especiales de nivel 4 	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$65 Copago de \$85 Copago de \$95 Copago de \$110 Copago de \$65, 20 % de descuento en el cargo menos \$120 de asignación	Hasta \$30 Hasta \$50 Hasta \$70 Hasta \$70 Hasta \$50 Hasta \$50 Hasta \$50 Hasta \$50 Hasta \$50
Anteojos de seguridad: opciones de lentes <ul style="list-style-type: none"> • Con tratamiento UV • Tinte (liso y degradado) • Con recubrimiento plástico estándar contra rayones • Policarbonato estándar (19 años o más) • Con recubrimiento antirreflejo estándar • Antirreflejo especial de nivel 1 • Antirreflejo especial de nivel 2 • Antirreflejo especial de nivel 3 • Transiciones fotocromáticas • Otros complementos 	\$15 \$15 \$15 Copago de \$0 \$45 \$57 \$68 20 % de descuento en el precio minorista \$75 20% de descuento en el precio minorista	N/C N/C N/C Hasta \$28 N/C N/C N/C N/C
Anteojos de seguridad: beneficio de pares adicionales	Los miembros también reciben un 20 % de descuento en la compra de un par completo de anteojos una vez que se ha utilizado el beneficio cubierto.	N/C
Frecuencia de anteojos de seguridad <ul style="list-style-type: none"> • Lentes • Marco 	Una vez cada 12 meses Una vez cada 12 meses	

*El reembolso de los servicios fuera de la red será el menor entre el monto indicado o el costo real del proveedor fuera de la red. En ciertos estados, se le puede exigir pagar la tarifa minorista completa y no la de descuento negociada con ciertos proveedores participantes. Consulte el localizador de proveedores en línea de EyeMed en www.eyemedvisioncare.com para determinar qué proveedores participantes han aceptado la tarifa con descuento.

Beneficio de Audífonos	El Plan Paga
Máximo de beneficios	El plan paga hasta \$2,000 cada cinco años
Beneficio Semanal por Accidente y Enfermedad	Solo Empleado Activo
Monto de beneficio semanal	\$300
Cantidad máxima de semanas	19 semanas por período de Discapacidad Certificada

Beneficio Semanal por Accidente y Enfermedad	Solo Empleado Activo
Beneficio por maternidad	El plan paga un beneficio semanal de \$800 en relación con un nacimiento vivo para empleadas activas elegibles.
Máximo de beneficios	Pagadero por seis (6) semanas por niño nacido vivo en parto tradicional y ocho (8) semanas en cesárea
Beneficio por Fallecimiento	Solo Empleado Activo
Monto del beneficio	\$12,000
Beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento	Solo Empleado Activo
Monto máximo del beneficio	\$12,000

Plan básico (empleados activos en condición de pago personal y familiares a cargo)

El plan básico es un programa opcional de costo reducido disponible para empleados activos en condición de pago personal y sus familiares a cargo.

Beneficio Médico Integral Principal	Lo Que Paga y Limitaciones Aplicables (Monto De Coseguro Basado en el Cargo Permitido)
Deducible por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre)	Usted paga: \$350 por persona; \$700 por familia
Deducible por sala de emergencias	Usted paga \$100 por persona No se aplica el deducible si lo admiten en el hospital como paciente en cama durante al menos un día dentro de los tres días consecutivos después de visitar la sala de emergencias
Copago por visita al consultorio de un médico o especialista dentro de la red	Usted paga \$20 (no se aplica a proveedores fuera de la red)
Coseguro <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor dentro de la red • Proveedor fuera de la red 	Usted paga 30% Usted paga el 40%
En ciertos casos, se puede aplicar un coseguro o copago diferente, como se muestra más adelante en este programa. El plan paga la tarifa del proveedor dentro de la red de servicios de atención de emergencia cubiertos, independientemente de si el establecimiento y el médico tratante están en la red PPO o POS de Anthem Blue Cross and Blue Shield.	
Máximo de gastos de bolsillo por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre) <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor dentro de la red • Proveedor fuera de la red 	Usted paga hasta \$12,500 por familia Usted paga hasta \$25,000 por familia
No se incluyen en el máximo de gastos de bolsillo primas, copagos, deducibles, facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	
Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor dentro de la red • Proveedor fuera de la red 	Usted paga 30%, después del deducible Usted paga 40%, después del deducible

Disposiciones de Beneficios Especiales y Limitaciones

Servicios de radiólogo, patólogo y anesthesiólogo <ul style="list-style-type: none"> • brindados en un establecimiento dentro de la red • brindados en un establecimiento fuera de la red 	Usted paga 30% Usted paga el 40%
---	-------------------------------------

Disposiciones de Beneficios Especiales y Limitaciones

<p>Atención médica en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de visitas 	<p>Usted paga el coseguro correspondiente (30%; 40%)</p> <p>40 visitas en un periodo de 12 meses consecutivos; los costos semanales no deben superar el costo semanal por confinamiento en un centro de enfermería especializada</p>
<p>Atención de enfermería especializada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de beneficio diario por habitación • Máximo de periodo de beneficio 	<p>Usted paga el coseguro correspondiente (30%; 40%)</p> <p>Establecido por el organismo local que entrega licencias</p> <p>60 días por confinamiento, concurrente con cualquier otra cobertura de salud</p>
<p>Centro de rehabilitación diurno para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de visitas de por vida 	<p>Usted paga el coseguro correspondiente (30%; 40%)</p> <p>30 visitas</p>
<p>Servicios de ambulancia médicamente necesarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro 	<p>Usted paga 30%</p>
<p>Programa de educación sobre diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de por vida 	<p>Usted paga \$0</p>
<p>Programa de exámenes biométricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted y su Cónyuge o Pareja de Hecho pueden tener derecho a una exención del deducible o pueden elegir recibir una tarjeta de regalo si se cumplen ciertas condiciones.</p>
<p>Programa de Asistencia al Empleado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Sesiones de asesoramiento cara a cara o en video en línea por LiveHealth Online (tres sesiones por persona cubierta por tema)</p> <p>Una consulta legal (hasta 30 minutos por tema por año de beneficios)</p> <p>Consultas financieras telefónicas</p> <p>Acceso ilimitado al sitio web del PAE</p>
<p>Beneficios de Salud Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro de tratamiento a paciente hospitalizado • Coseguro de tratamiento ambulatorio 	<p>Usted paga:</p> <p>25%</p> <p>\$0; sin cargo por LiveHealth en línea</p>
<p>Beneficios por abuso de sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro de tratamiento a paciente hospitalizado <ul style="list-style-type: none"> – Primera incidencia – Segunda incidencia y subsiguientes • Coseguro de tratamiento ambulatorio 	<p>Usted paga:</p> <p>\$0</p> <p>25%</p> <p>\$0; sin cargo por LiveHealth en línea</p>
<p>Beneficio de asistencia para dejar de fumar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de asesoramiento para dejar de fumar <ul style="list-style-type: none"> – Proveedor dentro de la red – Proveedor fuera de la red • Productos para dejar de fumar 	<p>Solo para participantes, cónyuges y parejas de hecho</p> <p>Usted paga:</p> <p>30 %</p> <p>40 %</p> <p>Cubierto por el beneficio de medicamentos recetados</p>
<p>Pruebas genéticas de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo por año calendario 	<p>El plan paga hasta \$2,500 por persona</p>

Beneficio de Trasplante de Órganos	Lo Que Pagan Usted y el Plan (Comuníquese con la oficina del fondo antes de atención de trasplante. El plan solo cubre atención recibida en un establecimiento de la red LifeTrac)
Máximo de gastos de bolsillo*	Usted paga \$10,000 por trasplante de órgano
Beneficio de obtención de órganos	El plan paga hasta \$15,000
Coseguro de beneficio de traslado**	Cubierto al 100%
Deducible	Usted paga \$300 por trasplante
Coseguro	Usted paga el 10 %
Medicamentos inmunosupresores pedidos por correo (suministro para 90 días)	Usted paga:
• Medicamento genérico	\$16
• Medicamento de marca incluido en la lista de medicamentos permitidos	\$50
• Medicamento de marca no incluido en la lista de medicamentos permitidos	\$80
* El máximo de gastos de bolsillo incluye el deducible de trasplante.	
**Costos de traslado, alojamiento temporal y comidas para un adulto (o dos personas si el paciente es menor de 18 años) cuando el paciente debe viajar 100 millas o más para recibir atención. Consulte a su asesor fiscal sobre el estado impositivo de la cobertura del plan para alojamiento temporal y comidas.	

Beneficio de Medicamentos Recetados	Lo Que Paga
Programa de tarjetas de medicamentos recetados (suministro para 30 días)	Usted paga:
• Medicamento genérico	\$8
• Medicamento de marca incluido en la lista de medicamentos permitidos*	\$25
• Medicamento de marca no incluido en la lista de medicamentos permitidos*	\$40
*Si solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, debe pagar el copago de marca más la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.	
Programa de pedidos por correo (suministro para 90 días)	Usted paga:
• Medicamento genérico	\$16
• Medicamento de marca incluido en la lista de medicamentos permitidos*	\$50
• Medicamento de marca no incluido en la lista de medicamentos permitidos*	\$80
*Si solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, debe pagar el copago de marca más la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.	

Plan de jubilados (jubilados y familiares a cargo no elegibles para Medicare)

El plan de jubilados está disponible para empleados jubilados que no son elegibles para Medicare y sus familiares a cargo. Todos los beneficios odontológicos están asegurados en su totalidad por Delta Dental, y su nombre e información de contacto se encuentran en la página 1 de este documento. Si esta sección se aparta del certificado de coberturas y resumen de beneficios elaborado por las compañías de seguros, prevalecerán los documentos de las compañías. Comuníquese con la oficina del Fondo para obtener una copia de los documentos de cobertura del seguro.

Beneficio Médico Integral Principal	Lo Que Paga y Limitaciones Aplicables (Monto de coseguro basado en el cargo permitido)
Deducible por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre)	Usted paga: \$300 por persona; \$600 por familia
Deducible por sala de emergencias	Usted paga \$100 por persona No se aplica el deducible si lo admiten en el hospital como paciente en cama durante al menos un día dentro de los tres días consecutivos después de visitar la sala de emergencias
Copago por visita al consultorio de un médico o especialista dentro de la red	Usted paga \$15 (no se aplica a proveedores fuera de la red)
Coseguro <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor dentro de la red • Proveedor fuera de la red 	Usted paga el 10% Usted paga el 40%
En ciertos casos, se puede aplicar un coseguro o copago diferente, como se muestra más adelante en este programa. El plan paga la tarifa del proveedor dentro de la red de servicios de atención de emergencia cubiertos, independientemente de si el establecimiento y el médico tratante están en la red PPO o POS de Anthem Blue Cross and Blue Shield.	
Máximo de gastos de bolsillo por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre) <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor dentro de la red • Proveedor fuera de la red 	Usted paga hasta \$4,500 por familia Usted paga hasta \$10,000 por familia
No se incluyen en el máximo de gastos de bolsillo primas, copagos, deducibles, facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	
Atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor dentro de la red • Proveedor fuera de la red 	Usted paga \$0 Usted paga 40%, después del deducible por año calendario
Disposiciones de Beneficios Especiales y Limitaciones	
Servicios de radiólogo, patólogo y anesthesiólogo <ul style="list-style-type: none"> • brindados en un establecimiento dentro de la red • brindados en un establecimiento fuera de la red 	Usted paga el 10% Usted paga el 40%
Atención médica en el hogar <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de visitas 	Usted paga el coseguro correspondiente (10%; 40%) 40 visitas en un periodo de 12 meses consecutivos; los costos semanales no deben superar el costo semanal por confinamiento en un centro de enfermería especializada
Atención de enfermería especializada <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de beneficio diario por habitación • Máximo de periodo de beneficio 	Usted paga el coseguro correspondiente (10%; 40%) Establecido por el organismo local que entrega licencias 60 días por confinamiento, concurrente con cualquier otra cobertura de salud
Centro de rehabilitación diurno para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de visitas de por vida 	Usted paga el coseguro correspondiente (10%; 40%) 30 visitas
Coseguro de cuidados paliativos	Usted paga \$0
Servicios de ambulancia médicamente necesarios <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro 	Usted paga el 10 %

Disposiciones de Beneficios Especiales y Limitaciones	
Programa de educación sobre diabetes	Usted paga \$0
Programa de exámenes biométricos • Deducible	Usted paga \$0
Programa de Asistencia al Empleado • Beneficios	Usted paga \$0 Sesiones de asesoramiento cara a cara o en video en línea por LiveHealth Online (tres sesiones por persona cubierta por tema) Una consulta legal (hasta 30 minutos por tema por año de beneficios) Consultas financieras telefónicas Acceso ilimitado al sitio web del PAE
Beneficios de Salud Mental • Coseguro de tratamiento a paciente hospitalizado • Coseguro de tratamiento ambulatorio	Usted paga: 10% \$0; sin cargo por LiveHealth en línea
Beneficios por abuso de sustancias • Coseguro de tratamiento a paciente hospitalizado – Primera incidencia – Segunda incidencia y subsiguientes • Coseguro de tratamiento ambulatorio	Usted paga: \$0 10% 10%; no hay cargo por LiveHealth en línea
Beneficio de asistencia para dejar de fumar • Clases de asesoramiento para dejar de fumar • Productos para dejar de fumar	Solo para participantes, cónyuges y parejas de hecho Usted paga \$0 Cubierto por el programa de medicamentos recetados
Cirugía ortognática • Coseguro • Máximo de por vida	Usted paga 50% \$10,000
Beneficios quiroprácticos • Copago por visita al consultorio • Máximo de beneficios • Máximo de visitas por año calendario • Radiografías	Usted paga \$0 El plan paga un máximo de \$75 por visita 26 Usted paga \$0
Pruebas genéticas de diagnóstico • Máximo por año calendario	El plan paga hasta \$2,500 por persona

Lo Que Pagan Usted y el Plan (Comuníquese con la oficina del fondo antes de atención de trasplante. El plan solo cubre atención recibida en un establecimiento de la red LifeTrac.)	
Beneficio de Trasplante de Órganos	
Máximo de gastos de bolsillo*	Usted paga hasta \$10,000 por trasplante de órgano
Beneficio de obtención de órganos	El plan paga hasta \$15,000
Beneficio de traslado**	Cubierto al 100%
Deducible	Usted paga \$300 por trasplante
Coseguro	Usted paga el 10%

Beneficio de Trasplante de Órganos	Lo Que Pagan Usted y el Plan (Comuníquese con la oficina del fondo antes de atención de trasplante. El plan solo cubre atención recibida en un establecimiento de la red LifeTrac.)
Medicamentos inmunosupresores pedidos por correo (suministro para 90 días)	Usted paga:
• Medicamento genérico	\$16
• Medicamento de marca incluido en la lista de medicamentos permitidos	\$50
• Medicamento de marca no incluido en la lista de medicamentos permitidos	\$80
El máximo de gastos de bolsillo incluye el deducible de trasplante. **Costos de traslado, alojamiento temporal y comidas para un adulto (o dos personas si el paciente es menor de 18 años) cuando el paciente debe viajar 100 millas o más para recibir atención. Consulte a su asesor fiscal sobre el estado impositivo de la cobertura del plan para alojamiento temporal y comidas.	

Beneficio de Medicamentos Recetados	Lo Que Paga
Programa de tarjetas de medicamentos recetados (suministro para 30 días)	Usted paga:
• Medicamento genérico	\$8
• Medicamento de marca incluido en la lista de medicamentos permitidos*	\$25
• Medicamento de marca no incluido en la lista de medicamentos permitidos*	\$40
*Si solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, debe pagar el copago de marca más la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.	
Programa de pedidos por correo (suministro para 90 días)	Usted paga:
• Medicamento genérico	\$16
• Medicamento de marca incluido en la lista de medicamentos permitidos*	\$50
• Medicamento de marca no incluido en la lista de medicamentos permitidos*	\$80
*Si solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, debe pagar el copago de marca más la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el genérico.	

Beneficio Odontológico	Lo Que Pagan Usted y el Plan (los gastos cubiertos se pagan según el cargo permitido)
Deducible por año calendario	Usted paga: \$25 por persona con PPO Delta; \$50 por persona con Delta Premier; \$50 por persona con cualquier otro odontólogo
Coseguro	Usted paga
• Prevención y diagnóstico	0%, sin deducible
– PPO Delta	0%, sin deducible
– Delta Premier (o cualquier otro odontólogo)	Usted paga
• Implantes dentales	50%
– PPO Delta	50%
– Delta Premier (o cualquier otro odontólogo)	
Máximo por año calendario	El plan paga
• PPO Delta	Hasta \$1,200
• Delta Premier (o cualquier otro odontólogo)	Hasta \$1,000
Máximo de por vida en ortodoncia	El plan paga
• Hijos a cargo hasta los 26 años	50 % hasta \$1,000
– PPO Delta	50 % hasta \$750
– Delta Premier (o cualquier otro odontólogo)	

Beneficio Oftalmológico	Beneficio Oftalmológico (dentro de la red) Usted Paga, El Plan Paga	Beneficio Oftalmológico (fuera de la red) El Plan Paga
<ul style="list-style-type: none"> • Par de anteojos adicionales • Anteojos de sol no recetados • Artículos no cubiertos • Cirugía LASIK o PRK 	40 % de descuento 20 % de descuento 20 % de descuento 15 % de descuento	Ninguno Ninguno Ninguno Ninguno

Beneficio de Audífonos	El Plan Paga
Máximo de beneficios	El plan paga hasta \$2,000 cada cinco años
Beneficio por Fallecimiento	Solo Empleado Jubilado
Monto del beneficio	\$7,000

Plan de jubilados elegibles para Medicare (jubilados elegibles para Medicare y familiares a cargo)

Los beneficios médicos y de medicamentos recetados están disponibles para empleados jubilados elegibles para Medicare y sus familiares a cargo y tienen cobertura total. Los beneficios odontológicos también tienen cobertura total. Los beneficios oftalmológicos, de audición y por fallecimiento están autoasegurados.

En esta sección se describen los beneficios asegurados del plan grupal PPO Medicare Advantage de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare proporcionados por la compañía de seguros Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare en la póliza grupal número 15550, cuyo nombre e información de contacto se encuentran en la página 1 de este documento. Todos los beneficios odontológicos cuentan con cobertura total de Delta Dental cuyo nombre e información de contacto se encuentran en la página 1 de este documento. Si esta sección se aparta del certificado de coberturas y resumen de beneficios elaborado por las compañías de seguros, prevalecerán los documentos de las compañías. Comuníquese con la oficina del Fondo para obtener una copia de los documentos de cobertura del seguro.

Beneficio Médico Conforme a la Póliza Grupal Número 15550	Lo Que Paga y Limitaciones Aplicables
Deducible por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre)	\$0
Máximo de gastos de bolsillo por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre)	No paga nada por los servicios cubiertos por Medicare de cualquier proveedor.
Copago por visita al consultorio del médico o especialista	\$0
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio, servicios de radiología	\$0
Servicios preventivos si los cubre Medicare	\$0
Atención de emergencia y de urgencia	\$0
Hospital para pacientes hospitalizados	\$0
Cirugía ambulatoria	\$0
Rehabilitación ambulatoria (terapia física, ocupacional o del habla y del lenguaje)	\$0
Enfermería especializada	\$0 hasta 100 días
Servicios de radiología de diagnóstico (resonancias magnéticas, tomografías computadas)	\$0
Servicios de laboratorio	\$0
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0

Beneficio Médico Conforme a la Póliza Grupal Número 15550	Lo Que Paga y Limitaciones Aplicables
Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer)	\$0
Ambulancia	\$0
Atención de emergencia	\$0 (en todo el mundo)
Atención de urgencia	\$0 (en todo el mundo)
Examen físico de rutina	\$0 1 visita por año (límite combinado con servicios dentro y fuera de la red)
Equipos médicos duraderos	\$0
Acupuntura de rutina • Limitación	\$0 26 visitas al año (límite combinado dentro y fuera de la red)
Atención quiropráctica de rutina • Limitación	\$0 26 visitas al año (límite combinado dentro y fuera de la red)
Podiatría de rutina • Limitación	\$0 6 visitas al año (límite combinado dentro y fuera de la red)
Enfermería privada	\$0 Hasta \$5,000 al año
Programa de aptitud física Renew Active	Incluido
Comidas posteriores al alta	\$0 Cobertura de hasta 84 comidas entregadas a domicilio inmediatamente después de una hospitalización cuando lo deriva un administrador de casos. El beneficio se ofrece una vez al año mediante Mom's Meals NourishCare. Se aplican restricciones.
NurseLine (Línea de enfermería)	Hable con una enfermera registrada las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Visitas virtuales de salud conductual	Hable con profesionales de la salud mental por su computadora o dispositivos móviles. Busque proveedores en www.UHCRetiree.com .
Visitas virtuales al médico	Hable con profesionales de la salud por su computadora o dispositivos móviles. Busque proveedores en www.UHCRetiree.com .

Beneficio de Medicamentos Recetados	Lo Que Paga
Programa de tarjeta de medicamentos recetados • Medicamento de nivel 1 (genérico) • Medicamento de nivel 2 (marca preferida) • Medicamento de nivel 3 (marca no preferida) • Medicamento de nivel 4 (especializado)	Suministro para 30 días (minorista) Usted paga: \$8 \$25 \$40 \$40
Programa de pedidos por correo (suministro para 90 días) • Medicamento de nivel 1 (genérico) • Medicamento de nivel 2 (marca preferida) • Medicamento de nivel 3 (marca no preferida) • Medicamento de nivel 4 (especializado)	Usted paga: \$16 \$50 \$80 N/C

Beneficio de Medicamentos Recetados	Lo Que Paga
Etapa de brecha de cobertura	Después de que los costos totales de sus medicamentos alcancen el monto del periodo sin cobertura anual de la parte D de Medicare, el plan continúa pagando su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la suya.
Etapa de cobertura catastrófica	Después de que sus costos totales de bolsillo alcancen el monto anual de cobertura catastrófica de la parte D de Medicare, usted pagará un copago de \$0

Beneficio Odontológico	Lo Que Pagan Usted y el Plan (los gastos cubiertos se pagan según el cargo permitido)
Deducible por año calendario	Usted paga: \$25 por persona con PPO Delta; \$50 por persona con Delta Premier; \$50 por persona con cualquier otro odontólogo
Coseguro <ul style="list-style-type: none"> • Prevención y diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> – PPO Delta – Delta Premier (o cualquier otro odontólogo) • Implantes dentales <ul style="list-style-type: none"> – PPO Delta – Delta Premier (o cualquier otro odontólogo) 	Usted paga 0%, sin deducible 0%, sin deducible Usted paga 50% 50%
Máximo por año calendario <ul style="list-style-type: none"> • PPO Delta • Delta Premier (o cualquier otro odontólogo) 	El plan paga Hasta \$1,200 Hasta \$1,000
Máximo de por vida en ortodoncia <ul style="list-style-type: none"> • Hijos a cargo hasta los 26 años <ul style="list-style-type: none"> – PPO Delta – Delta Premier (o cualquier otro odontólogo) 	El plan paga 50% hasta \$1,000 50% hasta \$750

Beneficio Oftalmológico	Beneficio Oftalmológico (dentro de la red) El Plan Paga, Usted Paga	Beneficio Oftalmológico (fuera de la red) El Plan Paga
Máximo del beneficio anual para reembolso de costos de bolsillo (servicios y suministros dentro y fuera de la red combinados)	Hasta \$250 combinado con servicios fuera de la red	Hasta \$250 combinado con servicios dentro de la red
Examen con dilatación (una vez por año calendario)	Usted paga \$0	Hasta \$45
Retinografía	Copago de hasta \$39	Ninguno
Lentes de contacto en lugar de anteojos (una vez cada dos años calendario, solo materiales) <ul style="list-style-type: none"> • Convencionales • Desechables • Médicamente necesarias 	Asignación de \$130 + 15 % de descuento en la asignación Asignación de \$130 Sin cargo	Hasta \$104 Hasta \$104 Hasta \$110
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto <ul style="list-style-type: none"> • Ajuste estándar (dos seguimientos) • Ajuste especial (dos seguimientos) 	Copago de \$10 Copago de \$10; 10 % de descuento en el precio minorista y luego asignación de \$55 Asignación de \$130 + 20 % de descuento en la asignación	Hasta \$30 Hasta \$30 Hasta \$65

Beneficio Oftalmológico	Beneficio Oftalmológico (dentro de la red) El Plan Paga, Usted Paga	Beneficio Oftalmológico (fuera de la red) El Plan Paga
Asignación para marcos (una vez cada dos años calendario)		
Anteojos (una vez cada dos años calendario en lugar de lentes de contacto)		
<ul style="list-style-type: none"> • Monofocales • Bifocales • Trifocales • Lenticulares • Progresivos estándar • Progresivos especiales de nivel 1 • Progresivos especiales de nivel 2 • Progresivos especiales de nivel 3 • Progresivos especiales de nivel 4 • Antirreflejo estándar • Antirreflejo especial de nivel 1 • Antirreflejo especial de nivel 2 • Antirreflejo especial de nivel 3 • De policarbonato estándar • Con recubrimiento plástico estándar contra rayones • Con tratamiento UV • Tinte (liso y degradado) • Fotocromáticos (plástico) • Polarizados • Otros complementos y servicios, excluidos servicios profesionales y contactos 	<ul style="list-style-type: none"> Sin cargo Sin cargo Sin cargo Sin cargo Copago de \$55 Copago de \$85 Copago de \$95 Copago de \$110 Copago de \$175 Sin cargo Copago de \$12 Copago de \$23 Copago de \$85 Sin cargo Sin cargo Sin cargo Sin cargo Copago de \$75 20 % de descuento 20 % de descuento 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta \$25 Hasta \$40 Hasta \$55 Hasta \$55 Hasta \$40 Hasta \$40 Hasta \$40 Hasta \$40 Hasta \$40 Hasta \$5 Hasta \$5 Hasta \$5 Hasta \$5 Hasta \$24 Hasta \$9 Hasta \$9 Hasta \$9 Ninguno Ninguno Ninguno
Descuentos adicionales Freedom Pass	Sin cargo en marcos en Target cuando usa su asignación de marco disponible	
<ul style="list-style-type: none"> • Par de anteojos adicionales • Anteojos de sol no recetados • Artículos no cubiertos • Cirugía LASIK o PRK 	<ul style="list-style-type: none"> 40 % de descuento 20 % de descuento 20 % de descuento 15 % de descuento 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno Ninguno Ninguno Ninguno

Beneficio de Audífonos	El Plan Paga
Máximo de beneficios	El plan paga hasta \$2,000 cada cinco años
Beneficio por Fallecimiento	Solo Empleado Jubilado
Monto del beneficio	\$7,000

ELEGIBILIDAD Y COBERTURA: EMPLEADOS ACTIVOS

Es elegible para los beneficios del Fondo de salud si:

- trabaja en virtud de un convenio colectivo de trabajo u otro acuerdo escrito que requiere que su empleador aporte al plan en su nombre;
- su empleador realiza esos aportes; y
- usted cumple con los requisitos de elegibilidad iniciales del plan.

El Fondo no aceptará aportes de un empleador que no tenga un convenio laboral vigente con un sindicato participante que requiera el pago de aportes al Fondo. Además, a menos que los Fideicomisarios autoricen expresamente algo diferente por escrito, los aportes se aceptarán solo si se realizan en nombre de todos los empleados de la unidad colectiva de trabajo.

Elegibilidad inicial

Usted es elegible para recibir beneficios el primer día del mes siguiente a cualquier período de 12 meses consecutivos durante el cual el Fondo recibe o acredita al menos 600 horas de aportes en su nombre. Si el Fondo recibe o acredita 600 horas o más de aportes en meses consecutivos antes de completar los 12 meses calendario consecutivos, entonces usted es elegible para recibir beneficios el primer día del mes siguiente al mes en que el Fondo recibe o acredita al menos 600 horas de aportes en su nombre.

EJEMPLO

El Fondo recibe más de las 600 horas de aportes en nombre de John entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2019 (75 horas cada mes en enero, febrero, marzo, abril y mayo, y 150 horas en junio y julio). John es elegible para la cobertura a partir del 1 de agosto de 2019 y su cobertura continuará hasta el 31 de diciembre de ese año.

Elegibilidad continua

La elegibilidad continua para la cobertura se basa en períodos de tres meses calendario, denominados trimestres de beneficios y trimestres de aportes. Los trimestres de aportes y de beneficios son:

Trimestre de Aportes	Trimestre de Beneficios
del 1 de mayo al 31 de julio	del 1 de octubre al 31 de diciembre
del 1 de agosto al 31 de octubre	del 1 de enero al 31 de marzo
del 1 de noviembre al 31 de enero	del 1 de abril al 30 de junio
del 1 de febrero al 30 de abril	del 1 de julio al 30 de septiembre

Una vez que cumpla con los requisitos de elegibilidad inicial del plan, su elegibilidad continuará en trimestre de beneficios. Continuará siendo elegible para los subsiguientes trimestres de beneficios si el Fondo recibe o acredita al menos 345 horas de aportes en su nombre en el trimestre de aportes correspondiente. Si no cumple con este requisito, el Fondo “mirará hacia atrás” para ver si recibió o acreditó una cantidad específica de aportes en los trimestres de aportes anteriores, como se describe a continuación:

Trimestre de Aportes	Trimestre de Beneficios
Si el Fondo recibe o acredita:	Será elegible para cobertura:
<ul style="list-style-type: none"> • 345 horas de aportes de febrero al fin de abril; • 690 horas de aportes de noviembre al fin de abril; • 1,035 horas de aportes de agosto al fin de abril; o • 1,380 horas de aportes de mayo al fin de abril. 	del 1 de julio al 30 de septiembre
<ul style="list-style-type: none"> • 345 horas de aportes de mayo al fin de julio; • 690 horas de aportes de febrero al fin de julio; • 1,035 horas de aportes de noviembre al fin de julio; o • 1,380 horas de aportes de agosto al fin de julio. 	del 1 de octubre al 31 de diciembre
<ul style="list-style-type: none"> • 345 horas de aportes de agosto al fin de octubre; • 690 horas de aportes de mayo al fin de octubre; • 1,035 horas de aportes de febrero al fin de octubre; o • 1,380 horas de aportes de noviembre al fin de octubre. 	del 1 de enero al 31 de marzo
<ul style="list-style-type: none"> • 345 horas de aportes de noviembre al fin de enero; • 690 horas de aportes de agosto al fin de enero; • 1,035 horas de aportes de mayo al fin de enero; o • 1,380 horas de aportes de febrero al fin de enero. 	del 1 de abril al 30 de junio

EJEMPLO

Una vez que John cumple con los requisitos de elegibilidad iniciales, el Fondo recibe 125 horas de aportes en su nombre en agosto y 100 horas tanto en septiembre como en octubre. Aunque el Fondo solo recibe 325 horas de aportes en el trimestre de aportes actual, que es menos que el requisito de 345, John todavía es elegible para la cobertura porque el Fondo recibió 700 horas de aportes en su nombre en el período de seis meses de mayo a fines de octubre ($375 + 325 = 700$). En consecuencia, John será elegible para los beneficios del trimestre de beneficios de enero a fines de marzo.

Requisitos especiales para empleados sin convenio laboral

Si no trabaja según un convenio colectivo de trabajo, pero trabaja para un sindicato o un Empleador Aportante que ha firmado un acuerdo con el Fondo para realizar aportes en nombre de todos los empleados sin convenio laboral o algunos de ellos, será elegible para cobertura si su empleador realiza los aportes requeridos en su nombre de conformidad con el acuerdo de participación celebrado por escrito con el Fondo.

Si usted es un empleado sin convenio laboral de un empleador aportante, tendrá cobertura a partir del primer día del mes calendario después de que el Fondo reciba o acredite el primer aporte en su nombre. Su cobertura continuará cada mes mientras el Fondo reciba o acredite los aportes requeridos. Usted es elegible para los beneficios activos según el Plan común, pero no lo es para los beneficios semanales por accidente y enfermedad o para el programa de asignación de aportes para jubilados.

Los empleados de un sindicato tendrán cobertura una vez que trabajen la cantidad requerida de horas para la elegibilidad inicial y continua según el Fondo. Sus beneficios serán los activos del Plan común.

Los propietarios únicos, socios, accionistas al 100 % o miembros que posean una participación del 100 % en la membresía no son elegibles para participar como empleados sin convenio laboral según el plan.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina del Fondo.

Requisitos especiales para exempleados

La elegibilidad y los beneficios para los exempleados se determinan según el acuerdo de participación vigente con el Fondo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina del Fondo.

Los propietarios únicos, socios, accionistas al 100 % o miembros que posean una participación del 100 % en la membresía no son elegibles para participar como empleados sin convenio laboral conforme al plan.

Personas transferidas de otros Fondos de Salud de Wisconsin

Si está cubierto como empleado elegible en otro fondo de salud de múltiples empleadores certificado de Wisconsin y se transfiere a este Fondo, será elegible para los beneficios de este Plan si los Fideicomisarios determinan que:

- el otro fondo de salud del que se transfiere es de múltiples empleadores certificado de Wisconsin;
- usted, el empleado transferido, era elegible en virtud del otro fondo de salud de múltiples empleadores certificado de Wisconsin en el momento de su transferencia; y
- se acreditan 345 horas o más en su nombre, como empleado que se transfiere, dentro de los 12 meses de la fecha en que finaliza la cobertura en virtud del otro fondo.

Cobertura de familiares a cargo

Sus familiares a cargo son elegibles para recibir beneficios si usted tiene cobertura del plan. Puede ver la definición de Familiar a cargo en la página 106. La cobertura para sus familiares a cargo entrará en vigencia en la fecha de las siguientes que sea posterior:

- se vuelve elegible;
- su familiar se convierte en familiar a cargo elegible, según se define en la página 106;
- se determina que una orden calificada de manutención médica infantil es válida; o
- recibe un niño en su hogar para adopción.

Órdenes calificadas de manutención médica infantil (QMCSO)

Una orden calificada de manutención médica infantil (QMCSO, por sus siglas en inglés) es una orden judicial que exige que usted brinde cobertura médica a sus hijos (llamados beneficiarios alternativos) en situaciones que involucren divorcio, separación legal o disputa de paternidad. Este Plan proporciona beneficios de acuerdo con el alcance requerido por una QMCSO, los términos del Plan y las leyes federales. El administrador del plan le notificará a usted y a cualquier beneficiario alternativo afectado si se recibe una QMCSO.

También tiene autoridad para determinar si un aviso nacional de manutención médica, emitido por un organismo estatal de acuerdo con la ley ERISA y reglamentaciones relacionadas, constituye una QMCSO.

Usted o su beneficiario pueden solicitar una copia gratuita de los procedimientos de QMCSO del Fondo al administrador del plan.

Cuándo termina la cobertura

La cobertura para usted y sus familiares a cargo terminará:

- el último día del trimestre de beneficios (31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre o 31 de diciembre) cuando no cumpla con ninguno de los requisitos para continuar con su elegibilidad;
- en la fecha en que usted o su familiar a cargo ingresen al servicio militar activo durante más de 31 días;
- en la fecha en que finaliza el plan; o
- para su familiar a cargo, cuando ya no cumpla con la calidad de tal, según la definición de la página 106.

Además, su elegibilidad para los beneficios del plan terminará el último día de cualquier mes en que lo llamen a trabajar pero se niegue a hacerlo, o deje de trabajar en virtud de un convenio colectivo de trabajo con el Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin o sus sindicatos locales afiliados y en forma subsiguiente comience a trabajar:

- en la industria de la construcción en un oficio no obrero; o
- en un oficio o suboficio de obreros en el área geográfica de Wisconsin según un convenio colectivo de trabajo que no es con el Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin, sus sindicatos locales afiliados o el Sindicato Internacional de Trabajadores.

EJEMPLO

Supongamos que lo llaman a trabajar el 1 de agosto de 2019 y se rehúsa o deja de trabajar en virtud de un convenio colectivo de trabajo con el Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin o sus sindicatos locales afiliados y en forma subsiguiente comienza a trabajar en la industria de la construcción en un oficio no obrero u oficio o suboficio de obreros en el área geográfica restringida, su elegibilidad para los beneficios finalizará el 31 de agosto de 2019.

Esta norma del plan se aplica si su empleador ha celebrado un convenio colectivo de trabajo con el Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin o sus sindicatos locales afiliados.

Si su cobertura conforme al Plan finaliza, puede ser elegible para que la cobertura continúe según cualquiera de las dos opciones siguientes: la opción de pago personal, como se describe en la página 24, o la continuación de cobertura de la COBRA, como se describe en la página 35.

Restablecimiento de la elegibilidad

Si su elegibilidad termina porque no ha cumplido las horas de Trabajo Cubierto requeridas, puede restablecerla si, dentro de los 12 meses consecutivos después del final del trimestre de aportes antes de la fecha en que termina su elegibilidad, el Fondo recibe o acredita 345 horas o más de aportes en su nombre. Su cobertura se restablecerá el primer día del primer mes calendario siguiente al período en el que realizó la cantidad requerida de horas de trabajo cubierto.

Si el Fondo no recibe o si no se le acreditan 345 horas o más de aportes dentro de los 12 meses inmediatamente posteriores a la fecha en que finaliza su cobertura, debe volver a cumplir con los requisitos iniciales de elegibilidad del Plan, como se describe a partir de la página 19. La cobertura continuará siempre que cumpla con los requisitos de elegibilidad continua del Plan, como se describe a partir de la página 19.

También tenga en cuenta que si su elegibilidad para el Plan finaliza porque lo llaman a trabajar y se niega o deja de hacerlo en virtud de un convenio colectivo de trabajo con el Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin o sus sindicatos locales afiliados y luego comienza a trabajar en la industria de la construcción en un oficio no obrero u oficio o suboficio de obreros en el área geográfica restringida, puede volver a ser elegible una vez que cumpla con los requisitos de “elegibilidad inicial” del Plan. Esto significa que puede volver a ser elegible para los beneficios el primer día del primer mes calendario que sigue a los 12 meses calendario consecutivos en los que se le acreditan al menos 600 horas de trabajo cubierto.

EJEMPLO

Supongamos que su elegibilidad para el plan finalizó el 31 de agosto de 2018 por cualquiera de las razones descritas. Si el Fondo recibe más de 600 horas de aportes de su empleador en su nombre entre el 1 de diciembre de 2018 y el 30 de noviembre de 2019, será elegible para cobertura el 1 de diciembre de 2019.

Si se le acreditan al menos 600 horas de trabajo cubierto en menos de 12 meses calendario consecutivos, volverá a ser elegible para los beneficios el primer día del primer mes calendario siguiente a la fecha en que se le acreditaron las 600 horas.

EJEMPLO

Supongamos que su elegibilidad para el plan finalizó el 31 de agosto de 2018, por cualquiera de las razones descritas. Si el Fondo recibe más de 600 horas de aportes de su empleador en su nombre entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de julio de 2019 (en menos de 12 meses consecutivos), será elegible para la cobertura el 1 de agosto de 2019.

Rescisión de la cobertura

El Plan no puede rescindir su cobertura excepto por fraude o tergiversación intencional de un hecho concreto y hasta después de proporcionarle un aviso con 30 días de anticipación, según lo exige la ley. La rescisión es una cancelación o interrupción de la cobertura que tiene efecto retroactivo, lo que significa que entrará en vigencia en el momento en que usted o su familiar a cargo no deberían haber tenido cobertura del Plan. Sin embargo, las siguientes situaciones no se consideran rescisiones y el Plan puede terminar su cobertura desde la fecha de pérdida de elegibilidad:

- cuando haya una demora para llevar registros administrativos entre su pérdida de elegibilidad y la notificación al Plan de esa pérdida;
- cuando no realiza los pagos personales requeridos a tiempo para la cobertura;
- cuando usted y su cónyuge se divorcian; o
- cuando finaliza su relación de pareja.

El Plan también puede rescindir su cobertura en el caso de una determinación adversa con respecto a los beneficios semanales por accidentes y enfermedades sin que hubiera fraude ni tergiversación intencional de un hecho concreto.

Para cualquier otra falta no intencional o error por los cuales estuvo cubierto cuando no debería haberlo estado, el Plan cancelará su cobertura futura una vez que se identifique el error.

Inscripción especial

Por lo general, el Plan no permite que los empleados o sus familiares a cargo elegibles rechacen la cobertura del Plan. Si la opción de rechazar la cobertura está disponible, y si rechaza la inscripción para usted o sus familiares a cargo (incluido su cónyuge) debido a otro seguro médico o cobertura de salud grupal, tal vez pueda inscribirse usted y a sus ellos en este Plan si pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de realizar aportes a la otra cobertura suya o de ellos). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días de terminada la otra cobertura suya o de sus familiares a cargo (o después de que el empleador deje de aportar a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo familiar a cargo por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, tal vez puedan inscribirse usted y sus familiares a cargo. Debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Usted y sus familiares a cargo también pueden inscribirse en este Plan si tienen cobertura de Medicaid o de un programa estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) y pierden la elegibilidad para esa cobertura. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días de terminada de la cobertura de Medicaid o de CHIP.

Si es elegible para la inscripción especial, se vuelve participante elegible el primer día del mes siguiente a que el Fondo reciba el formulario de solicitud debidamente completado, sujeto a aprobación administrativa. Un familiar a cargo elegible para inscripción especial, incluidos cónyuge, hijo biológico, colocado para adopción o adoptado, será elegible para la cobertura en la fecha en que adquiere el familiar a cargo.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con la oficina del Fondo.

Opción de pago personal

Si no completa las horas requeridas de Trabajo Cubierto por desempleo involuntario, puede hacer pagos por cuenta propia para que la cobertura continúe para usted y su familia. Puede elegir realizar pagos para el Plan común o el básico. Estos planes se describen al principio de este folleto, en el *Programa de beneficios* correspondiente.

Si elige hacer pagos por cuenta propia para recibir los beneficios, puede cambiar del Plan común al básico, que es menos costoso, el primer día de cualquier trimestre de beneficios. Sin embargo, una vez que lo cubra el Plan básico, no podrá cambiarse al común. Puede volver a ser elegible para el Plan común si trabaja las horas necesarias para restablecer su elegibilidad, como se describe a partir de la página 22, o si vuelve a cumplir con los requisitos de elegibilidad iniciales del Plan, como se describe a partir de la página 19.

La opción de pago personal está disponible para usted hasta por 10 trimestres de beneficios consecutivos. Sin embargo, si lo llaman para trabajar y se rehúsa a hacerlo o si trabaja fuera de la industria de la construcción, su derecho a hacer pagos personales terminará y tendrá que cumplir con los requisitos del Fondo según el trabajo cubierto para ser elegible de nuevo (vea la página 19).

Cuando pierde su derecho a continuar la cobertura conforme al Plan porque no tiene suficientes horas para cumplir con los requisitos de continuidad de la elegibilidad, también es elegible para la continuación de la cobertura COBRA por eso. Para elegir continuar con la cobertura según la opción de pago por cuenta propia, debe renunciar a su derecho a la cobertura de la COBRA.

El costo de su cobertura

El costo de su cobertura según la opción de pago por cuenta propia es igual al de cobertura según el Plan menos cualquier aporte realizado en su nombre durante el anterior trimestre de aportes.

Comuníquese con la oficina del Fondo para conocer las tarifas actuales de pago personal. Los Fideicomisarios determinan las tarifas que se cobran por cobertura. Los pagos por cuenta propia pueden hacerse con cheque o tarjeta de crédito (MasterCard, Visa o Discover). La oficina del Fondo le proporcionará un formulario para completar que le permitirá cargar sus pagos trimestrales con aviso de pago personal.

Nota: Si no realiza un pago personal antes de la fecha de vencimiento, su cobertura terminará y perderá su derecho a realizar este tipo de pago en el futuro, a menos que regrese al trabajo cubierto y vuelva a ser elegible (vea la página 19).

El monto del pago personal requerido es la diferencia entre la cantidad de horas de aportes del empleador que el Fondo recibió o acreditó en su nombre y el monto que la Junta Directiva determina que es necesario para cumplir con los requisitos del Fondo, hasta una diferencia máxima de 300 horas. En la actualidad la Junta Directiva requiere 345 horas de aportes del empleador por trimestre para continuar con la elegibilidad

Es su responsabilidad mantener actualizada su dirección en la oficina del Fondo. Los avisos de pago por cuenta propia se envían a la última dirección que la oficina del Fondo tiene registrada de usted

EJEMPLO

John solo tuvo 100 horas de aportes en su nombre para noviembre, diciembre y enero. Tuvo un total de 425 horas de agosto a finales de enero y 800 horas de mayo a finales de enero. No tiene suficientes horas para que su elegibilidad continúe. Tendrá que pagar lo que sea menor en la diferencia entre:

- las 345 y 100 horas que se le acreditaron para el último trimestre de aportes (245 horas multiplicado por la tarifa de pago personal); o
- las 690 y 425 horas que se le acreditaron por los dos trimestres de aportes (265 horas multiplicado por la tarifa de pago personal); o
- las 1,035 y 800 horas que se le acreditaron por los tres trimestres de aportes (235 horas multiplicado por la tarifa de pago personal).

Supongamos que la tarifa actual de pago por cuenta propia del Plan común es \$6.03 y la del Plan básico es \$3.92. Según estos supuestos, John tendría que pagar \$1,417.05 (\$6.03 x 235 horas) por el Plan común o \$921.20 (\$3.92 x 235 horas) por el Plan básico para continuar la cobertura para el trimestre de beneficios de abril, mayo y junio.

Nota: Las tarifas antes mencionadas se utilizan solo con fines ilustrativos, y es posible que no reflejen las tarifas vigentes.

Si compra una casa nueva o se traslada

Es importante que se comunique con la oficina del Fondo para actualizar sus datos cuando compra una casa nueva o se traslada a otra dirección. Esto ayudará a garantizar que reciba información importante sobre beneficios de manera oportuna.

ELEGIBILIDAD Y COBERTURA: JUBILADOS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE

Cuando se jubile, puede adquirir cobertura para jubilados del Fondo de Salud.

Cuando ya no tenga empleo activo por jubilación o discapacidad y sea elegible para cobertura de jubilado, debe inscribirse para tal cobertura.

Beneficios del Fondo de Salud

Conforme al Fondo de Salud, los jubilados son elegibles para los siguientes beneficios:

- médicos (incluidos los de trasplante de órganos);
- de medicamento recetados;
- de audífonos;
- de atención oftalmológica; y
- por fallecimiento.

Requisitos generales de elegibilidad

A fin de ser elegible para la cobertura de atención médica del Fondo después de jubilarse o quedar discapacitado, debe:

- tener al menos 10 créditos de servicio;
- ser elegible para los beneficios del Fondo inmediatamente antes de la fecha de su jubilación o discapacidad; y
- recibir en la actualidad:
 - beneficios de pensión del Fondo de Pensiones de Trabajadores de Wisconsin (o fondo de pensiones relacionado designado por los Fideicomisarios); y
 - » haber sido elegible durante los cuatro años del Plan anteriores a la jubilación o discapacidad para beneficios del programa activo del Fondo; o
 - » tener 50,000 horas o más de participación en el Fondo de Salud antes de la jubilación o discapacidad para recibir beneficios del programa activo del Fondo;

BIEN

- una pensión por discapacidad del Fondo de Pensiones de Trabajadores de Wisconsin (o un fondo de pensiones relacionado designado por los Fideicomisarios), o una pensión por discapacidad de Seguridad Social.

Un jubilado discapacitado que tenga al menos 50,000 horas o más de participación en el Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin antes de la jubilación o discapacidad según el programa activo del Fondo puede, en lugar de cumplir con los requisitos de ser elegible para los beneficios inmediatamente antes de la fecha de jubilación o discapacidad, cumplir con los siguientes requisitos:

- o haber sido elegible para recibir y haber recibido créditos por discapacidad como participante activo inmediatamente antes de la pérdida de cobertura; y
- o no haber estado fuera del plan durante más de 12 meses después de la anterior extensión de cobertura de beneficios por discapacidad.

También debe elegir la cobertura para jubilados y renunciar a la cobertura de COBRA.

Elección de cobertura

Puede elegir la cobertura para su Cónyuge o Pareja de Hecho y sus hijos a cargo al momento de elegir la cobertura para jubilados o puede elegir diferir la cobertura y seguir las reglas del programa de entrada y salida para jubilados. Los familiares a cargo adicionales, que no sean el cónyuge o la pareja de hecho, que no estaban cubiertos por el Plan activo, pueden no tener cobertura del Plan en una fecha posterior. Sin embargo, si se casa o forma una pareja de hecho después de la jubilación, puede agregar a su nuevo cónyuge o pareja de hecho dentro de los 60 días.

El término “cónyuge” significa cónyuge legal e incluye a los del mismo sexo.

Si tiene más de 65 años o es elegible para Medicare, debe solicitar la cobertura de la parte A de Medicare y comprar la cobertura de la parte B. Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados estarán disponibles por el plan grupal Medicare Advantage (PPO) asegurado por Wisconsin Laborers’ UnitedHealthcare Insurance Company. En la siguiente sección tendrá más información.

Consulte la siguiente sección para obtener información sobre la cobertura del plan para participantes elegibles para Medicare.

Si es un jubilado no elegible para Medicare o su familiar a cargo y es elegible y se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, ya no recibirá los beneficios de medicamentos recetados del plan de jubilados. Continuará siendo elegible para recibir beneficios médicos, pero sus pagos mensuales por cuenta propia para la cobertura no cambiarán como resultado de no recibir los beneficios de medicamentos recetados. Si usted o su familiar a cargo se inscriben en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare que no sea la que ofrece el Fondo, pierden los beneficios de medicamentos recetados del Fondo y, si luego deciden cancelar la primera cobertura, se les dará una oportunidad única de volver a inscribirse para esos beneficios del Fondo.

Si está jubilado y trabaja en la industria de la construcción para un empleador no aportante mientras paga la cobertura por su cuenta, puede terminar su derecho a hacer pagos personales para cobertura de jubilado.

Programa de entrada y salida para jubilados

Si tiene cobertura de jubilado o cumple con los requisitos para ella se jubile, pero usted o su cónyuge o pareja de hecho tienen cobertura disponible por otro plan, pueden elegir suspender o posponer la cobertura del Fondo de Salud hasta que ya no sean elegibles para la cobertura del otro plan. Ese es el programa de entrada y salida para jubilados.

Debe presentar un aviso por escrito de su decisión de suspender o posponer la cobertura para jubilados ante la oficina del Fondo. Si tiene cobertura del programa de jubilados y desea suspenderla hasta una fecha posterior, debe completar un formulario de retiro del Fondo de Salud en el que indique su elección. Su cobertura se suspenderá el primer día del mes siguiente a la recepción de su formulario completo. Si elige posponer la cobertura para jubilados cuando es elegible por primera vez para ella, debe notificar a la oficina del Fondo dentro de los 60 días de volverse elegible para esa cobertura del Fondo de Salud.

La opción de suspender o posponer la cobertura para jubilados y reinscribirse más tarde solo se puede usar una vez en la vida del participante. Si pospone la cobertura para jubilados en el momento de la jubilación, esta disposición no se puede volver a utilizar.

Si ha acumulado elegibilidad conforme a la cobertura activa cuando se jubile, puede renunciar a su elegibilidad activa acumulada y volverse elegible para elegir no recibir la cobertura de jubilación cuando se jubile. Esto le permitirá elegir no recibir la cobertura para jubilados de inmediato, en lugar de esperar hasta que se agote su elegibilidad activa. Si usted o su cónyuge o pareja de hecho hacen esta elección, cualquier elegibilidad acumulada que tuvieran en el momento de la jubilación se perderá en forma permanente.

Para volver a solicitar la cobertura del Fondo de Salud después de suspenderla o diferirla, debe:

- presentar una solicitud por escrito para la cobertura del Fondo de Salud. La oficina del Fondo debe recibir su solicitud dentro de los 60 días de terminada su cobertura del otro plan de salud;
- proporcionar prueba de que estuvo cubierto en forma continua por el otro plan de salud desde la fecha en que eligió suspender o diferir la cobertura del Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin; y
- realizar los pagos personales requeridos por el Fondo de Salud para mantener la cobertura.

Programa de asignación de aportes

El programa de asignación de aportes está disponible para todos los participantes del Fondo de Salud que se jubilen a partir del 1 de enero de 2000 y que cumplan con los requisitos generales de elegibilidad.

Según el programa de asignación de aportes, el Fondo comparte el costo de la cobertura del Plan con sus participantes jubilados. Para ayudar a pagar el costo de la cobertura para jubilados, los Fideicomisarios les otorgan a los jubilados créditos de servicio. Esos créditos se utilizan para calcular su asignación de aportes, que se resta del costo de cobertura calculado actuarialmente por el Plan para determinar el monto del pago personal mensual del jubilado.

Créditos de servicio

Para determinar sus créditos de servicio se divide el total de horas de aporte de empleo cubierto según el Fondo de Salud por 1,400 (redondeado al crédito más cercano de 0.10). Los créditos de servicio se proporcionan solo por horas de aporte del empleador. Las horas por las que realiza pagos personales no cuentan para obtener créditos de servicio.

Los créditos de servicio obtenidos antes de una interrupción en el servicio no se utilizan para determinar la elegibilidad de los jubilados y el monto de su asignación de aportes. Antes del 1 de enero de 2000, se produjo una interrupción en el servicio cuando no tenía ninguna hora de empleo cubierto (y este Fondo no había recibido aportes) durante un período de cinco años consecutivos.

Cálculo de su asignación de aportes

Para determinar su asignación de aportes, multiplique sus créditos de servicio por un factor, que se basa en si es elegible para Medicare. El factor a partir del 1 de septiembre de 2017 es:

- \$42.50 por crédito de servicio, multiplicado por hasta un máximo de 30 créditos de servicio (42,000 horas), si no es elegible para Medicare, para una asignación de aportes máxima de \$1,275 al mes; o
- \$13.50 por crédito de servicio, multiplicado por hasta un máximo de 30 créditos de servicio (42,000 horas), si es elegible para Medicare, para una asignación de aportes máxima de \$405 al mes.

La Junta Directiva establece los factores y la asignación máxima de aportes y puede modificarlos a su criterio.

Monto de su pago mensual personal

El monto de su pago mensual es la diferencia entre el costo de cobertura del Plan calculado actuarialmente, según lo determinado por los Fideicomisarios y sujeto a cambios, y su asignación de aportes. A continuación se muestra cómo se calcula el monto del pago mensual personal según el tipo de beneficio de jubilación que recibe:

- **Jubilación normal:** Tiene jubilación normal cuando cumple 62 años y tiene 10 créditos de servicio. Recibe el monto total acumulado de asignación de aportes basado en el total de horas de aporte de empleo cubierto (créditos de servicio multiplicado por la asignación de aportes según su condición en Medicare al momento de la jubilación).
- **Jubilación anticipada:** Puede jubilarse a los 55 años con 10 créditos de servicio. Sin embargo, el monto acumulado de su asignación de aportes se basa en el total de horas de aporte de empleo cubierto (créditos de servicio multiplicado por la asignación de aportes según su condición de Medicare en el momento de la jubilación), con una reducción del 0.125 % por cada mes que se jubila antes de los 62 años.
- **Discapacidad:** Si tiene al menos 10 créditos de servicio y está totalmente discapacitado según lo definen las normas y reglamentaciones del Fondo de Pensiones de Trabajadores de Wisconsin, es elegible para una asignación de aportes basada en su condición de Medicare.
 - **Asignación de aportes antes de la elegibilidad para Medicare:** Si está discapacitado, recibirá un monto acumulado completo, basado en el total de horas de aporte de empleo cubierto, por un máximo de 29 meses. Después de 29 meses de discapacidad continua, se vuelve elegible para Medicare y debe cambiarse al plan complementario de Medicare.

- **Asignación de aportes después de la elegibilidad para Medicare:** igual que para la jubilación normal.
- **Cónyuge o pareja de hecho sobreviviente:** Si muere antes o después de la jubilación, su Cónyuge o Pareja de Hecho sobreviviente puede ser elegible para continuar con la cobertura del plan de salud siempre que usted haya obtenido al menos 10 créditos de servicio. Si se cumple este requisito de elegibilidad, su cónyuge o pareja de hecho sobreviviente continuará recibiendo la asignación de aportes a la que tenía derecho como jubilado antes de su muerte. Si fallece antes de la jubilación, el sobreviviente recibirá la asignación de aportes acumulada en su totalidad sin ninguna deducción por jubilación anticipada.

Se puede utilizar exceso del banco de horas para continuar con su cobertura activa hasta que se utilicen todas las horas. Puede realizar un pago personal parcial para compensar cualquier diferencia en el último trimestre. También se permite un pago por cuenta propia completo adicional en el trimestre siguiente.

Si se jubila y luego vuelve a trabajar, se le permitirá continuar con sus beneficios activos, siempre que trabaje suficientes horas. Si no tiene suficientes horas para mantener su elegibilidad, puede continuar haciendo pagos parciales hasta el máximo permitido, siempre que no haya elegido la cobertura de jubilado. Después de un pago personal completo, debe elegir la cobertura de jubilado. Sin embargo, puede elegir la cobertura para jubilados en cualquier momento antes de esa fecha.

A continuación se muestran algunos ejemplos de cómo se calcula el monto del pago personal mensual.

EJEMPLO 1

Jake se jubila a los 62 años con 30 créditos de servicio. La asignación de aportes mensual de Jake es \$1,275 (30 créditos de servicio x \$42.50) hasta que sea elegible para Medicare a los 65 años. Después de volverse elegible para Medicare, la asignación de aportes mensual de Jake será \$405 (30 créditos de servicio x \$13.50). Esto es lo que pagará Jake:

	elegibilidad previa a Medicare	elegibilidad posterior a Medicare
tarifa mensual de pago personal	\$1,826.10	\$372.68
Asignación de aportes mensual	-1,275.00	-405.00
Monto del pago personal mensual de Jake	\$551.10	\$0

EJEMPLO 2

Luke se jubila a los 62 años con 15 créditos de servicio. La asignación de aportes mensual de Luke es de \$637.50 (15 créditos de servicio x \$42.50) hasta que sea elegible para Medicare a los 65 años. Después de volverse elegible para Medicare, la asignación de aportes mensual de Luke será de \$202.50 (15 créditos de servicio x \$13.50). Esto es lo que pagará Luke:

	elegibilidad previa a Medicare	elegibilidad posterior a Medicare
tarifa mensual de pago personal	\$1,826.10	\$372.68
Asignación de aportes mensual	-637.50	-202.50
Monto de pago personal mensual de Luke	\$1,188.60	\$170.18

EJEMPLO 3

Jeff se jubila a los 55 años con 20 créditos de servicio. Dado que Jeff se jubila en forma anticipada, su asignación de aportes se reduce en un 10.5 % (1.5 % por año durante siete años). Por lo tanto, la asignación de aportes mensual de Jeff es \$760.75 (20 créditos de servicio x \$42.50 x 89.5 %) hasta que sea elegible para Medicare a los 65 años. Después de volverse elegible para Medicare, la asignación de aportes mensual de Jeff será de \$241.65 (20 créditos de servicio x \$13.50 x 89.5 %). Esto es lo que pagará Jeff:

	elegibilidad previa a Medicare	elegibilidad posterior a Medicare
tarifa mensual de pago personal	\$1,826.10	\$372.68
Asignación de aportes mensual	-760.75	-241.65
Monto del pago personal mensual de Jeff	\$1,065.35	\$131.03

Los Fideicomisarios tienen la autoridad y se reservan el derecho, a su criterio, de determinar, de vez en cuando, los beneficios que se brindarán a los jubilados y al cónyuge o pareja de hecho sobreviviente y a los familiares a cargo cubiertos sobrevivientes de un participante fallecido o jubilado. Estos beneficios no serán necesariamente los mismos que los que se brindan a los participantes con empleo activo y pueden interrumpirse o modificarse en cualquier momento. Los Fideicomisarios también determinan la tarifa de aporte, que puede que no sea la misma que la tarifa de pago personal para participantes con empleo activo. Entienda que las tarifas están sujetas a cambios ocasionales.

Tarifa de pago personal para empleados jubilados casados entre sí o en pareja de hecho

Si dos empleados jubilados se casan o forman una pareja de hecho, el Plan considerará que son una familia y la tarifa de pago personal y los créditos de servicio para los dos se determinarán de la siguiente manera:

- Todos los créditos de servicio obtenidos por ambos se combinarán en un total, hasta el monto permitido por participante según el Plan (es decir, 30 créditos de servicio).
- Solo se evaluará una tarifa de pago por cuenta propia (la regla de una familia), y será el costo de la cobertura menos los créditos de servicio combinados, con la tarifa de pago personal más baja a \$0 (es decir, sin reembolsos).
- Si un cónyuge o pareja de hecho muere, el sobreviviente paga la tarifa del participante correspondiente (es decir, la previa o posterior a Medicare).
- Si los empleados jubilados se divorcian o terminan su pareja de hecho, los créditos de servicio combinados se asignarán a cada empleado jubilado por el monto total combinado, y cada uno de ellos pagará la tarifa de pago personal del participante correspondiente (es decir, previa o posterior a Medicare), ya que cada uno tendrá una cobertura aparte después del divorcio o la terminación de la pareja de hecho.

Empleados jubilados que regresan al trabajo cubierto

- A partir del 1 de agosto de 2019, si se jubiló y eligió la cobertura de jubilado, y luego regresa al Trabajo Cubierto, los aportes hechos en su nombre por él compensarán sus futuros pagos personales para mantener su cobertura de jubilado. Como jubilado, no se le permitirá restablecer la elegibilidad como empleado activo en función de las horas de trabajo cubierto mientras sea jubilado, a menos que esté inscrito en Medicare y trabaje la cantidad requerida de horas para cumplir con los requisitos de la elegibilidad inicial. Si luego no trabaja suficientes horas para mantener la cobertura activa, será elegible para regresar a la cobertura de jubilado que eligió antes.

Cuándo termina la cobertura

La cobertura para usted y sus familiares a cargo finalizará en la primera de las siguientes fechas:

- cuando finaliza su cobertura; o
- cuando su familiar pierde el estado de elegibilidad porque ya no cumple con la definición de “familiar a cargo”, como se define en la página 106.

ELEGIBILIDAD Y COBERTURA: JUBILADOS ELEGIBLES PARA MEDICARE

Cuando se vuelve elegible para Medicare, puede inscribirse en el plan PPO Medicare Advantage de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare.

Elegibilidad

Cuando se vuelve elegible para Medicare, puede inscribirse en el plan PPO Medicare Advantage de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare.

Para ser elegible, debe:

- tener derecho a la parte A de Medicare; y
- estar inscrito en la parte B de Medicare.

No puede inscribirse en el plan PPO Medicare Advantage de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare ni en ningún otro plan Medicare Advantage ni la parte D del plan. Si se inscribe en otro plan Medicare Advantage o solo en la parte D de Medicare después de su inscripción en el plan PPO Medicare Advantage de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare, se cancelará su inscripción en este último.

Por ejemplo, si se inscribe en el plan UnitedHealthcare Medicare Advantage PPO de Wisconsin Laborers a partir del 1 de enero de 2022 y luego se inscribe en otro plan Medicare Advantage o en un plan independiente de la Parte D de Medicare a partir del 1 de julio de 2022, se cancelará automáticamente su inscripción en UnitedHealthcare Medicare Advantage PPO Plan de Wisconsin Laborers a partir del 1 de julio de 2022.

Si su cónyuge todavía trabaja y tiene otra cobertura de su empleador, usted y su familia pueden cancelar su inscripción en esa cobertura si se inscriben en el plan PPO Medicare Advantage de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare. Usted y su cónyuge y familiares a cargo deben considerar en detalle sus opciones de cobertura antes de cancelar su inscripción en otra.

Por ejemplo, si su Cónyuge está inscrito en la cobertura a través de su empleador a partir del 1 de enero de 2022, y usted se inscribe en el Plan PPO de UnitedHealthcare Medicare Advantage de Wisconsin Laborers a partir del 1 de julio de 2022, su inscripción en el Plan PPO de UnitedHealthcare Medicare Advantage de Wisconsin Laborers puede desencadenar la cancelación de la inscripción de su Cónyuge (y Dependientes, si corresponde) de la cobertura del empleador de su Cónyuge.

Beneficios médicos y de medicamentos recetados

Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados se combinan en el plan grupal Medicare Advantage (PPO), asegurado por Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare Insurance Company/ United Health Insurance Company of New York (para residentes de Nueva York).

El plan PPO Medicare Advantage de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare le permite la opción de utilizar médicos y hospitales que estén *dentro o fuera* de la red de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare Medicare. Tiene la flexibilidad para visitar médicos y hospitales de su elección, si tienen licencia y son elegibles para recibir el pago de Medicare original y pueden facturar a Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare. También tiene el beneficio del programa de aptitud física Renew Active.

El plan médico no tiene coseguro ni copagos, y el programa de medicamentos recetados le brinda acceso a más de 67,000 farmacias minoristas en todo el país. Seguirá siendo responsable de pagar las primas correspondientes de las partes A o B de Medicare.

Disposición de exclusión

Puede elegir no participar en el plan PPO Medicare Advantage de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare. Para hacerlo o si tiene alguna pregunta, llame a Labor First al (608) 802-7667 (TTY 711) o al número gratuito (855) 874-4582. Tenga en cuenta que si elige no participar, ya no tendrá cobertura médica o de medicamentos recetados del Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin.

Beneficios odontológicos

Sus beneficios odontológicos están asegurados por Delta Dental. Sus costos de bolsillo más bajos provendrán de consultar a un odontólogo en la red PPO Delta Dental, que tiene más de 165,000 ubicaciones de odontólogos en todo el país. También disfrutará de ventajas económicas si consulta a un odontólogo de la red Delta Dental Premier, que cuenta con más de 247,000 ubicaciones de odontólogos en todo el país. Los odontólogos de la red Delta Dental Premier han acordado límites máximos de tarifas (sin facturación de saldo).

Delta Dental cubrirá los tratamientos cuando visite a un odontólogo fuera de la red en el mismo nivel que cubre los tratamientos proporcionados por odontólogos de la red Delta Dental Premier. Sin embargo, debido a que los odontólogos que no pertenecen a la red no han acordado los límites máximos de las tarifas, pueden transferirle a usted el saldo de su tarifa cuando su cargo normal sea más alto que el del odontólogo de la red Delta Dental Premier.

Los hijos a cargo en general son elegibles para la cobertura hasta el final del mes en el que cumplen 26 años. Un hijo a cargo puede ser elegible para la cobertura después de los 26 años en determinadas circunstancias. Puede solicitar una copia de los documentos del seguro de Delta Dental para obtener información adicional.

Consulte el *Programa de beneficios* correspondiente para obtener más información.

Beneficios de audífonos, de atención oftalmológica y por fallecimiento

Por lo general, usted es elegible para recibir los mismos beneficios de audífonos, de atención oftalmológica y por fallecimiento que los jubilados que no son elegibles para Medicare. Sin embargo, consulte el *Programa de beneficios* correspondiente.

Programa de asignación de aportes

El programa de asignación de aportes está disponible para todos los participantes del Fondo de Salud que se jubilen a partir del 1 de enero de 2000 y que cumplan con los requisitos generales de elegibilidad.

Según el programa de asignación de aportes, el Fondo comparte el costo de la cobertura del Plan con sus participantes jubilados. Para ayudar a pagar el costo de la cobertura para jubilados, los Fideicomisarios les otorgan a los jubilados créditos de servicio. Esos créditos se utilizan para calcular su asignación de aportes, que se resta del costo de cobertura calculado actuarialmente por el Plan para determinar el monto del pago personal mensual del jubilado.

Consulte la sección anterior en el caso de jubilados que no son elegibles para Medicare para obtener más detalles o llame a la oficina del Fondo.

CONTINUACIÓN DE COBERTURA POR EVENTOS DE LA VIDA

Sus beneficios están diseñados para satisfacer sus necesidades en las diferentes etapas de su vida. En esta sección se describe cómo se ven afectados sus beneficios cuando tienen lugar diferentes cambios en el estilo de vida.

Si queda discapacitado

Si no puede realizar un trabajo cubierto debido a una Discapacidad Certificada, se le acreditarán las horas de discapacidad para mantener su elegibilidad. Una Discapacidad Certificada es aquella por la que recibe beneficios semanales por accidente y enfermedad del Fondo o beneficios semanales de indemnización laboral. Se le acreditarán 30 horas por cada semana completa de una discapacidad certificada. Las horas de discapacidad se limitan a 525 dentro de cualquier período continuo de 12 meses. Para acreditar las horas, debe notificar a la oficina del Fondo y solicitar los beneficios. Los participantes cubiertos por el Plan básico no son elegibles para horas de crédito.

Si su discapacidad certificada dura más de 12 meses, puede obtener horas de discapacidad adicionales durante el segundo año y cada año siguiente si presenta una solicitud de horas de discapacidad. Debe ser elegible para la cobertura en el momento de solicitar las horas de discapacidad adicionales; las horas de discapacidad no se pueden utilizar para obtener la elegibilidad cuando se ha producido una interrupción en la cobertura. Además, en los años subsiguientes, las horas de discapacidad seguirán limitadas a 525 horas en cualquier período de 12 meses consecutivos.

Extensión de beneficios médicos integrales principales

Si, al momento en que terminaría normalmente su cobertura del Plan, usted o uno de sus familiares a cargo elegibles está discapacitado como consecuencia de una enfermedad o lesión, sus beneficios se extenderán por esa causa si:

- los gastos se habrían cubierto de continuar la elegibilidad;
- la persona elegible permanece discapacitada hasta que se incurre en el gasto;
- la persona elegible está al cuidado habitual de un médico con calificación legal; y
- la persona elegible no tiene derecho a beneficios similares de ningún otro plan grupal cuando se incurre en el gasto.

Los beneficios serán pagaderos por el tratamiento de la enfermedad o lesión que causó la discapacidad sujeto a las limitaciones y máximos que estaban en vigencia en el Plan en el momento en que finalizó la elegibilidad.

Los beneficios continuarán hasta la primera fecha de las siguientes:

- cuando la persona elegible ya no está discapacitada;
- cuando la persona elegible pasa a estar cubierta por otro plan grupal; o
- 12 meses después de finalizar la cobertura de los principales beneficios médicos integrales de este plan.

Si presta servicio en el ejército

Si ingresa al servicio militar activo de Estados Unidos, perderá la elegibilidad al final del mes para el cual el último aporte pagado generó la elegibilidad.

Si está en los Servicios Uniformados hasta por 31 días, su cobertura de salud continuará siempre que realice el pago personal requerido y pagará el mismo monto por la cobertura que paga normalmente. Si está en los servicios uniformados durante más de 31 días, su cobertura puede continuar si hace los pagos personales requeridos hasta un máximo de 24 meses consecutivos o, si sucede antes, el final del período en el cual reúne los requisitos para solicitar su recontractación de acuerdo con la Ley de Derechos de Empleo y Recontractación de Servicios Uniformados (USERRA) de 1994.

Servicios uniformados significa las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional del Ejército y la Guardia Nacional Aérea de Estados Unidos cuando están en servicio activo para entrenamiento, entrenamiento en servicio inactivo o servicio de la Guardia Nacional de tiempo completo, el cuerpo comisionado del Servicio de Salud Pública y cualquier otra categoría de personas designadas por el presidente en tiempo de guerra o emergencia.

La cobertura de USERRA será simultánea a la continuación de la cobertura de COBRA. Si su servicio supera los treinta (30) días, el costo de la continuación de la cobertura por USERRA será el mismo que el de la continuación de la cobertura de COBRA. Los procedimientos para elegir cobertura de USERRA serán los mismos descritos en la sección de continuación de cobertura de COBRA que comienza en la página 24, excepto que solo el empleado tiene derecho a elegir la cobertura de USERRA para sí mismo y sus familiares a cargo, y esa cobertura se extenderá un máximo de 24 meses.

Su cobertura continuará hasta la primera de las siguientes fechas:

- cuando usted o sus familiares a cargo no realicen los pagos personales requeridos;
- cuando restablezca los requisitos para recibir cobertura mediante el Plan;
- el final del período durante el cual reúne los requisitos para solicitar que su recontractación de acuerdo con USERRA;
- cuando pierde sus derechos según USERRA (por ejemplo, por una baja deshonrosa);
- el último día del mes después de 24 meses consecutivos; o
- cuando el Fondo ya no proporciona ningún beneficio de salud grupal.

Cuando ingrese a los Servicios Uniformados, debe notificarlo por escrito a la oficina del Fondo. Para obtener más información sobre los pagos personales según USERRA, comuníquese con la oficina del Fondo.

Si no continúa la cobertura de USERRA

Si no continúa la cobertura de USERRA, terminará de inmediato cuando ingrese a los Servicios Uniformados. Sus familiares a cargo tendrán oportunidad de elegir la continuación de la cobertura de COBRA.

Restablecimiento de su cobertura

Cuando los Servicios Uniformados le den el alta o la baja, puede solicitar, de acuerdo con USERRA, que su empleador anterior lo recontracte. La recontractación incluye el derecho a elegir la reincorporación en la cobertura de salud existente proporcionada por su empleador. De acuerdo con las pautas de USERRA, las fechas límite de recontractación y reincorporación se basan en la duración del servicio que haya prestado en los Servicios Uniformados. Cuando ellos le den el alta o la baja luego de haber prestado servicio:

- durante menos de 31 días, tiene un día después de la baja (con ocho horas de viaje) para regresar a trabajar para un empleador participante;
- durante más de 30 días, pero menos de 181 días, tiene hasta 14 días después de la baja para regresar a trabajar para un empleador participante;
- durante más de 180 días, tiene hasta 90 días después de la baja para regresar a trabajar para un empleador participante.

Cuando le den la baja, si está hospitalizado o se recupera de una enfermedad o lesión que se produjo mientras estaba en los Servicios Uniformados, tiene hasta el final del período que sea necesario para su recuperación para regresar a trabajar con un empleador participante o ponerse a su disposición. Su condición anterior de elegibilidad se congelará cuando ingrese a los Servicios Uniformados hasta el final de la licencia, siempre que su empleador otorgue la licencia según la ley federal y realice la notificación y el pago requeridos al Fondo.

Si toma licencia por motivos familiares o médicos (FMLA)

De acuerdo con la Ley de Licencia por Motivos Familiares y Médicos (FMLA) de 1993, la elegibilidad para beneficios debe extenderse a los empleados y su cónyuge o pareja de hecho e hijos si:

- el empleador tiene cobertura de la FMLA;
- el empleado es elegible y su empleador le ha otorgado una licencia de conformidad con la FMLA; y
- el empleador del empleado hace los aportes requeridos al Fondo.

La FMLA le permite tomar hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo durante cualquier período de 12 meses por:

- nacimiento, adopción o colocación para adopción de un niño;
- necesidad de cuidar a un cónyuge, pareja de hecho, padre, madre o hijo gravemente enfermos;
- enfermedad grave propia; o
- “exigencia que califica” que surja del hecho de que el cónyuge, la pareja de hecho, un hijo, uno de los padres de un empleado esté en servicio activo (o lo han notificado de un llamado u orden inminente para servicio activo) en las Fuerzas Armadas de EE. UU. en apoyo de una operación de contingencia.

También puede tomar hasta 26 semanas de licencia sin goce de sueldo durante cualquier período de 12 meses para cuidar a un participante de los servicios que sea su cónyuge, un hijo, uno de los padres, o un pariente cercano. El participante de los servicios debe estar en tratamiento médico, recuperación o terapia (incluso ambulatoria) por una enfermedad o lesión grave que haya sufrido en el cumplimiento del deber mientras estaba en el servicio militar. A los efectos de esta licencia, “participante de los servicios” significa un participante de las Fuerzas Armadas de EE. UU., incluidas la Guardia Nacional y la Reserva.

Se le pedirá a su empleador que complete algunos formularios para verificar su elegibilidad para los beneficios mientras esté de licencia. Durante su licencia, mantendrá toda la cobertura ofrecida por el Plan. Seguirá siendo elegible hasta el final de la licencia, siempre que su empleador aportante otorgue la licencia de manera adecuada y haga la notificación y el pago requeridos al Fondo. Su empleador debe pagar el costo de la cobertura en un monto determinado por el Fondo por cada semana que usted esté de licencia FMLA.

Usted es elegible para beneficios FMLA si:

- trabajó para el mismo empleador durante al menos 12 meses;
- ha trabajado al menos 1250 horas durante los 12 meses anteriores; y
- trabaja en un lugar donde el empleador tiene al menos 50 empleados dentro de un radio de 75 millas.

También puede ser elegible para los beneficios ampliados de la FMLA si necesita cuidar a un hijo cuya escuela o lugar de cuidado está cerrado o cuyo proveedor de cuidado infantil no está disponible por razones relacionadas con COVID-19. Estos beneficios ampliados de la FMLA se limitan a las licencias tomadas entre el 1 de abril y el 31 de diciembre de 2020. Comuníquese con su empleador si cree que podría ser elegible para esos beneficios de la FMLA.

Al tomar una licencia de la FMLA, usted y su empleador deben informar a los Fideicomisarios, por escrito, para que sus derechos a cobertura de atención médica estén protegidos durante la licencia.

Si regresa a trabajar antes de que transcurran 12 semanas (o 26 semanas, según corresponda), no perderá la cobertura de atención médica. Si no regresa a trabajar antes de que transcurran 12 semanas (o 26 semanas, según corresponda), entonces tendrá derecho a la continuación de la cobertura de COBRA (vea la sección que sigue). Puede realizar pagos por cuenta propia para la continuación de la cobertura de COBRA durante un máximo de 18 meses adicionales. Comuníquese con la oficina del Fondo para obtener más información sobre la FMLA o continuar con su cobertura de COBRA.

Si usted y su empleador no están de acuerdo sobre su elegibilidad para la cobertura de la FMLA, sus beneficios se suspenderán hasta que se resuelva el desacuerdo. Tales disputas son entre usted y su empleador. Los Fideicomisarios no participarán en la resolución de ese tipo de disputas.

Si experimenta un evento que califica (continuación de cobertura de COBRA)

Si recientemente obtuvo cobertura según el Plan, este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es la extensión temporal de la cobertura del Plan. **En este aviso se explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a recibirla.** Cuando se vuelve elegible para los requisitos de COBRA, también puede serlo para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA se creó por ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación del Presupuesto (COBRA) de 1985. La continuación de la cobertura de COBRA puede volverse disponible para usted y otros participantes de su familia cuando terminaría la cobertura de salud grupal. Si desea recibir más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe comunicarse con la oficina del Fondo.

Puede tener otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal.

Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura del Mercado, puede calificar para costos menores en sus primas mensuales y gastos de bolsillo más bajos. Además, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan en general no acepta inscripciones tardías.

Qué es la continuación de la cobertura de COBRA

Es una continuación de cobertura del Plan cuando, de otro modo, finalizaría por un evento de la vida. Eso también se denomina “evento que califica”. Más adelante en este aviso se mencionan eventos que califican específicos. Después de uno de esos eventos, se debe ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA a cada persona que sea “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos a cargo podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde por el evento que califica. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA deben pagarla.

Los siguientes eventos especificados que producen la pérdida de cobertura se consideran eventos que califican:

- **Empleado:** Los empleados que tienen cobertura del Plan tienen derecho a elegir la continuación de COBRA si pierden su cobertura por uno de los siguientes eventos:
 - terminación (por razones distintas a mala conducta grave) de la relación laboral entre el empleado y el empleador (incluida la jubilación); o
 - reducción de las horas de trabajo del empleado.
- **Cónyuge o Pareja de Hecho:** El cónyuge o pareja de hecho de un empleado cubierto por el plan tiene derecho a elegir la continuación de COBRA si la cobertura grupal se pierde debido a uno de los siguientes eventos:
 - muerte del empleado;

- terminación de la relación laboral entre empleado y empleador (por razones distintas a mala conducta grave) o reducción de las horas de trabajo del empleado;
- divorcio o separación legal del empleado; o
- el empleado (o jubilado) comienza a tener derecho a (inscribirse en) los beneficios de Medicare.
- **Hijo a Cargo:** El hijo a cargo de un empleado cubierto por el Plan tiene derecho a la continuación de COBRA si la cobertura grupal se pierde por uno de los siguientes eventos:
 - muerte del padre o de la madre del empleado (o jubilado);
 - terminación de la relación laboral de padre o madre del empleado (por motivos que no sean mala conducta grave) o reducción de horas del padre o de la madre del empleado;
 - divorcio o separación legal de uno de los padres, o disolución de la pareja de hecho del empleado y el otro padre del hijo a cargo;
 - el empleado padre o madre adquiere derecho a los beneficios de Medicare (partes A o B, o ambas); o
 - dejar de ser hijo a cargo según lo define el Plan.

En determinadas circunstancias, puede continuar con la cobertura si realiza pagos por cuenta propia al Plan para la continuación de COBRA. Tenga en cuenta que la cobertura no continuará para beneficios de accidentes y enfermedades semanales, muerte, o muerte accidental o desmembramiento. Al realizar los pagos personales, puede seguir recibiendo beneficios médicos, dentales, de medicamentos recetados y de la visión.

La continuación de la cobertura de COBRA será idéntica a la que tenía según el Plan.

Para todos los beneficiarios calificados con continuación de la cobertura de COBRA, esta continuación depende de que se realicen los pagos en fecha en su nombre y que no se interrumpan.

Avisos y elección

Según la ley, el empleado o su cónyuge o pareja de hecho o hijo a cargo tienen la responsabilidad de informar a la oficina del Fondo en caso de divorcio, separación legal, disolución de la pareja doméstica o si un hijo pierde la condición de a cargo conforme al Plan, y deberán notificar dentro de los 60 días siguientes a:

- la fecha del evento que califica;
- la fecha en la que se perdería la cobertura por el evento en cuestión; o
- la fecha en la que se informó al beneficiario calificado de la responsabilidad de dar el aviso y los procedimientos para hacerlo.

¿Cuándo está disponible COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el administrador haya recibido notificación de que se ha producido un evento que califica. El empleador debe notificar los siguientes eventos a la oficina del Fondo:

- terminación de la relación laboral o reducción de las horas de trabajo;
- muerte del empleado;
- inicio de un proceso de quiebra con respecto al empleador; y
- el empleado comienza a tener cobertura de beneficios de Medicare (según las partes A o B, o ambas).

Con todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o un hijo a cargo que pierde el derecho a la cobertura como tal), usted debe notificar a la oficina del Fondo dentro de los 60 días de producido el evento.

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

Una vez que la oficina del Fondo reciba la notificación de que se ha producido un evento que califica, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada uno tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados con cobertura pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres, en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura de COBRA es temporal, y en general dura 18 meses, debido a la terminación de la relación laboral o la reducción de las horas de trabajo. Cuando se producen ciertos eventos que califican, o si se produce un segundo durante el período inicial de cobertura, el beneficiario puede recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que puede extenderse el período de 18 meses de continuación.

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o algún integrante de su familia con cobertura del Plan está discapacitado y usted notifica esa hecho al administrador de manera oportuna, todos podrían tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del 60.º día de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación.

Extensión por segundo evento que califica del período de 18 meses de continuación de la cobertura

Si su familia experimenta otro evento que califica durante los 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA, su cónyuge e hijos a cargo podrían recibir hasta 18 meses adicionales de continuación, hasta un máximo de 36 meses, si se notifica en forma adecuada al Plan sobre el segundo evento. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo a cargo que reciba continuación de la cobertura de COBRA si el empleado o expleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (partes A o B, o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo a cargo deja de ser elegible según el Plan. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento habría causado que el cónyuge o el hijo a cargo perdieran la cobertura del Plan si no hubiera ocurrido el primero.

Pago de la continuación de la cobertura de COBRA

La oficina del Fondo le notificará el costo de la continuación de la cobertura de COBRA cuando le notifique su derecho a la cobertura. Ese costo lo determinarán cada año los Fideicomisarios y no superará el 102 % del costo de brindar la cobertura.

Su primer pago por la continuación de la cobertura de COBRA debe incluir pagos por todos los meses, de manera retroactiva al día en el que terminó la cobertura del Plan para usted o su cónyuge e hijo. La oficina del Fondo le notificará la fecha de vencimiento del primer pago, que será antes de los 45 días de su elección. Los pagos subsiguientes vencen el primer día del mes y se consideran oportunos si se realizan dentro de los 30 días del primero del mes.

La continuación de la cobertura se proporciona para cada mes siempre que realice el pago de ese mes antes de que finalice el período de gracia de 30 días para ese pago. Si realiza un pago mensual después del primer día del mes, pero antes del final del período de gracia del mes, la cobertura del Plan puede suspenderse y luego restablecerse en forma retroactiva (al primer día del mes) cuando se recibe el pago mensual. Esto significa que las reclamaciones que presente mientras la cobertura esté suspendida pueden rechazarse y es posible que deba volver a presentarlos cuando se restablezca la cobertura. Además, la oficina del Fondo no podrá verificar la cobertura de ningún proveedor que lo solicite.

Si no realiza un pago personal dentro del tiempo permitido, la continuación de la cobertura de COBRA de todos los participantes de la familia para quienes hace el pago finalizará y no se podrá restablecer.

Cobertura para nuevos familiares a cargo

Si tiene alguna pregunta sobre la continuación de la cobertura de COBRA o desea notificar a la oficina del Fondo sobre cualquier cambio de estado civil o domicilio, debería comunicarse con la oficina del Fondo.

Si tiene un hijo recién nacido, adopta un hijo o colocan a un hijo en adopción con usted (de quien tenga responsabilidad financiera) mientras la continuación de su cobertura de COBRA esté vigente, puede agregar a ese hijo a su cobertura. Debe notificar a la oficina del Fondo por escrito lo antes posible, pero antes de 30 días después del nacimiento, adopción o colocación en adopción, para que el niño se agregue a su cobertura.

El niño, mientras usted recibe continuación de su cobertura de COBRA tiene los mismos derechos según esa ley que tenían su cónyuge o familiares a cargo con cobertura según el Plan antes del evento que desencadenó la continuación de la cobertura de COBRA. Como todos los beneficiarios calificados con continuación de la cobertura de COBRA, esta depende de que se realicen los pagos en fecha en su nombre y que no se interrumpan.

Cobertura de atención médica opcional

La Ley de Atención Médica Asequible (ACA) le brinda una alternativa a la cobertura de atención médica patrocinada por el empleador y a la continuación de la cobertura de COBRA: el Mercado de Seguros Médicos (el “Mercado”). Ofrece opciones de seguro médico (llamados planes de salud calificados) con cobertura de atención médica integral, incluidos servicios médicos y hospitalarios, y también medicamentos. Los planes de salud calificados del Mercado presentan su información de precios y beneficios en términos simples para hacer comparaciones válidas.

Si busca más información sobre cómo obtener cobertura del Mercado, visite www.healthcare.gov o comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) en www.askebsa.dol.gov o por teléfono a la Línea de Ayuda de HealthCare.gov: 1-800-318-2596.

Beneficios Médicos Principales Integrales (empleados activos, jubilados que no reúnen los requisitos para Medicare, y familiares a cargo)

El Plan de Beneficios Médicos Principales Integrales los protegen a usted y su familia de posibles gastos devastadores de atención médica.

La cobertura médica del Plan está diseñada para ser integral. Sin embargo, ninguna cobertura de plan médico, incluida la nuestra, está diseñada para reembolsarle en su totalidad todos los gastos de atención médica. Por ejemplo, los gastos médicos diarios, como vitaminas de uso habitual o medicamentos de venta libre, son responsabilidad suya.

Por lo general, tendrá que satisfacer un deducible o pagar algún nivel de coseguro o copago como parte del monto de gastos médicos elegibles en los que incurra. Sin embargo, una vez que usted (o su familia) haya alcanzado el máximo de gastos de bolsillo del Plan en un año calendario, no se le solicitará ningún coseguro adicional durante el resto de ese año calendario (aunque aún tendrá que abonar los copagos correspondientes de visitas al consultorio, el deducible que se aplica a las visitas a la sala de emergencias y los demás gastos de bolsillo que correspondan). Tenga en cuenta que existen diferentes límites máximos de gastos de bolsillo para beneficios dentro y fuera de la red, como se muestra en cada *Resumen de Beneficios*.

Cómo funciona el plan

Deducible anual

El deducible anual es la cantidad de gastos médicos cubiertos que usted o sus familiares a cargo elegibles pagan cada año calendario antes de que el Plan comience a pagar beneficios.

Si usted, su cónyuge o su pareja de hecho tienen cobertura del:

- **Plan común o de jubilados que no reúnen los requisitos para Medicare**, el deducible individual es de \$300, hasta un máximo familiar de \$600; o
- **Plan básico**, el deducible individual es de \$350, hasta un máximo familiar de \$700.

Cualquier gasto que se aplique al deducible en los últimos tres meses de un año calendario también se puede aplicar al deducible del siguiente año calendario. Además, si dos o más participantes de la familia resultan lesionados en el mismo accidente, solo se imputará un deducible individual a los gastos resultantes de ese accidente.

Redes Anthem

El Fondo de Salud tiene un acuerdo con Anthem Blue Cross and Blue Shield, que le ofrece acceso a una amplia variedad de proveedores de alta calidad de la red:

- Si se encuentra en Wisconsin, su red es “Blue Preferred Plus POS”.
- Si se encuentra fuera de Wisconsin, su red es la “National BlueCard PPO”.

Si su proveedor no participa en ninguna de las redes de Anthem, los beneficios del Plan se pagarán al nivel de fuera de la red.

Copagos

Cuando usa un médico de la red y tiene cobertura del:

- **Plan común o de jubilados que no reúnen los requisitos para Medicare**, usted abona un copago de \$15 por visita al consultorio; o
- **Plan básico**, usted abona un copago de \$20 por visita al consultorio.

Los gastos de médicos fuera de la red están sujetos al deducible médico y al coseguro de proveedores fuera de la red.

Todos los análisis de laboratorio, radiografías, etc., que se realicen durante la cita están sujetos a las disposiciones sobre deducibles y coseguros del Plan. El copago de la visita al consultorio no se aplica al deducible ni al máximo de gastos de bolsillo.

Coseguro del plan

En general, usted y el Plan comparten los gastos. El coseguro, que es común que se exprese como porcentaje, es el monto que paga el Plan de los gastos cubiertos después de que usted alcanza el deducible (cuando corresponde). Los beneficios se limitan al cargo permitido por cualquier servicio médico proporcionado.

Por lo general, pagará más por los servicios fuera de la red. Todos los servicios fuera de la red están sujetos a todos los coseguros, deducibles, otras limitaciones y exclusiones que correspondan. Ciertos servicios pueden considerarse atención de emergencia y se tratarán como beneficios dentro de la red, independientemente de la condición del establecimiento médico.

En la siguiente tabla se ilustra lo que usted y el Plan pagan en general, después de alcanzar su deducible.

	Plan común y Plan de jubilados		Plan básico	
	Proveedor PPO/POS dentro de la red	Proveedor fuera de la red	Proveedor PPO/POS dentro de la red	Proveedor fuera de la red
Coseguro del plan	90%	60%	70%	60%
Su coseguro	10%	40%	30%	40%

El Fondo cubre el 100 % de gastos de cuidados paliativos elegibles. Sin embargo, los beneficios del programa de cuidados paliativos no están disponibles para participantes con cobertura del Plan básico.

Máximo de gastos de bolsillo

El máximo de gastos de bolsillo limita la cantidad de gastos por beneficios médicos principales integrales que paga cada año calendario. Una vez que usted o cualquiera de sus familiares a cargo alcancen el máximo de gastos de bolsillo por familia, se pagará el 100 % de sus beneficios médicos principales integrales o los de su familia por el resto del año calendario, sujeto a ciertos máximos de beneficios, copagos y límites.

Si tiene cobertura del Plan común o de jubilados, su máximo de gastos de bolsillo es:

- \$4,500 por familia para gastos de proveedores de PPO/POS; y
- \$10,000 por familia para gastos de proveedores que no sean de PPO/POS.

Si tiene cobertura del Plan básico, su máximo de gastos de bolsillo es:

- \$12,500 por familia para gastos de proveedores de PPO/POS; y
- \$25,000 por familia para gastos de proveedores que no sean de PPO/POS.

Los copagos y los montos que paga para alcanzar su deducible no se consideran para alcanzar su máximo de gastos de bolsillo. Los gastos de trasplante no se consideran para alcanzar su máximo de gastos de bolsillo.

Como puede ver en el cuadro anterior, el plan cubre en la actualidad el 60 % de los cargos permitidos para los servicios fuera de la red. El plan utilizará el percentil 50 de la base de datos de FAIRHealth a fin de determinar el cargo permitido para proveedores que no sean de PPO. Además del coseguro fuera de la red, usted será responsable de todos los montos que excedan el cargo permitido, y esos montos no se aplicarán a su máximo de gastos de bolsillo por servicios fuera de la red. También será responsable del coseguro fuera de la red después del deducible.

EJEMPLO

Para mostrar cómo funciona esto, suponga que su proveedor fuera de la red le cobra \$175 por su servicio cubierto. Suponga que el Cargo Permitido según el plan por el servicio fuera de la red (percentil 50 de la base de datos de FAIRHealth) es de \$100.

El plan paga la reclamación al nivel de coseguro fuera de la red del 60 %. Por lo tanto, si se alcanza su deducible, en este ejemplo, el Plan paga \$60 por el servicio cubierto. Usted paga la diferencia entre el cargo del proveedor y el nivel de coseguro del cargo permitido. En otras palabras, usted paga la diferencia entre el cargo del proveedor y el pago del Plan, que en este caso es \$115. La porción de \$40 de su pago se aplicará a su máximo de gastos de bolsillo fuera de la red (la diferencia entre el cargo permitido y el monto que pagó el Plan).

Máximos de beneficios

Ciertos gastos médicos cubiertos tienen máximos de por vida o por año calendario aparte. Para conocer más detalles, consulte el *Resumen de Beneficios* correspondiente que comienza en la página 2.

No hay un monto máximo de beneficios de por vida conforme a los Beneficios Médicos Principales Integrales para el Plan común, el básico o el de jubilados.

Su responsabilidad

Es importante recordar que el Plan médico no está diseñado para cubrir todos los gastos de atención médica. El Plan paga los cargos de gastos cubiertos, hasta los límites y según las condiciones que se establecen en las reglas del Plan. Las decisiones sobre cómo y cuándo recibir atención médica dependen de usted y de su médico, no del Plan. El Plan determina cuánto pagará. Usted y su médico deben decidir qué atención es la mejor para usted.

Uso de proveedores dentro de la red (PPO/POS)

Según dónde resida, Anthem Blue Cross and Blue Shield le ofrecen acceso a su organización de proveedores preferidos (PPO) o red médica de punto de servicio (POS), que consta de médicos, hospitales y establecimientos auxiliares.

Usted tiene siempre la última palabra sobre los médicos y hospitales que usted y su familia utilicen. Sin embargo, cuando acude a un proveedor de la red, ahorra dinero porque el Fondo paga un porcentaje más alto de sus gastos cubiertos. El Fondo también ahorra dinero porque los proveedores de la red han acordado cobrar montos reducidos por sus servicios.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo el uso de un proveedor de la red puede hacerle ahorrar dinero.

Antes de ir

Es su responsabilidad confirmar si un proveedor participa en su red designada. Para que su reclamación se maneje de manera adecuada, siempre presente su tarjeta de identificación de beneficios actual al acudir a su cita. Comuníquese con Anthem al 800-810-2583 o desde www.anthem.com para conocer los proveedores participantes.

EJEMPLO

Veamos lo que pagaría Steve en un hospital PPO en comparación con un hospital que no fuera de PPO si tuviera cobertura del Plan común o de jubilados no Medicare. En este ejemplo se supone que no ha alcanzado su deducible del año calendario.

	Hospital PPO*	Hospital no PPO
Cargos facturados	\$5,000	\$5,000
Descuento en cargos facturados	- 2,000	0
Deducible que paga Steve	- 300	- 300
Gastos restantes para reembolso	\$2,700	\$4,700
El plan paga	x 90% = 2,430	x 60% = 2,820
Steve paga	x 10% = \$270	x 40% = \$1,880
Total que paga Steve	\$570 (\$300 + \$270)	\$2,180 (\$300 + \$1,880)

En el ejemplo anterior, el uso de un hospital PPO le hace ahorrar a Steve \$1,610 porque el Plan paga un porcentaje más alto del costo de los servicios dentro de la red, y el proveedor fuera de la red no ofreció un descuento por sus servicios. También tenga en cuenta que los proveedores fuera de la red tienen derecho a facturarle la diferencia entre los cargos facturados y el monto de los gastos cubiertos del Plan. El monto adicional sería superior a su deducible o coseguro. Esto recibe el nombre de “facturación del saldo”. El dinero extra que podría terminar por pagar cuando no utiliza un proveedor de la red PPO puede representar un máximo de gastos de bolsillo considerable para usted.

** En este ejemplo se supone una tasa de descuento de PPO de alrededor del 40 %. Los aborros reales pueden variar.*

Para ver si el médico o el hospital a los que acude en la actualidad participan en la red de Anthem, o para buscar un nuevo proveedor de la red, visite el sitio web de Anthem Blue Cross and Blue Shield en www.anthem.com. Utilice el “Inicio de sesión de participante” para buscar un proveedor de la red en su zona.

Si no tiene acceso a internet, puede llamar al 800-810-2583 para buscar un proveedor de la red de Anthem. Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 4 p. m. (hora del Centro de EE. UU.). Deberá proporcionar las primeras tres letras de su tarjeta de identificación, la red de su Plan (Blue Preferred Plus POS en Wisconsin o National BlueCard PPO fuera de Wisconsin), el tipo de proveedor y su ubicación.

Anthem también tiene una aplicación para teléfonos móviles con sistemas Apple y Android.

Manejo de casos por HealthLink Medical Management

El Fondo ofrece servicios de administración de casos coordinados por especialistas en administración médica de Anthem. Los especialistas en administración médica le brindarán servicios de apoyo para cualquier confinamiento, ya sea hospitalización, cuidados intensivos y relacionados. También lo ayudarán con atención de transición, planificación de altas, acceso a recursos comunitarios, educación general y reducción de brechas de cobertura. Anthem coordinará el proceso de administración de casos con su médico: no necesita hacer nada para recibir este servicio. La participación es completamente voluntaria. Para obtener más información, llame al centro de llamadas de HealthLink Medical Management al 877-284-0102, opción 2. El centro de llamadas está abierto de lunes a viernes de 7 a. m. a 5 p. m., hora estándar del Centro de EE. UU. (CST).

Beneficios y programas de bienestar

El Fondo les brinda a usted y su familia beneficios médicos no solo para tratar problemas de salud, sino también para prevenirlos. Cuando identifica ciertas afecciones lo antes posible, muchas veces se pueden tratar antes de que se vuelvan serias. Para alentarlos a aprovechar las medidas preventivas, el Plan brinda beneficios de atención de bienestar.

Beneficios de atención preventiva

Ciertos planes están obligados a cubrir los beneficios de atención preventiva sin costo según la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) federal. Como plan de salud con derechos adquiridos en virtud de la ACA, no se requiere que el Plan brinde servicios de atención preventiva sin ningún costo compartido. Sin embargo, el Plan brinda en forma voluntaria diversos servicios de atención preventiva, incluidos exámenes físicos anuales, como se indica en el artículo 25 de la sección *gastos cubiertos* que comienza en la página 47.

A menos que se disponga lo contrario, el Plan proporcionará cobertura para los siguientes servicios:

- los descritos en las recomendaciones A y B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF);
- los descritos en las pautas emitidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP) de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC); y
- pautas de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), incluidas las pautas *Bright Futures* de la Academia Estadounidense de Pediatría y las pautas de la HRSA relacionadas con servicios para mujeres.

Hay una lista extensa de servicios cubiertos con pautas específicas, que ofrece la oficina del Fondo, o puede visitar www.healthcare.gov, hacer clic en “Todos los temas” y luego en “Prevención”. Algunos aspectos destacados son:

- exámenes físicos anuales para adultos;
- visitas de recién nacido y del niño sano anuales;
- vacunas recomendadas para adultos y niños;
- diversas pruebas de detección para adultos y familiares a cargo a determinadas edades y en circunstancias específicas;
- aspirina genérica para adultos de 50 a 59 años para prevenir enfermedades cardiovasculares (con receta);
- suplementos genéricos de ácido fólico para mujeres que planifican un embarazo o pueden quedar embarazadas (con receta);
- aplicación de barniz de flúor a los dientes de leche de todos los bebés y niños hasta los cinco años (en consultorios de atención primaria), a partir de la edad de surgimiento de los dientes de leche.

Servicios preventivos (*Plan común y de jubilados no Medicare*)

Con excepciones limitadas, los servicios preventivos proporcionados por un proveedor de la red que el Plan identifica como parte de las pautas de la ACA estarán cubiertos sin costo compartido por usted o su familiar a cargo si participa en el Plan común o el de jubilados no Medicare. Esto significa que el servicio estará cubierto al 100% del cargo permitido del Plan, sin coseguro, copago ni deducible. Los servicios preventivos cubiertos por proveedores fuera de la red estarán sujetos a deducible y coseguro.

Servicios preventivos (*plan básico*)

Con excepciones limitadas, los servicios preventivos que el Plan identifica como parte de las pautas de la ACA tendrán cobertura del Plan básico, a la tasa de coseguro correspondiente, después de que usted satisfaga el deducible o copago. La tasa de coseguro de proveedores dentro de la red es de 70% y de proveedores fuera de la red es de 60%.

Programa de Asistencia al Empleado (PAE)

El Fondo tiene un contrato con Anthem BlueCross BlueShield para brindarle acceso al Programa de Asistencia al Empleado (PAE) de Anthem.

Anthem tiene una red nacional de más de 22,000 profesionales de PAE, incluidos psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas matrimoniales y familiares, consejeros y enfermeros psiquiátricos, que pueden ayudarlo a enfrentar dificultades de la vida tales como:

- estrés o ansiedad;
- depresión;
- pensamientos suicidas;
- problemas personales o emocionales;
- dolor emocional o pérdida;
- problemas matrimoniales, de relaciones y familiares;
- alcoholismo, consumo de drogas y adicción.

Nunca recibirá una señal de ocupado, lo que significa que tendrá acceso directo a un representante de atención al cliente o médico clínico las 24 horas del día, los siete días de la semana. **Se mantendrá la confidencialidad de todas las conversaciones con consejeros del PAE** (excepto las que representen una amenaza para la seguridad de alguien, como las situaciones de maltrato infantil: esas llamadas serán una excepción a la regla de confidencialidad del asesoramiento).

El PAE también les proporciona a usted y a sus familiares a cargo elegibles:

- sesiones de asesoramiento cara a cara o por video en línea de LiveHealth Online (tres sesiones por persona cubierta por tema): si hay algún problema que no pueda abordarse de manera eficaz dentro de las tres sesiones de asesoramiento, pueden analizarlo más a fondo con un médico clínico si se trata de servicios cubiertos por los beneficios de salud mental o abuso de sustancias del Plan;
- servicios para la vida laboral (incluidos recursos para el cuidado de niños y ancianos):
- una consulta legal (hasta 30 minutos por tema por año de beneficios) para asuntos como divorcio o custodia; cuestiones penales; planificación patrimonial, testamentos o fideicomisos; bienes raíces, asuntos de propietarios e inquilinos; quiebra; casos lesiones personales o mala práctica; reclamaciones menores; adopción y preparación de testamentos. El PAE también tiene una biblioteca de formularios legales a la que puede acceder en línea y usar para diferentes situaciones médicas, familiares y del consumidor;
- consultas financieras telefónicas para cuestiones como quiebras, elaboración de presupuestos (para hacer frente a la reducción de ingresos familiares, reducir deudas o ahorrar dinero, por ejemplo), comprar una casa por primera vez, planificación de eventos importantes de la vida (boda, adopción, divorcio), planificación de fondos universitarios, deuda de tarjeta de crédito (reducción de tasas, consolidación de deuda), planificación de jubilación y prevención de ejecuciones hipotecarias;
- acceso a “myStrength”: una aplicación en línea y móvil de “gimnasio para la mente” que puede usar como ayuda para manejar el estrés, la depresión u otros asuntos con los que tenga dificultades;
- acceso ilimitado al sitio web del PAE (www.AnthemEAP.com). Acceda cuando necesite localizar un proveedor del PAE. El sitio también ofrece información sobre varios temas, incluido envejecimiento, equilibrio entre el trabajo y la vida, crianza de los hijos, cuidado de niños y ancianos, y más. Simplemente inicie sesión en cualquier momento con la siguiente ID: Wisconsin Laborers.

Para comunicarse con un especialista del PAE, llame a Anthem al 800-865-1044.

Nota: El plan podría no cubrir ciertos servicios disponibles por medio del PAE. Por ejemplo, no proporciona beneficios de consejería matrimonial u otros servicios legales sin referencias. Sin embargo, el PAE ofrece estos servicios. Usted o sus familiares a cargo podrían tener que pagar una tarifa por estos tipos de servicios.

El 93 % de los profesionales del PAE de Anthem también participan en la red de proveedores de salud mental y abuso de sustancias de BlueCard® PPO.

Programa de exámenes biométricos

Los servicios de exámenes biométricos se brindan mediante el Administrador del Fondo, Benefit Plan Administration of WI, Inc. (BPA). No es necesario que se someta a un examen biométrico para tener cobertura del Plan. Su participación en el programa es voluntaria y la tiene disponible SIN COSTO.

Cuando usted (y su cónyuge o pareja de hecho que reúna los requisitos, si corresponde) se realice un examen biométrico, tendrá una recompensa. Así funciona:

Para empleados activos:

- Si usted (y su cónyuge o pareja de hecho, si corresponde) se someten a un examen biométrico entre el 1 de julio de 2019 y el 30 de noviembre de 2020, podrá elegir renunciar al deducible médico anual según la fecha de su examen biométrico O BIEN recibir una tarjeta de regalo de \$150 (su cónyuge o su pareja de hecho elegible, si corresponde, también recibirán una tarjeta de regalo de \$150). Tenga en cuenta que si está casado o tiene una pareja de hecho elegible, y elige renunciar a los deducibles médicos anuales, la otra persona también debe renunciar a los deducibles. Además, independientemente de si usted (y su cónyuge o pareja de hecho, si corresponde) eligen renunciar a los deducibles médicos anuales o recibir una tarjeta de regalo de \$150, si los resultados de la prueba de detección se consideran fuera de los límites, se aportarán \$100 a su Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA) cuando usted (y la otra persona, si corresponde) complete un programa obligatorio de *asesoramiento*. Más adelante en este documento se proporciona información sobre el programa de asesoramiento obligatorio.
- A partir de 2021, el período de administración del examen biométrico coincidirá con el año calendario. En consecuencia, el período de examen biométrico de 2021 será del 1 de enero al 31 de diciembre, lo que significa que usted (y su cónyuge o pareja de hecho, si corresponde) tendrán hasta el 31 de diciembre de 2021 para someterse al examen a fin de renunciar al deducible médico del año calendario que se aplicará en 2022 o recibir una tarjeta de regalo (la otra persona, si es elegible y corresponde, también recibirá una tarjeta de regalo). En los años siguientes, el período de administración de este programa coincidirá con el año calendario, a partir del 1 de enero. Por ejemplo, tendrá hasta el 31 de diciembre de 2022 para someterse al examen a fin de renunciar al deducible médico del año calendario que se aplicará en 2023 o recibir una tarjeta de regalo (su cónyuge o pareja de hecho elegible, si corresponde, también recibirá una tarjeta de regalo). Si usted (y la otra persona, si corresponde) elige la tarjeta de regalo, se le otorgará una por un monto de \$225, pero solo si aprueba los exámenes de detección. Si no los supera, usted (y la otra persona, si corresponde) recibirán lo siguiente:
 - una tarjeta de regalo inicial por un monto de \$75; y
 - luego, una segunda tarjeta de regalo por un monto de \$150 una vez que usted (y esa persona, si corresponde) completen un programa obligatorio de *asesoramiento*.

Además, si usted (y su cónyuge o pareja de hecho, si corresponde) eligen renunciar al deducible médico anual de 2021 y los resultados del examen de detección se consideran fuera de los límites, se aportarán \$100 a su HRA, pero solo cuando usted (y la otra persona, si corresponde) complete el programa obligatorio de *asesoramiento*.

Para empleados jubilados que no reúnen los requisitos para Medicare:

- Si usted (y su cónyuge o pareja de hecho, si corresponde) se somete a un examen biométrico entre *el 1 de julio de 2019 y el 30 de noviembre de 2020*, usted (y esa persona, si corresponde) recibirá una tarjeta de regalo de \$150.
- Si usted (y su cónyuge o pareja de hecho, si corresponde) se somete a un examen biométrico entre *el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2021* y usted (y esa persona) *aprueban* todos los exámenes de detección, se le otorgará (a cada uno) una tarjeta de regalo de \$225. Sin embargo, si usted (y su cónyuge o pareja de hecho, si corresponde) *no aprueban* todos los exámenes de detección, ocurrirá lo siguiente:
 - usted (y la otra persona, si corresponde) recibirá inicialmente una tarjeta de regalo de \$75; y
 - luego usted (y esa persona, si corresponde) recibirá una segunda tarjeta de regalo de \$150 una vez que usted (y esa persona, si corresponde) complete un programa obligatorio de *asesoramiento*.

Usted recibirá un informe de salud: después de que usted (y su cónyuge o pareja de hecho, si corresponde) complete el examen, se le enviarán los resultados (y a la otra persona, si

corresponde). El informe de salud se mantendrá en confidencialidad y no se lo compartirá con su empleador.

Acerca del programa de asesoramiento: lo administra Case Management Specialists, Inc. (CMS) y es un complemento valioso para el beneficio del examen biométrico. Si los resultados de su examen (y los de su cónyuge o pareja de hecho, si corresponde) muestran que se considera fuera de los límites para ciertas afecciones (como IMC, diabetes, dolor de espalda, insuficiencia cardíaca coronaria, hipertensión arterial o colesterol alto), un asesor de bienestar se comunicará con usted (y la otra persona) y lo ayudará a establecer las metas necesarias para mejorar su salud y llevar un estilo de vida más saludable.

Gastos cubiertos

El Fondo ofrece el programa LiveHealth Online mediante Anthem. LiveHealth Online le permite hablar cara a cara con un médico mediante su dispositivo móvil o computadora (con una cámara web) para recibir consejos sobre problemas de salud comunes como resfriados, gripe, fiebre, sarpullidos, infecciones, alergias, etc. Los médicos pueden responder preguntas, hacer un diagnóstico e incluso recetar medicamentos básicos cuando sea necesario. Están disponibles los 365 días del año, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (incluidos feriados). Puede usar este servicio sin cargo.

- Aplicación móvil: Descargue la aplicación LiveHealth Online en forma gratuita.
- En línea: Visite www.livehealthonline.com www.livehealthonline.com.

Programa de salud conductual LiveHealth Online

También tiene acceso a la opción de salud conductual LiveHealth Online Behavioral Health, que también administra Anthem. Esta opción le brinda una forma cómoda y privada de recibir ayuda por problemas psicológicos, incluidos, entre otros, los siguientes:

- problemas psicológicos adultos como estrés, ansiedad, depresión, problemas familiares y de pareja, duelo y ataques de pánico.

Por medio de la opción LiveHealth Online Behavioral Health, puede hablar cara a cara con médicos certificados por la junta, o psicólogos o terapeutas con licencia, mediante su dispositivo móvil o la cámara web de su computadora, según le resulte más cómodo. Usted, su cónyuge (o pareja de hecho) y sus familiares a cargo pueden programar una cita para acceder a un terapeuta de 7 a. m. a 11 p. m. (todas las zonas horarias) durante la semana y los fines de semana. Puede programar citas de los siguientes modos:

- Aplicación móvil: Descargue la aplicación LiveHealth Online en forma gratuita.
- En línea: visite www.livehealthonline.com, inicie sesión, seleccione LiveHealth Online Psychology, elija un terapeuta y seleccione el día y la hora que mejor se adapte a sus necesidades.
- Por teléfono: llame al 844-784-8409 entre las 7 a. m. y las 11 p. m.

Si usa la aplicación móvil o se conecta en línea, en general puede programar una cita para ver a un terapeuta por internet dentro de los cuatro días siguientes (o antes, sujeto a la disponibilidad de terapeutas). Sin embargo, tenga en cuenta que el asesoramiento en línea no es apropiado para todos los tipos de problemas. Aunque los terapeutas y trabajadores sociales no pueden recetar medicamentos, lo derivarán al nivel de atención más apropiado, si es necesario.

Servicios de administración de casos

El plan ofrece servicios de administración de casos, coordinados por especialistas en administración médica de Anthem. Los especialistas en manejo médico les brindan a usted y sus familiares a cargo servicios de apoyo para cualquier confinamiento, sea hospitalización, cuidados intensivos u otros relacionados. También ayudan con atención de transición, planificación de altas, acceso a recursos comunitarios, educación general y reducción de brechas de cobertura. Anthem coordina el proceso de administración de casos con usted o los médicos de su familiar a cargo. Puede llamar a los especialistas en administración de casos de Anthem al 877-284-0102. La participación en la administración de casos es voluntaria y no se aplica ninguna sanción por no participar.

Los servicios cubiertos por la opción LiveHealth Online Behavioral Health podrían no tener cobertura del Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin. Por ejemplo, el Plan común no paga beneficios por servicios para tratar problemas conductuales o trastornos de la conducta. Sin embargo, LiveHealth Online sí brinda servicios para estas clasificaciones de diagnóstico. También tenga en cuenta que LiveHealth Online no está disponible para los participantes de Medicare.

Gastos cubiertos

El plan paga los gastos cubiertos según los cargos permitidos. El Plan cubre los siguientes servicios e insumos médicamente necesarios recibidos para tratamiento de lesiones o enfermedades no ocupacionales:

1. servicios e insumos hospitalarios para lo siguiente:
 - a. cargos de alojamiento y comida hasta:
 - 1) la tarifa semiprivada diaria normal del hospital;
 - 2) la tarifa de habitación privada más común que cobra un hospital que solo tiene habitaciones privadas, a menos que se requiera aislamiento en habitación privada como resultado de un diagnóstico realizado por un médico o para cumplir con los requisitos de los reglamentos de salud pública del hospital; y
 - 3) los cargos del hospital por unidad de cuidados intensivos o unidad de cuidados coronarios;
 - b. fármacos, medicamentos y otros servicios e insumos hospitalarios si se usan mientras se encuentra confinado como paciente residente;
 - c. cargos hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluidos los siguientes:
 - 1) gastos en los que se incurre por cirugía ambulatoria;
 - 2) atención de emergencia;
 - 3) análisis de laboratorio o radiografías y tarifas relacionadas que cobren radiólogos o patólogos por diagnóstico de una lesión o enfermedad, ordenados por un médico, sujetos a copagos, coseguro y deducibles especificados en el *Resumen de Beneficios* correspondiente. Esos gastos están cubiertos por los servicios de diagnóstico inicial, incluso si el plan no cubre el tratamiento del diagnóstico resultante. No se incluyen pruebas genéticas en este beneficio;
 2. cirugía y servicios e insumos quirúrgicos para lo siguiente:
 - a. cirugía y cuidados posoperatorios realizados por un médico en un hospital, consultorio médico o establecimiento médico quirúrgico ambulatorio. Esto incluye esterilización optativa y reparación de luxaciones o fracturas;
 - b. servicios prestados por un cirujano asistente cuando sean médicamente necesarios;
 - c. sustancias anestésicas y su administración por un médico o profesional anestesista;
 - d. cirugía reconstructiva de mamas después de una mastectomía. Esto incluye la reconstrucción de la mama operada, cirugía reconstructiva de la otra para producir una apariencia simétrica, prótesis que se requieran como resultado de una mastectomía y complicaciones físicas de cualquier etapa del procedimiento, incluidos linfedemas.
- La ley federal exige que se brinden beneficios a la madre y al recién nacido por confinamiento en el hospital en relación con el parto, durante al menos 48 horas después de uno vaginal normal o al menos 96 después de una cesárea. La ley federal en general no prohíbe que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con ella, los dé de alta antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, el Plan no exige que el médico obtenga autorización para ordenar una permanencia en el hospital que no supere esos períodos.
3. servicios de atención médica domiciliaria cuando los presta un organismo que sigue un plan de ese tipo de atención, mientras la persona recibe atención continua de un médico o cirujano hasta la cantidad máxima de visitas que se muestra en el *Resumen de Beneficios* correspondiente. Se considerarán una sola visita hasta cuatro horas consecutivas de servicios de un asistente de salud en el hogar en un período de 24 horas. El máximo pagadero en cualquier semana no puede superar el costo semanal de atención en un centro de cuidados especializados de enfermería. Beneficios incluidos:

- a. atención de enfermería domiciliaria o de tiempo parcial brindada o supervisada por una enfermera titulada;
 - b. servicios de asistente de salud de tiempo parcial o en el hogar que:
 - 1) estén bajo la supervisión de una enfermera titulada o trabajadora social médica;
 - 2) consistan únicamente en el cuidado del paciente;
 - c. terapia física, respiratoria, ocupacional y del habla;
 - d. asesoramiento nutricional proporcionado o supervisado por un dietista titulado;
 - e. evaluación y elaboración de un plan de necesidades por parte de una enfermera titulada, un asistente médico o una trabajadora social médica para atención domiciliaria cuando lo apruebe o solicite el médico o cirujano a cargo del paciente; e
 - f. insumos médicos recetados por un médico o cirujano y servicios de laboratorio, pero solo en la medida en que habrían estado cubiertos si la persona estuviera confinada en un hospital;
4. cargos por servicios proporcionados por un centro de cuidados especializados de enfermería hasta el máximo diario establecido por el organismo local de licencias y hasta la cantidad máxima de días de confinamiento que se muestra en el *Resumen de Beneficios* correspondiente. Los períodos sucesivos de confinamiento para cuidados especializados de enfermería se considerarán un período de hospitalización si la persona ha estado confinada en un centro de cuidados especializados de enfermería durante los 60 días anteriores al segundo confinamiento. El confinamiento debe comenzar dentro de las 24 horas de otorgada el alta de un confinamiento médicamente necesario en un hospital de al menos tres días de duración y debe ser:
- a. por recomendación específica y con supervisión general de un médico o cirujano legalmente calificado;
 - b. recertificada como médicamente necesaria cada siete días por el médico o cirujano a cargo del paciente; y
 - c. con el propósito de recibir atención médica necesaria para la convalecencia de las condiciones que causaron o contribuyeron al confinamiento hospitalario anterior.
5. Servicios e insumos de programas de cuidados paliativos (después del deducible individual) cuando se proporcionan a una persona con una enfermedad terminal en virtud de un programa y un organismo de cuidados paliativos, incluidos los siguientes:
- a. atención en el hogar de la persona con una enfermedad terminal o la familia, incluidos los siguientes servicios y equipos:
 - 1) servicios médicos;
 - 2) terapia física, respiratoria y ocupacional;
 - 3) fármacos, medicamentos e insumos médicos cuando se proporcionan en el marco del programa de cuidados paliativos mediante un organismo dedicado a eso;
 - 4) servicios privados de enfermería prestados por enfermera titulada o enfermera profesional con licencia, si están certificados por un médico;
 - 5) alquiler de equipos médicos duraderos; y
 - 6) oxígeno y alquiler de equipos relacionados;
 - b. atención ambulatoria en un establecimiento médico autorizado para:
 - 1) servicios médicos;
 - 2) análisis de laboratorio, radiografías y pruebas de diagnóstico; y
 - 3) servicio de ambulancia o transporte alternativo;
 - c. atención hospitalaria en un hospital o centro de cuidados paliativos para:
 - 1) alojamiento y comida, que pueden incluir visitas familiares con estadía de una noche;
 - 2) servicios de enfermería;

Los beneficios de programas de cuidados paliativos no están disponibles con el Plan básico.

- 3) todos los demás gastos hospitalarios relacionados;
- 4) servicios médicos; y
- 5) servicio de ambulancia o transporte alternativo;
- d. los siguientes servicios adicionales proporcionados a la persona con una enfermedad terminal y participantes de la familia:
 - 1) visitas de una trabajadora social con licencia para evaluar problemas sociales, psicológicos y familiares relacionados con la persona con una enfermedad terminal y la elaboración de un plan para ayudar a resolver esos problemas;
 - 2) servicios de apoyo emocional para ayudar a aliviar el estrés, hacer frente a la pérdida anticipada, ayudar a las familias a resolver asuntos pendientes y mantener a la persona con enfermedad terminal en el entorno más apropiado;
 - 3) servicios incidentales especiales para el enfermo terminal, tales como requisitos nutricionales especiales, transporte entre el hogar y otros lugares de atención; y
 - 4) terapia por duelo para la familia inmediata después de la muerte de la persona;
6. servicios profesionales de médico, cirujano o asistente de cirujano. Esos servicios profesionales incluyen los servicios de diagnóstico inicial ordenados por un médico y realizados en su consultorio, la clínica o el departamento de atención ambulatoria del hospital, sujetos a copagos, coseguro y deducibles, según lo dispuesto en el *Resumen de Beneficios* correspondiente. Dichos servicios de diagnóstico inicial están cubiertos, incluso si el Plan no cubre el tratamiento del diagnóstico resultante. No se incluyen pruebas genéticas en este beneficio;
7. servicios de un fisioterapeuta con licencia legal o enfermera titulada, siempre que tales servicios no los preste una persona que por lo general reside en el hogar del empleado o es un participante de la familia;
8. los siguientes tipos de transporte de emergencia:
 - a. servicio de ambulancia profesional local; o
 - b. servicio de ambulancia profesional, ambulancia aérea, vuelo comercial de línea aérea programado normalmente o transporte por ferrocarril al hospital más cercano dentro de Estados Unidos o Canadá que pueda brindar tratamiento que no esté disponible en un hospital local;
9. servicios de laboratorio y radiografías de diagnóstico, incluidos los servicios de diagnóstico inicial ordenados por un médico y realizados en su consultorio, clínica o departamento de atención ambulatoria del hospital sujetos a copagos, coseguro y deducibles, según lo dispuesto en el *Resumen de Beneficios* correspondiente. Esos servicios de diagnóstico inicial estarán cubiertos, incluso si el plan no cubre el tratamiento del diagnóstico resultante. No se incluyen pruebas genéticas en este beneficio;
10. oxígeno y alquiler de equipos para su administración;
11. sangre y plasma sanguíneo y su administración;
12. radioterapia, isótopos radiactivos y terapia de rayos X;
13. yesos, férulas, aparatos ortopédicos, bragueros y muletas;
14. alquiler (hasta el precio de compra) de equipos médicos duraderos, como camas de tipo hospitalario o sillas de ruedas;
15. extremidades y ojos artificiales para reemplazar los naturales, e implantes cocleares;
16. servicios dentales prestados por un médico, cirujano o dentista para tratamiento dentro de los 24 meses de producida una lesión en la mandíbula o los dientes naturales, incluido el reemplazo inicial de tales dientes y las radiografías dentales necesarias. Los cargos cubiertos por dichos servicios dentales se pagarán de acuerdo con el *Resumen de Beneficios* correspondiente, si los servicios los presta un médico o cirujano. Sin embargo, si los presta

un dentista, el porcentaje de coseguro del plan se pagará de acuerdo con el *Resumen de Beneficios Dentales por Accidente*, solo si dichos servicios los presta un dentista de Delta Dental. Además, el Plan cubrirá todo servicio dental prestado por un médico, cirujano o dentista que sea médicamente necesario para el tratamiento de cáncer o como consecuencia de un tratamiento relacionado con cáncer, pero no estará sujeto al límite de 24 meses; sin embargo, estará sujetos a las disposiciones de pago señaladas en las dos oraciones anteriores;

17. compra de una bomba de infusión de insulina una vez en un año calendario cualquiera después de haberla utilizado durante al menos 30 días;
18. programa de educación de diabetes;
19. exámenes médicos realizados por un otólogo u otorrinolaringólogo con licencia, para determinar el diagnóstico médico de un problema de audición, limitado a un examen en cualquier período de 24 meses;
20. tratamiento de diálisis renal, incluido el alquiler (o, a opción del Fondo, la compra) de equipo para el tratamiento de diálisis renal como paciente hospitalizado, ambulatorio o en el hogar;
21. tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluido el tratamiento en centros de tratamiento residenciales, como se describe en el *Resumen de Beneficios* correspondiente que comienza en la página 2;
22. tratamientos recibidos mientras viaja fuera de Estados Unidos o Canadá, sin superar la tasa de cambio de moneda y el valor apropiado de tales servicios según lo determinen únicamente los Fideicomisarios;
23. análisis de sangre de rutina para antígeno prostático específico (PSA) para hombres de 50 años o más;
24. disfunción de articulación temporomandibular (TMJ) al coseguro del Plan que se muestra en el *Resumen de Beneficios* correspondiente que comienza en la página x.
25. El Plan cubre la mayoría de los servicios preventivos, incluidos los exámenes físicos anuales, como se describe en la página 51 de acuerdo con las pautas de la ACA. Estos servicios se actualizan cuando cambian las pautas. Los cargos por exámenes físicos que no son de rutina, trabajo de diagnóstico, colonoscopías y sigmoidoscopías flexibles también pueden estar cubiertos si el Plan determina que son médicamente necesarios debido al historial médico de la familia inmediata de la persona y de acuerdo con la certificación de un médico. Sin embargo, los beneficios de exámenes que no son de rutina no cubren las pruebas genéticas y de ADN.

Los exámenes de TMJ y otros que no son de rutina no están cubiertos por el Plan básico.

El Plan brinda la siguiente cobertura de visitas al consultorio para servicios de atención preventiva:

Los servicios preventivos se pagan según los planes de pago del Plan de servicios individuales. Sin embargo, puede haber situaciones limitadas en las que una visita al consultorio sea pagadera según el beneficio de servicios preventivos. Las siguientes condiciones se aplican al pago de visitas al consultorio dentro de la red según el beneficio de servicios preventivos. El beneficio no cubre en ningún caso las visitas al consultorio fuera de la red.

- a. Si un artículo o servicio preventivo se factura por separado de una visita al consultorio, el Plan impondrá el costo compartido que se indica en el *Resumen de Beneficios*.
- b. Si no se factura por separado de la visita al consultorio, y el propósito principal de la visita es la entrega de tal artículo o servicio preventivo, el Plan pagará el monto especificado en el *Resumen de Beneficios* correspondiente.
- c. Si el artículo o servicio preventivo no se factura por separado de la visita al consultorio, y el propósito principal de esta no es la entrega de dicho artículo o servicio preventivo, el Plan impondrá el costo compartido que se indica en el *Resumen de Beneficios* correspondiente, e impondrá el costo compartido especificado allí por el artículo o servicio preventivo.

Por ejemplo, si realizan a una persona a una prueba de detección de colesterol durante una visita al consultorio y el médico factura la visita y, por separado los análisis, el Plan impondrá el costo compartido que se indica en el *Resumen de Beneficios* correspondiente para la visita al consultorio, e impondrá el costo compartido correspondiente que se indica en el documento por los servicios preventivos para el análisis. Si una persona acude a un médico para hablar sobre dolor abdominal recurrente y se somete a un control de presión arterial durante esa visita, el Plan cobrará un copago por la visita al consultorio porque el control de la presión arterial no era el objetivo principal de la visita.

El Plan impone las siguientes limitaciones y exclusiones de cobertura de servicios preventivos:

- a. Se cubren los servicios preventivos cuando se prestan por motivos de detección preventiva y se facturan según los códigos de servicios preventivos correspondientes. El beneficio correspondiente del Plan, y no el de servicios preventivos, los cubre cuando se realizan por razones de diagnóstico. Un servicio está cubierto por razones de diagnóstico si el participante o el familiar a cargo presentaban síntomas que requieren un diagnóstico adicional o anomalías encontradas en estudios preventivos o de diagnóstico previos que requirieron exámenes, pruebas de detección, análisis, tratamiento u otros servicios adicionales.
 - b. Los servicios cubiertos por el beneficio de servicios preventivos no son también pagaderos según otras partes del Plan.
 - c. El Plan utilizará técnicas razonables de administración médica para controlar los costos del beneficio de servicios preventivos. Establecerá criterios de tratamiento, lugar, frecuencia y administración médica para servicios preventivos específicos, que deben cumplirse para obtener el pago en virtud de ese beneficio.
 - d. Las vacunas no están cubiertas, aunque las recomienden los CDC, si la recomendación se basa en el hecho de que existe algún otro factor de riesgo (por ejemplo, por indicaciones ocupacionales, de estilo de vida u otras). No tienen cobertura las vacunas para viajes (como para fiebre tifoidea, fiebre amarilla, cólera, peste bubónica y virus de encefalitis japonesa).
 - e. Los exámenes, pruebas de detección, análisis, artículos o servicios no están cubiertos cuando son experimentales o de investigación, según lo determina el Plan.
 - f. Los exámenes, pruebas de detección, análisis, artículos o servicios no tienen cobertura en los siguientes casos:
 - 1) cuando se los exige para educación, deportes, campamentos, viajes, seguros, matrimonio, adopción u otros fines no médicos;
 - 2) cuando se relacionan con procesos judiciales o administrativos;
 - 3) cuando se relacionan con investigaciones médicas o ensayos; o
 - 4) cuando se los exige para mantener un empleo o una licencia de cualquier tipo.
 - g. El beneficio de servicios preventivos no cubre fármacos, medicamentos, vitaminas ni suplementos, disponibles con o sin receta, excepto en los casos ya indicados.
 - h. Los productos, fármacos o medicamentos para dejar de fumar no están cubiertos, excepto según lo dispuesto en el beneficio de asistencia para cesación de tabaquismo;
26. asistencia para dejar de fumar, solo para participantes y cónyuges o parejas de hecho. (Si es jubilado con Medicare y tiene cobertura de recetas de Medicare para grupos de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare, debería comunicarse con Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare para obtener información sobre la posible cobertura de productos para dejar de fumar.)
- a. El Plan pagará, como se muestra en el *Resumen de Beneficios* correspondiente, que comienza en la página 2, para una clase diseñada con el fin de ayudar a dejar de fumar.
 - b. Cubrirá productos de cesación para participantes y cónyuges o parejas de hecho según beneficios de medicamentos recetados. Todos los productos para dejar de fumar requieren receta médica, incluidos los de venta libre, para tener cobertura del Plan.

Se puedan comprar sin receta, el Plan exige que todos los productos tengan una receta médica para que se haga el reembolso.

27. cirugía ortognática para corregir la posición de los maxilares entre sí. Los gastos permitidos se pagan como se muestra en el *Resumen de Beneficios* correspondiente que comienza en la página 2, y hasta los máximos de por vida que se detallan. La cirugía ortognática debe ser médicamente necesaria (debe causar un impedimento funcional) y no solo para afecciones dentales. Los servicios hospitalarios relacionados están cubiertos por los beneficios médicos principales integrales. Esos beneficios no cubren tratamientos dentales o de ortodoncia pre- y posquirúrgicos; sin embargo, podrían tener cobertura de los beneficios dentales del Plan.
28. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, limitado a un tratamiento de por vida, que sea médicamente necesario y sujeto a la aprobación previa del Plan. La cobertura incluye, entre otros, procedimientos de restricción gástrica, bypass gástrico o intestinal, cirugía de seguimiento para corregir un procedimiento quirúrgico gástrico anterior o cualquier complicación de la cirugía, y asesoramiento posquirúrgico. Para tener cobertura:
- debe considerarse que la persona tiene Obesidad Mórbida, según lo define el Plan;
 - debe haber existido durante al menos cinco años;
 - la persona debe haber participado en un programa de ejercicio y nutrición supervisado por un médico (que incluya consulta con un dietista, dieta baja en calorías, aumento de la actividad física y modificación del comportamiento) documentado en el historial médico. El programa no es un gasto cubierto por el Plan. Este programa de ejercicio y nutrición supervisado por un médico debe cumplir con los siguientes criterios:
 - debe tener supervisión y control de un médico que trabaje en colaboración con dietistas o nutricionistas;
 - debe tener una duración de seis meses o más;
 - la persona debe participar dentro del período de dos años anterior a la cirugía; y
 - la participación debe estar documentada en el historial médico por un profesional que esté a cargo del paciente y que no realice cirugía bariátrica (una carta de resumen del médico no se considera documentación suficiente);
29. tratamiento en hospitales de rehabilitación ambulatoria, incluidos centros de atención diurna; hasta 30 visitas ambulatorias de por vida;
30. ocho pares de medias de compresión por año calendario. Este beneficio se aplica solo a las medias de soporte con gradiente de presión prefabricadas o hechas a medida que tienen una presión de 18 mm Hg o más, y que requieren receta médica y mediciones para su ajuste;
31. ortesis para los pies, que incluye solo aparatos ortopédicos moldeados a medida que ha recetado un médico y se utilizan para corregir la alineación ósea o para controlar mecánicamente el pie. Se debe diagnosticar una afección y debe haber documentación de que el tratamiento conservador ha fallado antes del uso de aparatos ortopédicos. Los aparatos ortopédicos de reemplazo para pies pueden estar cubiertos si son médicamente necesarios y los iniciales ya no son terapéuticos. Los zapatos moldeados a medida, el calzado ortopédico y otros dispositivos de apoyo para los pies (incluidos artículos de venta libre) no están incluidos en este beneficio;
32. pruebas genéticas de diagnóstico, sujetas al deducible y coseguro correspondientes, hasta un máximo anual de \$2,500, siempre que:
- la persona muestre características clínicas (síntomas) de la mutación en cuestión;
 - los resultados de las pruebas afecten directamente su tratamiento;
 - el diagnóstico siga siendo incierto después de un examen físico y del historial, análisis genealógico, asesoramiento genético y la realización de estudios de diagnóstico convencionales;
 - el administrador del Plan confirme el diagnóstico que se sospecha y determine que la mutación sospechada cumple con los criterios establecidos para la prueba genética en particular; y
 - no se haya realizado antes una prueba genética particular a esa persona;

33. anticonceptivos, sujetos a deducibles, copagos y coseguros según los beneficios médicos y de medicamentos recetados. Los anticonceptivos incluyen fármacos de control de la natalidad, dispositivos anticonceptivos y gastos relacionados. Se aplicarán copagos de medicamentos recetados del plan a los anticonceptivos cubiertos por el beneficio. Los gastos de anticonceptivos cubiertos por el beneficio médico se aplicarán a los niveles de beneficios, deducibles y coseguros de proveedores dentro y fuera de la red;
34. cargos de centros quirúrgicos ambulatorios y anestesia asociada por servicios dentales cubiertos que se brindan a una persona cubierta que:
 - a. es un hijo a cargo de 12 años o menos;
 - b. tiene una afección que requiere hospitalización o anestesia general para la atención dental; o
 - c. está discapacitada.

La cobertura estará sujeta al deducible y coseguro de los beneficios médicos principales integrales. Debe ser un procedimiento dental cubierto según los beneficios dentales del Plan para el centro quirúrgico ambulatorio y los gastos de anestesia asociados deben ser gastos médicos cubiertos.

Los centros quirúrgicos ambulatorios y la anestesia asociada para atención dental no están cubiertos por el Plan básico;

35. a partir del 1 de abril de 2020, servicios relacionados con el tratamiento de disforia de género, que implica un conflicto entre el género físico o asignado de una persona y aquel con el que se identifica. Estos servicios están sujetos a revisión médica por parte del Medical Review Institute of America;
36. procedimientos de empuje sinusal.
37. A partir del 1 de marzo de 2020 hasta la fecha en la que finalice la emergencia de salud pública por COVID-19 declarada por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos, las pruebas de diagnóstico de la enfermedad, junto con las visitas al consultorio dentro y fuera de la red (incluidas las virtuales o de telesalud), las visitas de atención de urgencia y a la sala de emergencias que deriven en una orden de realización o administración de pruebas de diagnóstico de COVID-19, además de artículos o servicios proporcionados durante esas visitas en la medida en que se relacionen con el suministro o administración de la prueba de diagnóstico o la evaluación de si la prueba es necesaria.

Beneficios quiroprácticos

El Plan paga beneficios por atención quiropráctica a empleados activos y sus familiares a cargo cubiertos en el Plan común y empleados jubilados y sus familiares a cargo elegibles. Con el Plan básico no se ofrecen beneficios quiroprácticos.

Los beneficios incluyen tratamiento médicamente necesario que usted o sus familiares a cargo reciban de un quiropráctico (o en el consultorio de uno) como se ilustra en el *Resumen de Beneficios* correspondiente.

Este Plan no pagará los gastos que superen los máximos de beneficios quiroprácticos. Todos los beneficios quiroprácticos cubiertos, que incluyen, entre otros, tratamientos musculoesqueléticos, radiografías y fisioterapia, realizados, ordenados o facturados por un quiropráctico (o en el consultorio de uno), están sujetos a los máximos por visita de beneficios quiroprácticos del Plan, que se indican en el *Resumen de Beneficios* correspondiente. No se cubren los servicios quiroprácticos relacionados con un diagnóstico que no sea musculoesquelético.

Gastos no cubiertos por los beneficios médicos principales integrales

Estos beneficios no cubren:

1. extracciones de dientes u otros trabajos dentales, cirugías o anestésias que involucren cualquier diente o estructura dental, proceso alveolar, absceso, enfermedad periodontal o del tejido gingival, excepto lo estipulado en forma específica como gasto cubierto;
2. refracción ocular (excepto según lo dispuesto específicamente para familiares a cargo menores de 19 años) o la adaptación o el costo de anteojos o audífonos (los beneficios de visión y audífonos del plan se describen a partir de las páginas 69 y 71, respectivamente);
3. gastos de enfermería, excepto los estipulados en forma específica como gasto médico principal integral cubierto;
4. cargos médicos no relacionados directamente con el tratamiento de una enfermedad o lesión, excepto los estipulados específicamente como gasto cubierto;
5. medicamentos recetados, excepto como paciente hospitalizado en un hospital o centro de enfermería especializada, o medicamentos administrados como parte de un plan de atención médica domiciliaria (los beneficios de medicamentos recetados del Plan se describen a partir de la página 57);
6. exámenes de audición no realizados por un otólogo u otorrinolaringólogo calificado, excepto los realizados junto con la obtención de un audífono por la red EPIC Hearing Healthcare;
7. exámenes exigidos por un empleador como condición para contratación, o que un empleado deba proporcionar en virtud de un contrato laboral;
8. cargos por trasplante de médula ósea o de órganos, o relacionados con él. Los trasplantes de órganos y médula ósea tienen cobertura de los beneficios de trasplante de órganos del plan, que se describen a partir de la página 55;
9. cargos por cualquiera de las circunstancias mencionadas en las exclusiones y limitaciones generales, a partir de la página 84;
10. cargos que no figuran como gastos cubiertos.

BENEFICIOS DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS (empleados activos, jubilados no Medicare, y familiares a cargo)

Los beneficios de trasplante de órganos son independientes de los beneficios médicos principales integrales. Por lo tanto, los gastos en los que usted incurra en virtud de un beneficio no se aplican a los deducibles ni a los máximos de gastos de bolsillo de otro beneficio.

En general, los beneficios de trasplante de órganos están disponibles para empleados jubilados activos y que no son de Medicare, y sus familiares a cargo.

El Fondo ha celebrado un acuerdo con LifeTrac para que sea la red de proveedores exclusiva del Fondo en relación con trasplantes de órganos y médula ósea. LifeTrac es una red de “centros de excelencia” que ofrece apoyo clínico y acceso a cientos de programas de trasplante en establecimiento de trasplante selectos.

Si usted o uno de sus familiares a cargo elegibles se convierten en candidato para trasplante de órgano o de médula ósea, comuníquese sin demora con la oficina del Fondo. Ellos trabajarán con usted y LifeTrac para reunir más información y ayudarlo a seleccionar un curso de acción apropiado.

Cómo funciona el plan

Deducible por trasplante

El deducible por trasplante es la cantidad de gastos cubiertos que usted o sus familiares a cargo elegibles pagan por trasplante antes de que el Plan comience a pagar beneficios. El deducible es de \$300 por trasplante.

Coseguro del plan

En general, usted y el Plan comparten los gastos. El coseguro, que en general se expresa como porcentaje, es el monto que paga el Plan de los gastos cubiertos después de que usted alcanza el deducible por trasplante. Cuando eso ocurre, el Plan paga el 90 % de los gastos elegibles que se reciban de un centro de la red LifeTrac.

Los trasplantes realizados en un establecimiento que no pertenezca a la red LifeTrac no tienen cobertura.

Máximo de gastos de bolsillo

El máximo de gastos de bolsillo limita el monto de gastos que paga por trasplante. Una vez que usted o uno de sus familiares a cargo alcancen el máximo de gastos de bolsillo por trasplante, se pagará el 100 % de los gastos cubiertos restantes relacionados con ese trasplante, sujeto a máximos y limitaciones específicos. Su máximo de gastos de bolsillo es de \$10,000 por trasplante, monto que incluye el deducible del trasplante.

Máximos de beneficios

Ciertos gastos de trasplante cubiertos tienen máximos o limitaciones específicos, como se indica a continuación:

- Máximo de por vida: no hay para los beneficios de trasplante.
- Obtención de órganos: hay un máximo de \$15,000 por persona por trasplante para obtención de órganos. Los gastos de obtención de órganos incluyen encontrar un órgano compatible para el receptor del trasplante.

Gastos de transporte cubiertos

- Si usted o uno de sus familiares a cargo deben viajar más de 100 millas (160 km) desde su hogar hasta el establecimiento de trasplante especificado por LifeTrac, el Plan pagará el 100 % de todos los costos de transporte, alojamiento temporal y comidas para que un adulto acompañe al receptor. Si el receptor es menor de 18 años, el Plan proporcionará transporte, alojamiento temporal y comidas para dos adultos.

Medicamentos inmunodepresores

Con estos fármacos, usted paga lo siguiente por un suministro de hasta 90 días en el programa de pedido por correo:

- copago de \$16 por medicamento genérico;
- copago de \$50 por medicamento de marca incluida en la lista de medicamentos permitidos; o
- copago de \$80 por medicamento de marca no incluida en la lista de medicamentos permitidos.

La cobertura de inmunodepresores comprados en farmacias minoristas se determina según cada caso.

Gastos no cubiertos por los Beneficios de Trasplante de Órganos

Los beneficios de trasplante de órganos no cubren:

- servicios de trasplante brindados fuera de la red LifeTrac. Sin embargo, si este Plan es el pagador secundario y el primario exige usar, o proporciona un pago mayor por usar, un centro de trasplante específico que no esté en la red de LifeTrac, el Plan pagará los beneficios como si se usara un establecimiento de la red de LifeTrac;
- todos los gastos que no se indiquen en forma específica como cubiertos en esta sección;
- todos los gastos que superen los máximos específicos..

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS (empleados activos, jubilados no elegibles para Medicare, y familiares a cargo)

Los beneficios de medicamentos recetados están disponibles para empleados activos y jubilados, y sus familiares a cargo, incluidos los participantes cubiertos por el Plan básico.

Plan de medicamentos recetados de Medicare

Si es jubilado o familiar a cargo de uno y tiene cobertura de Medicare, se cubren sus medicamentos recetados en virtud de un contrato aparte con Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare. Debe recibir beneficios de salud del Fondo de Salud para poder acceder al programa. Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare proporciona el beneficio según un contrato de seguro y toma todas las decisiones sobre reclamaciones y beneficios. En la página 15 o en el material "Recetas de Medicare para Grupos de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare" hallará información sobre el plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si es jubilado o familiar a cargo de uno, con cobertura de Medicare, y se inscribe para cobertura de medicamentos recetados de Medicare que no sea del Fondo de Salud de Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare, no tendrá derecho a los beneficios de medicamentos recetados del Fondo de Salud.

No puede usar el programa de tarjetas de Sav-Rx para medicamentos de mantenimiento o reabastecimientos de ellos. Para las recetas de mantenimiento, debe utilizar el programa de pedidos por correo.

Beneficios para empleados activos, jubilados no elegibles para Medicare, y familiares a cargo

El Fondo de Salud ha contratado a Sav-Rx para brindar beneficios de medicamentos recetados en nombre de los participantes que no son de Medicare. Sav-Rx proporciona dos programas:

1. un programa de tarjetas de medicamentos recetados; y
2. un programa de pedidos por correo.

Requisitos del Plan

A fin de ayudar a administrar los gastos de nuestro Fondo, trabajamos con Sav-Rx para identificar formas rentables de brindar beneficios de medicamentos recetados de alta calidad. Los siguientes programas se aplican a las recetas surtidas en farmacias minoristas y a mediante el programa de pedidos por correo, y contribuyen en gran medida a ayudarlos a usted y al Fondo a controlar los gastos de medicamentos recetados.

Requisito de medicamento genérico

Muchos medicamentos recetados tienen dos nombres: uno genérico y uno de marca. Por ley, ambos tipos de medicamentos deben cumplir con los mismos estándares de seguridad, pureza y eficacia. Sin embargo, en promedio, los medicamentos genéricos pueden costar la mitad de los de marca y, en algunos casos, el ahorro puede llegar al 90 %. Para animarlo a solicitar medicamentos genéricos, si tiene una receta para un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, será responsable de pagar la diferencia de costo entre uno y otro, además de su copago. Esta disposición se aplica a recetas surtidas en farmacias minoristas y mediante el programa de pedidos por correo.

Lista de medicamentos con receta permitidos

Muchas veces, hay varios tipos de medicamentos que se pueden usar para tratar la misma afección. Para garantizar una atención de alta calidad y ayudar a administrar los costos, la mayoría de los programas de medicamentos recetados tienen una lista de medicamentos permitidos. En

esa lista figuran medicamentos recetados que son más eficaces que otros de su clase para tratar una afección en particular, o igual de eficaces y menos costosos que otros similares.

Si bien los copagos del Plan son diferentes para los medicamentos genéricos y de marca, para los primeros varían según si figuran o no en la lista de medicamentos permitidos. Como las listas se actualizan en forma periódica y están sujetas a cambios, siempre puede obtener la versión más actualizada en www.savrx.com. Cuando necesite surtir una receta, hable con su médico sobre la lista de medicamentos permitidos del plan. Es recomendable que lleve una copia de la lista cuando vaya al consultorio de su médico, como ayuda para que ambos encuentren la mejor opción para usted según la lista de medicamentos permitidos del plan.

Programa de Autorización Previa

Con este programa se monitorean ciertos medicamentos recetados y sus costos a fin de que pueda obtener el medicamento correcto al costo adecuado. Eso significa que recibe un medicamento eficaz que también está cubierto por el Plan. Ciertos medicamentos requerirán autorización previa antes de que el Plan los cubra. Esto simplemente significa que cuando su médico le receta uno de esos medicamentos, debe comunicarse con Sav-Rx para preguntar si el Plan lo cubre. Su farmacéutico también podría decirle que necesita autorización previa cuando vaya a surtir su receta. Si eso ocurre, él puede llamar a su médico y pedirle que se comunique con Sav-Rx para ver si el Plan cubre el medicamento. Puede solicitar una lista de medicamentos a Sav-Rx.

Cuando se aprueba la cobertura de un medicamento recetado, usted simplemente abona el copago correspondiente. Si no se aprueba un medicamento que toma o que le han recetado, pero aun así desea tomarlo, usted será responsable del costo total.

Programa de Medicamentos Especializados

Este programa está diseñado para ayudar a administrar los gastos de medicamentos de especialidades, que pueden ser de los más costosos. Los medicamentos de especialidad se utilizan para tratar afecciones continuas, como hepatitis C, esclerosis múltiple y artritis reumatoide. El programa se enfoca en medicamentos inyectables y otras terapias que involucran métodos de administración complejos, medicamentos costosos y difíciles de encontrar, o los que tienen requisitos especiales de almacenamiento, manipulación y entrega. El énfasis del programa está en la atención del paciente y la calidad de servicio al cliente.

Uso del Programa de Medicamentos Especializados. Comuníquese con el Programa de Medicamentos Especializados de Sav-Rx, al 800-228-3108 cuando usted o un familiar a cargo necesiten surtir una receta para:

- hepatitis C;
- esclerosis múltiple;
- un trastorno hemorrágico;
- artritis reumatoide;
- soriasis; o
- virus respiratorio sincicial (RSV).

Una vez que se comunique con Sav-Rx, un representante del programa trabajará con usted y todos los medicamentos especializados se proporcionarán mediante un servicio especial de entrega a domicilio. Los pedidos se pueden enviar al consultorio de su médico o a su hogar, según dónde se administre el medicamento.

Mediante el programa de medicamentos especializados, tendrá acceso a un equipo de especialistas incluidos farmacéuticos, enfermeras, clínicos, trabajadoras sociales, coordinadores de atención y especialistas en reembolsos que trabajarán con usted y su médico durante el tratamiento. El programa monitoreará su toma de medicamentos para reducir al mínimo las

posibles reacciones adversas y maximizar el beneficio que reciba de su tratamiento. Además, le brinda acceso a un farmacéutico de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Programa de Terapia Escalonada

Con frecuencia, cuando hay muchos medicamentos diferentes disponibles para tratar una afección, es útil seguir un enfoque sistemático (llamado “terapia escalonada”) a fin de encontrar el mejor tratamiento para usted. Este programa está diseñado para personas que toman ciertos medicamentos recetados en forma habitual para afecciones continuas, como la artritis o la presión arterial alta. Le ayuda a obtener un medicamento eficaz para tratar su afección a la vez que mantiene sus costos lo más bajos posible.

Según el programa, en lugar de surtir de inmediato su receta con un medicamento costoso, debe trabajar con su médico para ver si puede tomar un genérico o de la lista de medicamentos permitidos que sea igual de eficaz pero menos costoso, para lograr el mismo beneficio de salud que obtendría con el otro.

Así funciona:

- **El primer paso** es preguntar a su médico si hay un medicamento genérico adecuado para usted. En la mayoría de las personas, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como los de marca y, por lo general, cuestan menos. Y debido a que estos medicamentos han estado en el mercado durante largo tiempo, tienen un historial de seguridad más establecido que algunos más nuevos. Por lo general, los medicamentos recetados como paso 1 serán los de menor costo disponibles que hayan demostrado ser seguros y eficaces para tratar su afección. Si funciona para usted, no es necesario seguir más pasos. Sin embargo, si un medicamento del paso 1 no funciona o causa problemas después de probarlo, se intentará con un medicamento alternativo del paso 2.
- **El paso 2**, si es necesario, es pedir a su médico que le recete un medicamento de marca de la lista de los permitidos. Lleve a su cita una copia de la lista de medicamentos permitidos del plan. Por lo general, los medicamentos de marca de esa lista son algunos de menor costo que también han demostrado ser seguros y eficaces para su afección. Sin embargo, si al probar con un medicamento del paso 2, ese no funciona o causa problemas, se probará con uno alternativo del paso 3.
- **El paso 3**, si es necesario, es pedir a su médico otras opciones de medicamentos, que pueden incluir uno de marca no incluido en la lista de permitidos. Por lo general, los medicamentos del paso 3 son los más costosos.

La primera vez que surta una receta de un medicamento cubierto por el programa de terapia escalonada, su farmacéutico puede informarle que necesita utilizar dicho programa. Por lo tanto, hable con su médico sobre el tema antes de surtir su receta. Su médico puede solicitar una anulación para usted, que le permita omitir el programa de terapia escalonada si:

- usted ya probó los medicamentos genéricos cubiertos de su programa de terapia escalonada;
- no puede tomar un medicamento genérico (por ejemplo, debido a una alergia); o
- su médico decide, por razones médicas, que necesita un medicamento de marca más costoso.

Una vez que se aprueba la anulación, deberá hacerse cargo del copago correspondiente de su medicamento. Sin embargo, si la anulación no se aprueba, el plan puede no cubrir el medicamento.

Si desea recibir una lista de los medicamentos cubiertos por el programa de terapia escalonada, llame a Sav-Rx al 800-228-3108.

Programa de Defensa de Alto Impacto

Debido al creciente costo de ciertos medicamentos especializados, el Fondo ha implementado el “programa de defensa de alto impacto” (el programa) desarrollado por Sav-Rx. En él se reducen, mediante el uso de cupones del fabricante, sus gastos de bolsillo para ciertos medicamentos de uso común y costo elevado. Si toma o le han recetado un medicamento especializado

seleccionado para este programa, Sav-Rx le notificará directamente sobre la asistencia económica disponible con los cupones del fabricante. Sav-Rx lo ayudará en el simple proceso de obtener esa asistencia.

Los siguientes medicamentos especializados están sujetos al programa en la actualidad:

- medicamentos para hepatitis C, como Harvoni y Epclusa;
- inhibidores del factor de necrosis tumoral (FNT), como Enbrel y Humira, y otros relacionados, como Orenzia y Cimzia;
- medicamentos para la esclerosis múltiple, como Copaxone y Rebif; y
- ciertos medicamentos oncológicos y contra el VIH (comuníquese con Sav-Rx para recibir información más específica).

Si un cupón se agota, se aplicará la estructura de copago normal de medicamentos especializados del Plan. Los medicamentos especializados que están incluidos en el programa pueden discontinuarse, y se pueden incluir medicamentos adicionales, en cualquier momento y sin previo aviso.

Programa de tarjetas para medicamentos recetados

Este programa ofrece beneficios para medicamentos con receta de corto plazo (30 días o menos). Cuando se vuelve elegible para los beneficios de medicamentos recetados del Plan, se le envía una tarjeta de identificación médica con la información. Usted y cualquiera de sus familiares a cargo elegibles pueden usar la tarjeta en las farmacias de la red Sav-Rx (farmacias participantes). Para obtener una lista de las farmacias participantes, comuníquese con Sav-Rx al 800-228-3108 o visite el sitio web www.savrx.com.

Presente la tarjeta de identificación y la receta a su farmacéutico. Cuando usa una farmacia participante, para un suministro de 30 días como máximo, solo paga:

- \$8 por receta para medicamentos genéricos;
- \$25 por receta para medicamentos de marca que se encuentran en la lista de medicamentos permitidos; o
- \$40 por receta para medicamentos de marca que no se encuentran en la lista de permitidos.

Puede recibir la cantidad recetada por su médico, hasta un suministro de 30 días como máximo. No se necesitan formularios, recibos ni presentación de reclamaciones. Solo debe hacer el copago necesario al surtir su medicamento.

El copago no es reembolsable en virtud de los beneficios médicos integrales principales del Plan. Es su responsabilidad y no se contabiliza para el deducible de sus gastos médicos ni el límite de gastos de bolsillo. *Si solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, debe pagar el copago de marca más la diferencia de costo entre ambos medicamentos.*

Si no usa una farmacia participante

Si surte la receta en una farmacia no participante, tendrá que pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo recoja. Luego deberá enviar un formulario de reclamación a Sav-Rx para obtener el reembolso. Se le reembolsará el costo de red del medicamento menos el copago de esa receta.

Para enviar una reclamación, complete el formulario de solicitud de reembolso de medicamentos recetados de Sav-Rx. Puede obtener el formulario de reclamación en Sav-Rx o en la oficina del Fondo..

Programa de pedidos por correo

El programa de pedido por correo ofrece una manera segura y conveniente de recibir un suministro máximo de 90 días de sus medicamentos directamente en su hogar. Si toma un

Puede resurtir tres veces la receta en su farmacia local. Después de la tercera vez, debe utilizar el programa de pedidos por correo para cada vez que vuelva a surtir recetas para medicamentos de mantenimiento: el programa de tarjeta para medicamentos con receta del Plan no las cubre.

medicamento en forma continua (por ejemplo, para artritis, presión arterial alta, una afección cardíaca o diabetes), puede tener un suministro del medicamento de hasta 90 días (un suministro de 31 días o más) con el programa de pedido por correo.

Debe utilizar el programa de pedidos por correo para todas las veces que vuelva a surtir medicamentos de mantenimiento: el programa de tarjeta para medicamentos recetados del Plan no los cubre.

Solo recibe beneficios para medicamentos de mantenimiento cuando los ordena mediante el programa de pedidos por correo administrado por la compañía de Sav-Rx. Si su médico le receta un medicamento de largo plazo que necesita de inmediato, pídale que le entregue dos recetas: una para que se lo surtan en una farmacia local de la red de Sav-Rx con su tarjeta para medicamentos recetados y la otra para que envíe al establecimiento de pedidos por correo y pueda recibir el resto del medicamento. Cuando usa el programa de pedidos por correo para recibir un suministro de hasta 90 días, solo paga:

- \$16 por receta para medicamentos genéricos;
- \$50 por receta para medicamentos de marca que se encuentran en la lista de medicamentos permitidos; u
- \$80 por receta para medicamentos de marca que no se encuentran en la lista.

El programa de pedidos por correo paga todo el franqueo necesario. El medicamento se surte en la cantidad indicada en por su médico, hasta un suministro máximo de 90 días. Si solicita un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, debe pagar el copago de marca más la diferencia de costo entre ambos medicamentos.

El primer medicamento del programa de pedidos por correo

Debe completar un formulario específico de Sav-Rx para comenzar a recibir medicamentos recetados por el programa de pedidos por correo. Envíe el formulario por correo, junto con la receta original, en el sobre con franqueo pagado que le proporciona Sav-Rx. Como alternativa, su médico puede hacer el pedido por teléfono al 800-228-3108 o por fax al 888-810-1394.

Volver a surtir con el programa de pedidos por correo

Para volver a surtir medicamentos de mantenimiento, puede:

- enviar su pedido al programa de pedidos por correo de Sav-Rx;
- llamar al programa de pedidos por correo de Sav-Rx al 800-228-3108; o
- visitar el sitio web www.savrx.com.

Pagos personales para servicios

Si paga por su cuenta para que la cobertura del plan continúe, no podrá utilizar la tarjeta para medicamentos recetados ni el programa de pedidos por correo hasta que la oficina del Fondo haya recibido los pagos y se notifique a Sav-Rx. Tenga en cuenta que hay una demora entre el momento en que la oficina del Fondo recibe su pago personal y cuando Sav-Rx recibe la notificación. Durante ese período, puede pagar sus recetas en la farmacia y presentar una reclamación a Sav-Rx mediante un formulario de solicitud de reembolso. Sin embargo, las reclamaciones no se pagarán hasta que la oficina del Fondo haya recibido su pago.

Coordinación de beneficios de medicamentos recetados para participantes de Sav-Rx

Si sus familiares a cargo reciben cobertura de atención médica primaria de otro plan que tiene beneficios de medicamentos recetados y la cobertura de este plan es secundaria, los programas de tarjeta para medicamentos y de pedidos por correo no los cubren directamente.

Para recibir beneficios de medicamentos recetados en este caso, siga estos pasos:

1. Presente la reclamación al plan primario.
2. Cuando reciba una explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés), envíe a Sav-Rx los recibos de las recetas donde figure el precio minorista del medicamento, una copia de la EOB y un formulario de solicitud de reembolso de Sav-Rx completo.

3. Sav-Rx reembolsa la diferencia entre el monto pagado por el plan primario y el costo total del medicamento recetado, siempre que el plan primario haya pagado parte del costo del medicamento. Si el plan primario no paga ningún beneficio, se le reembolsará la tarifa estipulada menos el copago correspondiente de ese medicamento.

Bonificación de coordinación de beneficios de medicamentos recetados

Si tiene cobertura de otro plan y le surten el medicamento recetado primero mediante ese plan, el Fondo de Salud le reintegrará el 100 % del copago correspondiente de acuerdo al otro plan. Para recibir el reembolso del monto del copago debe ser elegible para la cobertura del Fondo de Salud cuando le surtan la medicación recetada.

Esto solo corresponde si el otro plan tiene beneficios de medicamentos recetados aparte de los beneficios médicos. Si el otro plan cubre medicamentos según los beneficios médicos del plan, corresponden las disposiciones estándar para coordinación de beneficios.

Si el plan primario no proporciona una EOB, presente una carta en la que establezca las pautas de reembolso específicas.

EJEMPLO

Stan es elegible para la cobertura del Fondo de Salud y tiene cobertura del plan de su cónyuge, que tiene un programa de medicamentos recetados de venta minorista. Cuando a Stan le surten la receta, usa el plan de su cónyuge, que tiene un copago de \$20 en la farmacia. Stan guarda el recibo y lo envía a la oficina del Fondo. Ellos le reembolsan \$20 a Stan, el 100 % de su copago en virtud de su otro plan.

Gastos cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados

Los beneficios de medicamentos recetados cubren:

1. productos que requieren receta según ley federal y llevan una leyenda federal, a menos que figuren en la siguiente subsección como producto excluido;
2. insulina, jeringas, tiras reactivas, lancetas e hisopos para alcohol, cuando los ordene un médico;
3. medicamentos inyectables;
4. medicamentos compuestos (mixtos) de los que al menos uno de los ingredientes es un fármaco que lleva una leyenda federal;
5. aspirinas y suplementos de venta libre, si los receta un médico y los recomiendan en las disposiciones de la Ley de Atención de Salud Asequible (ACA).

Gastos no cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados

Los beneficios de medicamentos recetados no cubren:

1. medicamentos para pérdida de peso;
2. medicamentos antirrechazo, a menos que se especifiquen como gasto cubierto;
3. medicamentos para infertilidad;
4. minoxidil tópico (por ejemplo, Rogaine);
5. hormonas de crecimiento;
6. retin-A;
7. productos que no requieren receta, incluso cuando los ordena su médico, a menos que figuren como gasto cubierto en forma específica;
8. productos que no llevan leyenda federal, incluso cuando en el estado en que reside se requiere una receta;

9. medicamentos e insumos necesarios utilizados mientras está confinado en un hospital o centro de enfermería especializada o en un plan de atención de salud domiciliaria;
10. cargos por cualquiera de las circunstancias mencionadas en las exclusiones y limitaciones generales, a partir de la página 84.

Estándar de atención para uso de medicamentos no autorizados

Se ha implementado un estándar de atención para el uso de medicamentos no autorizados. Es un “uso no autorizado” cualquier uso de un medicamento diferente al que figura en su etiqueta, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de EE. UU.

Si se rechaza un medicamento genérico o de marca por tener un uso no aprobado por la FDA, se aplicará el siguiente procedimiento:

Sav-Rx llevará a cabo una segunda revisión de la reclamación para investigar si cumple con los criterios del estándar de atención que se detallan más adelante. Si es así, Sav-Rx notificará al Fondo de Salud que la reclamación ha sido aprobada para cobertura. Si no cumple con los criterios, Sav-Rx rechazará la reclamación y se le dará la oportunidad de continuar con una apelación por su cuenta.

Los criterios del estándar de atención incluyen:

1. que el medicamento esté aprobado por la FDA;
2. que el medicamento sea médicamente necesario para tratar su afección o la del familiar a cargo elegible; y
3. que el medicamento tiene reconocimiento para tratamiento de su afección o la del familiar a cargo elegible de uno de los siguientes:
 - a. Evaluaciones de Medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés);
 - b. Información sobre Medicamentos del Servicio Estadounidense de Medicamentos Permitidos Hospitalarios (AHFS, por sus siglas en inglés);
 - c. Información para Dispensar de la Farmacopea de Estados Unidos (USP, por sus siglas en inglés), volumen 1, “Información sobre medicamentos para el profesional de la salud”; o
 - d. dos artículos de importantes publicaciones médicas sometidas a revisión por pares que presentan datos que respaldan el o los usos no aprobados por la FDA propuestos como seguros y efectivos en términos generales, a menos que exista evidencia contradictoria clara y convincente presentada en una importante publicación médica sometida a revisión por pares.

El uso del medicamento no aprobado por la FDA debe cumplir todos los criterios antes mencionados, o se lo considerará como un medicamento experimental o en investigación.

BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS (empleados activos y familiares a cargo)

Los beneficios odontológicos solo están disponibles para empleados activos y sus familiares a cargo que tengan cobertura del plan común. No están disponibles en el plan básico. Están disponibles para jubilados elegibles y no elegibles para Medicare y sus familiares a cargo elegibles, con un contrato independiente de cobertura total con Delta Dental.

CarePlus y Delta Dental de Wisconsin

El Fondo tiene contratos con los planes CarePlus y Delta Dental de Wisconsin (“Delta Dental”) para la prestación de servicios odontológicos. Puede elegir entre estas dos opciones.

Si se inscribe en CarePlus, debe acudir a un proveedor de la red o un proveedor odontológico del Medio Oeste: vea el mapa de ubicaciones del proveedor. Visite el sitio www.Careplusdentalplans.com para encontrar un proveedor de CarePlus dentro de la red.

Delta tiene dos redes de proveedores de servicios odontológicos preferidos:

- Delta Premier, más grande, en la que los odontólogos no ofrecen descuentos por debajo del cargo permitido de Delta Dental;
- Delta Preferred, más pequeña, en la que los odontólogos ofrecen descuentos adicionales.

Cuando utiliza un proveedor de Delta Dental para su atención odontológica o la de su familiar a cargo, el Plan cubre un porcentaje más alto de los gastos cubiertos. Si no puede atenderse con un odontólogo de Delta Preferred, es recomendable que vea si hay disponible uno de Delta Premier.

Atenderse con proveedores de la red tiene varias ventajas:

- Los odontólogos de Delta Dental aceptan el cargo permitido como pago total y no facturarán más que los copagos del Plan indicados en el programa de beneficios correspondiente.
- Los proveedores de Delta Dental presentarán las reclamaciones en su nombre, lo que le ahorrará tiempo de papeleo.
- Los odontólogos de Delta Preferred ofrecen tarifas con descuentos adicionales para que los gastos de bolsillo sean menores.

No es necesario que se atienda con un proveedor de Delta Dental, pero si lo hace, los gastos de bolsillo serán más bajos. Para verificar si su odontólogo es un proveedor de Delta Preferred o Delta Premier, visite el sitio web www.deltadentalwi.com o llame al servicio de atención al cliente al 800-236-3712. La dirección para enviar las reclamaciones es:

Delta Dental Plan of Wisconsin
P.O. Box 828
Stevens Point, Wisconsin 54481-0828

Determinación previa de beneficios

Si considera que en el futuro necesitará un tratamiento odontológico que cueste \$300 o más, el Fondo le solicita que presente un *formulario de reclamación de determinación previa de beneficios* que incluya:

- una descripción del tratamiento odontológico propuesto;
- radiografías; y
- un cálculo de los cargos del odontólogo.

Delta Dental calculará los beneficios pagaderos por el Plan y le devolverá el formulario.

Una vez que sepa el monto exacto de beneficios pagaderos por el tratamiento, podrá conversar con su odontólogo cuál es el tratamiento más apropiado.

Los beneficios odontológicos pagan los gastos odontológicos cubiertos hasta alcanzar los cargos permitidos.

Beneficios odontológicos pagaderos

El programa odontológico cubre:

- 100 % de los cargos permitidos para servicios odontológicos preventivos y de diagnóstico cubiertos, sin deducible; y
- CarePlus: sin deducible:
 - 100 % de los cargos permitidos para otros servicios odontológicos cubiertos (excepto ortodoncia) proporcionados por proveedores de la red CarePlus;
 - no existe cobertura para servicios odontológicos proporcionados por proveedores que no pertenecen a la red de CarePlus;
 - 50 % de los cargos permitidos para servicios odontológicos de ortodoncia cubiertos para los familiares a cargo hasta 27 años, con un máximo de por vida de \$2,500.
- Delta Dental: Después de un deducible por año calendario de \$25 por persona (máximo de \$75 por familia):
 - 85 % de los cargos permitidos para otros servicios odontológicos cubiertos (excepto ortodoncia) proporcionados por proveedores de la red Delta Dental Preferred;
 - 70 % de los cargos permitidos para otros servicios odontológicos cubiertos (excepto ortodoncia) proporcionados por proveedores que no pertenecen a la red Delta Dental Preferred;
 - 50 % de los cargos permitidos para servicios odontológicos de ortodoncia cubiertos para familiares a cargo hasta los 26 años, con un máximo de por vida de \$2,000. Este máximo no se aplica a hijos a cargo de hasta 19 años.
- El máximo por año calendario para toda la atención odontológica (excluida la ortodoncia) es de \$2,500 por persona (CarePlus) o \$2,000 por persona (Delta Dental). Solo en la cobertura de Delta Dental, este máximo por año calendario no se aplica a los hijos a cargo de hasta 19 años.

Servicios odontológicos preventivos

La atención odontológica preventiva incluye los servicios que se mencionan a continuación, si los proporciona un odontólogo, un médico o un higienista dental con licencia. El Plan paga el 100 % de los cargos permitidos por esta atención, sin deducible requerido, hasta el máximo por año calendario:

- un examen oral de rutina por período de seis meses consecutivos;
- un tratamiento de profilaxis (limpieza) de rutina realizado por un dentista o higienista dental por período de seis meses consecutivos;
- radiografías dentales, si las indica un profesional (una radiografía dental de boca completa en cualquier período de 12 meses consecutivos);
- sellador dental para hijos a cargo de hasta 18 años;
- una aplicación tópica de fluoruro de sodio o de estaño realizada por un dentista o higienista dental en cada período de 12 meses consecutivos para hijos a cargo de hasta 19 años.

Otros servicios odontológicos cubiertos

Los siguientes son otros servicios con gastos odontológicos cubiertos, si los proporciona un odontólogo o un médico con licencia:

1. extracciones;
2. cirugía oral (incluida atención pre- y posoperatoria) para:
 - a. extirpación de un diente total o parcialmente impactado;

- b. extirpación de la raíz de un diente sin la extracción de todo el diente;
 - c. reducción cerrada o abierta de fracturas o dislocaciones de mandíbula; procedimientos de incisión o escisión en las encías y tejidos bucales, cuando se realizan en conexión con la extracción o reparación de dientes;
3. empastes de amalgama en dientes posteriores, empastes de porcelana sintética u plástico solo en dientes anteriores;
 4. inyecciones de antibióticos proporcionadas por el odontólogo tratante;
 5. tratamiento de endodoncia, incluida terapia de conducto radicular y terapia pulpar;
 6. tratamiento para el alivio del dolor;
 7. mantenedores de espacio;
 8. colocación inicial de una dentadura total o parcialmente removible, dentadura postiza temporal o puente fijo, incluidos ajustes durante el período de seis meses posterior a la colocación;
 9. reemplazo o alteración de una dentadura postiza total o parcial o de un puente fijo que se necesita debido a una cirugía oral:
 - a. como consecuencia de un accidente; o
 - b. para reposicionar la inserción de músculos; o
 - c. para extirpar un tumor, quiste, torus o tejido redundante.

La cirugía bucal debe realizarse una vez que la persona es elegible y el reemplazo o la alteración debe completarse dentro de los 12 meses después de tal cirugía;
 10. reemplazo de una dentadura postiza completa que es necesario porque:
 - a. se ha producido un cambio estructural dentro de la boca, si han transcurrido más de cinco años desde que se colocó la prótesis existente;
 - b. se coloca una dentadura postiza completa opuesta por primera vez; o
 - c. la dentadura se colocó como prótesis temporal y el reemplazo se coloca dentro de los 12 meses de colocada la dentadura postiza temporal;
 11. reemplazo o agregado de dientes en una dentadura removible completa o parcial o un puente fijo existente, cuando la prótesis se instaló 5 años o más antes del reemplazo y no es posible ponerla en condiciones para que continúe en uso;
 12. incrustaciones, empastes de oro (solo si no se puede utilizar otro material), coronas y recubrimientos de porcelana;
 13. reemplazo de una reparación de corona si la que se reemplaza ha estado colocada durante al menos 5 años antes del reemplazo;
 14. reparación o recementación de coronas, incrustaciones, puentes o dentaduras o revestimiento de dentaduras;
 15. tratamiento y cirugía periodontal, incluidos limpieza periodontal, eliminación de sarro y otros tratamientos para enfermedades de las encías y los tejidos bucales;
 16. anestesia general administrada en relación con la cirugía oral cubierta por este beneficio;
 17. implantes dentales.

Servicios de ortodoncia

Si su hijo a cargo (de hasta 26 años para CarePlus y de hasta 19 años para Delta Dental) recibe tratamiento de un ortodoncista, el Plan cubre el 50 % de los cargos permitidos para la colocación inicial y subsiguiente de aparatos de ortodoncia, además de todos los tratamientos de ortodoncia anteriores y posteriores a la colocación, hasta un beneficio máximo de por vida de \$2,500 de CarePlus y \$2,000 para hijos de 19 años o más para Delta Dental, por persona. Este máximo no se aplica a hijos a cargo de hasta 19 años. Los beneficios se pagan cuando se reciben los servicios relacionados.

Limitaciones de beneficios odontológicos

En algunos casos, tiene más de una forma de tratamiento odontológico disponible. Por ejemplo, pueden usarse diferentes materiales o procedimientos para colocar un empaste en una caries. Este Plan considera solo el procedimiento odontológico más rentable o menos complejo que cumpla con los estándares de gastos cubiertos establecidos a nivel nacional. Si usted o su familiar a cargo eligen un procedimiento más costoso, será responsable de pagar el copago correspondiente al procedimiento menos costoso más el 100 % del costo restante. Estas limitaciones incluyen lo siguiente:

1. Si un diente se puede reparar con amalgama, silicato o plástico, pero selecciona otro tipo de reparación, el Plan pagará solo el porcentaje aplicable a la tarifa que corresponde al procedimiento de menor costo que cumpla con los estándares establecidos a nivel nacional. El saldo del costo del tratamiento seguirá siendo su responsabilidad.
2. Si en la construcción de una prótesis completa o parcial usted y su odontólogo deciden realizar reparaciones “personalizadas” o emplear “técnicas especializadas” en lugar de los procedimientos estándar, el Plan cubrirá el monto correspondiente a la dentadura estándar para ese tratamiento y usted seguirá siendo responsable de la diferencia de costo.
3. Si selecciona un tratamiento de rehabilitación oral, el Plan pagará solo el porcentaje aplicable a las tarifas que corresponden a los procedimientos necesarios para eliminar la enfermedad oral y reemplazar los dientes faltantes. El saldo del costo del tratamiento, incluidos los costos relacionados con aparatos o reparaciones destinadas a aumentar la dimensión vertical o restaurar la oclusión, seguirá siendo su responsabilidad.

Gastos no cubiertos por los beneficios odontológicos

Los beneficios dentales no cubren:

1. gastos por trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) o craneomandibular. Vea en los beneficios médicos integrales principales la cobertura de ATM;
2. servicios odontológicos relacionados con malformaciones congénitas, cirugía estética o procedimientos odontológicos puramente cosméticos;
3. cargos cobrados por tratamientos realizados por cualquier persona que no sea un odontólogo, a excepción de eliminación de sarro o limpieza dental y aplicación tópica de flúor que puede realizarlos un higienista dental autorizado si el tratamiento se realiza con la supervisión y orientación de un odontólogo, o por radiografías ordenadas por un odontólogo;
4. radiografías, si no están indicadas por un profesional;
5. radiografías de boca completa, si se toman con una frecuencia mayor que una cada 12 meses consecutivos;
6. radiografías de aleta de mordida, si se toman con una frecuencia mayor que una cada 6 meses;
7. exámenes orales, incluidos eliminación de sarro y limpieza dental, si se realizan más de una vez durante un período de 6 meses consecutivos;
8. aplicaciones tópicas de fluoruro si la persona tiene más de 19 años o si se realizan con una frecuencia mayor que una vez cada 12 meses consecutivos;
9. medicamentos recetados, incluidos los que son de aplicación en el hogar, de fluoruro de sodio o de estaño;
10. cirugía oral, a menos que se estipule en forma específica como gasto cubierto (vea la página 65);

11. gastos realizados después de terminada la elegibilidad, excepto si la cobertura termina mientras la persona recibe tratamiento, en cuyo caso se seguirán pagando los cargos odontológicos cubiertos para el tratamiento iniciado mientras era elegible, si dicho tratamiento se completa dentro de los 30 días de fecha de finalización;
12. servicios de colocación de aparatos de ortodoncia y servicios protésicos (incluidos puentes y coronas) o tratamientos relacionados que se prestaron antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura con el beneficio odontológico;
13. reforrado o revestimiento de una dentadura en menos de seis meses de la fecha de colocación inicial o más de una vez en dos años;
14. reemplazo de prótesis perdidas o robadas;
15. reemplazo de prótesis menos de un año después de que la persona ha sido elegible para beneficios odontológicos, excepto que se pagarán beneficios por reemplazo de una dentadura solicitado como resultado de la colocación de una dentadura opuesta;
16. selladores dentales si la persona tiene 18 años o más;
17. cargos por cualquier servicio que no figura expresamente en los gastos cubiertos de las prestaciones odontológicas del Plan (incluidos cargos hospitalarios o por medicamentos recetados);
18. todos los gastos odontológicos que puedan tener beneficios cubiertos pagaderos según los beneficios médicos integrales principales del Plan;
19. cargos por cualquiera de las circunstancias mencionadas en las exclusiones y limitaciones generales, a partir de la página 84.

Beneficio odontológico para jubilados

Si está jubilado, usted y sus familiares a cargo elegibles pueden elegir inscribirse en cualquiera de los programas que ofrece Delta Dental de Wisconsin mediante el Fondo cuando es elegible para esta cobertura.

Delta Dental de Wisconsin proporciona los beneficios según un contrato de seguro y Delta Dental toma todas las decisiones en relación a reclamaciones y beneficios. Usted debe pagar el costo total de su cobertura.

Deberá recibir beneficios de salud del Fondo de Salud para ser elegible para estos programas. Puede cambiar a un programa diferente a partir del 1 de diciembre de cada año, siempre que aún esté cubierto al 30 de noviembre de ese año.

Programa odontológico de entrada y salida para jubilados. Si usted o su cónyuge o pareja de hecho tienen cobertura odontológica disponible mediante otro seguro, pueden elegir suspender o posponer la cobertura de beneficios odontológicos para jubilados del Fondo hasta que ya no sea elegible para recibir la cobertura del otro plan. La información sobre el programa de entrada y salida de jubilados se encuentra en la página 26.

El participante puede elegir suspender o posponer los beneficios odontológicos para jubilados y luego volver a inscribirse solo una vez en la vida. Si pospone los beneficios odontológicos de jubilado al momento de jubilarse, no será posible volver a usar esta disposición.

BENEFICIOS OFTALMOLÓGICOS (empleados activos, jubilados y familiares a cargo)

En el plan básico, no hay beneficios oftalmológicos disponibles.

En general, los beneficios oftalmológicos están disponibles para empleados activos y sus familiares a cargo según el plan común, y para los empleados jubilados y sus familiares a cargo. No hay beneficios oftalmológicos disponibles en el plan básico. Los exámenes de la visión requeridos por la Ley de Atención de Salud Asequible para hijos a cargo de hasta 19 años tiene cobertura según los beneficios de atención de bienestar del plan básico.

Beneficios oftalmológicos de rutina

Para ayudarlo a administrar el costo de gastos oftalmológicos de rutina, el Plan le brinda beneficios a usted y a su familia mediante un acuerdo con EyeMed, y además paga hasta \$250 anuales en gastos de bolsillo oftalmológicos por asegurado o cónyuge o familiar a cargo cubiertos.

Debería consultar el *Programa de beneficios* correspondiente a empleados activos, y jubilados no elegibles y elegibles para Medicare para obtener más información sobre estos beneficios.

Cómo funciona el programa oftalmológico

Los beneficios oftalmológicos cubren gastos como exámenes de los ojos, armazones, lentes y lentes de contacto proporcionados por un optometrista u oftalmólogo calificado.

El programa oftalmológico administrado por EyeMed es una organización de proveedor preferido (PPO, por sus siglas en inglés) con una gran red nacional de proveedores participantes que han acordado cobrar tarifas con descuento por la mayoría de los servicios oftalmológicos. Eso significa que paga menos de su propio bolsillo cuando se atiende con un proveedor de la red EyeMed.

Siempre tiene la opción de atenderse con proveedores dentro de la red o fuera de la red. Sin embargo, es importante recordar que cuando se atiende con un proveedor de la PPO EyeMed, pagará menos de su bolsillo, tendrá mayor cobertura y el proveedor presentará las reclamaciones de prestaciones directamente en su nombre. En caso de que se atienda con un proveedor de servicios oftalmológicos fuera de la red, se le pedirá que pague los servicios al momento de recibirlos y luego deberá presentar un formulario de reclamación de reembolso a EyeMed.

Es fácil buscar un proveedor de EyeMed y aprovechar al máximo los beneficios oftalmológicos del Plan. Consulte con su actual proveedor oftalmológico para ver si participa en la red EyeMed. También puede encontrar un proveedor de EyeMed en el sitio web www.eyemed.com o en el teléfono 1-866-804-0982. Si necesita proveedores de LASIK, llame al 1-877-5LASER6.

Además de la cobertura de EyeMed, el Fondo pagará hasta \$250 anuales en gastos de bolsillo oftalmológicos por participante o cónyuge o familiar a cargo cubiertos. Las reclamaciones oftalmológicas deberían presentarse primero en EyeMed y luego el Fondo para obtener un reembolso de hasta \$250 anuales. Usted, su cónyuge y sus familiares a cargo cubiertos pueden usar este beneficio para gastos oftalmológicos de rutina que EyeMed no cubre.

Beneficios oftalmológicos pagaderos

Los beneficios oftalmológicos cubren elementos y servicios oftalmológicos como se indica en el *Programa de beneficios* correspondiente, incluidos:

- examen completo, que incluye dilatación de pupilas o relajación de músculos de enfoque con gotas, refracción de la visión y examen de patología;
- marcos o lentes nuevos o de reemplazo (incluidos lentes de contacto) proporcionados por un óptico o un médico, más el ajuste; y
- cirugía LASIK.

Programa de anteojos de seguridad de EyeMed

Queremos asegurarnos de que sus ojos estén bien protegidos, incluso en el trabajo. Con el programa de seguridad de EyeMed, puede ser elegible para obtener los anteojos de seguridad recetados adecuados para su puesto, como se describe en el *Programa de beneficios* correspondiente. Tenga en cuenta que este beneficio solo está disponible para participantes activos y no para cónyuges, familiares a cargo ni jubilados.

Gastos no cubiertos por beneficios oftalmológicos

Los beneficios oftalmológicos no cubren:

1. más de un juego de armazones o un par de lentes por persona cubierta cada dos años calendario, a menos que se especifique algo diferente;
2. cualquier cargo o porción de cargos por servicios o suministros que estén cubiertos en su totalidad o en parte por otra porción del Plan u otro plan de beneficios médicos u oftalmológicos proporcionado por un empleador;
3. tratamientos con fines solo cosméticos;
4. tratamientos que corresponden a otra disposición de beneficios del Plan;
5. tratamientos cubiertos por beneficios de indemnización laboral;
6. exámenes oftalmológicos requeridos por un empleador como condición de contratación;
7. procedimientos o suministros especiales;
8. análisis de la visión que no incluyen refracción;
9. tratamientos médicos o quirúrgicos oculares, a menos que se especifique algo diferente;
10. anteojos no recetados de cualquier tipo, a menos que se especifique algo diferente;
11. servicios oftalmológicos que no estén incluidos en el programa de beneficios oftalmológicos de las páginas 5–7.

BENEFICIOS DE AUDÍFONOS (empleados activos, jubilados y familiares a cargo)

El plan básico no cubre audífonos.

En general, los beneficios de audífonos están disponibles para empleados activos y jubilados y sus familiares a cargo. Sin embargo, no están disponibles en el plan básico.

Beneficios de audífonos pagaderos

El plan paga el 100 % de los gastos de audífonos con un tope máximo de \$2,000 por persona en cualquier período de cinco años consecutivos. Los gastos de audífonos cubiertos incluyen el cargo permitido por un audífono necesario, según lo determine un otólogo con licencia u otorrinolaringólogo (médico especialista en oído, nariz y garganta) u otro proveedor calificado de la red EPIC Hearing Healthcare, si el audífono se obtuvo mediante esa red. La Junta Directiva puede autorizar un pago antes del límite de cinco años si un niño en edad escolar elegible necesita una nueva receta de audífonos.

Un audífono reemplazado sin obtener una receta nueva será considerado un gasto cubierto siempre que el dispositivo original se obtenga mientras se goza de la cobertura del Fondo y la oficina del Fondo tenga en su archivo una receta válida para el dispositivo original.

Gastos no cubiertos por beneficios de audífonos del plan

Los beneficios de audífonos no cubren:

1. exámenes médicos para la prescripción o adaptación de un audífono, a menos que se proporcionen mediante la red EPIC Hearing Healthcare;
2. audífonos no recetados por un otólogo u otorrinolaringólogo calificado, a menos que se proporcionen mediante la red EPIC Hearing Healthcare;
3. cargos de un patólogo del habla, o cargos por terapia del habla, lectura del habla o lecciones de lectura de labios;
4. cargos por alquiler o compra de amplificadores;
5. servicios o suministros que no sean para audífonos, excepto los brindados mediante la red EPIC Hearing Healthcare;
6. cargos por cualquiera de las circunstancias mencionadas en las exclusiones y limitaciones generales, a partir de la página 84.

Programa de servicios de EPIC Hearing Healthcare

El plan ofrece un programa de servicios auditivos mediante EPIC Hearing Healthcare que complementa los beneficios de audífonos del Fondo. Este plan de servicios auditivos proporciona a los participantes acceso a la red nacional de audiólogos independientes y licenciados de EPIC y a otorrinolaringólogos que realizan evaluaciones de audición y ofrecen descuentos en el precio minorista sugerido por los fabricantes en todas las principales marcas de audífonos.

Puede comunicarse con EPIC al 866-956-5400 para programar una evaluación de audición con un proveedor de EPIC. El horario de atención del centro de llamadas es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora central. Un asesor de audición le enviará un paquete de referencia con el nombre de un especialista en audición de EPIC ubicado cerca de usted. Una vez que programe una cita y le realicen una evaluación de audición, el proveedor de EPIC determinará si los audífonos son una solución adecuada para usted.

Si se atiende con un proveedor de EPIC, todos los servicios, incluidos los exámenes de audición, estarán cubiertos hasta el máximo de \$2,000 que corresponde al beneficio de audífonos. Si no se atiende con un proveedor de EPIC, el primer audífono cubierto por el plan debe recetarlos un otorrinolaringólogo u otólogo.

Programa de servicios auditivos de Amplifon

El plan también ofrece un programa de servicios auditivos de Amplifon Hearing Health Care que complementa los beneficios de audífonos del Fondo. Este programa permite el acceso a audiólogos licenciados y distribuidores de audífonos de Amplifon, que ofrecen descuentos en el precio minorista sugerido por los fabricantes en las principales marcas de audífonos.

Puede comunicarse con Amplifon al 866-674-3979 y hablar con uno de sus defensores de atención al paciente, quien le proporcionará la información que necesita para encontrar un otorrinolaringólogo de la red Anthem o programar su primer examen de audición. El horario de atención del centro de llamadas es de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. hora central. Una vez que un otorrinolaringólogo de Anthem complete su primer examen de audición, un defensor de atención al paciente le programará una cita con un proveedor de Amplifon para seleccionar y ajustar el audífono.

Si su primer examen de audición lo realiza un otorrinolaringólogo de Anthem y suministra su audífono un proveedor de Amplifon, todos los servicios, incluido el examen, tendrán cobertura hasta el máximo de \$2,000 que cubre el beneficio de audífonos.

Para obtener más información sobre los servicios de Amplifon, visite el sitio web www.amplifonusa.com/wilaborers.

ACUERDO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS (HRA)

Un acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA, por sus siglas en inglés) está diseñado para proporcionar el reembolso libre de impuestos de ciertos gastos de atención de salud. Puede usarlo para pagar gastos de atención médica no reembolsables en los que usted y sus familiares a cargo incurran mientras sea empleado activo y después de jubilarse (si es elegible para cobertura para jubilados) para ayudar a compensar los costos de atención que paga de su bolsillo.

Elegibilidad

Usted es elegible para el HRA si lo es para cobertura del Plan (vea las secciones de elegibilidad para empleados activos y jubilados, que comienzan en las páginas 19, 25 y 30), si trabaja para un empleador que aporta al Fondo de Salud en su nombre y está inscrito en la cobertura que brinda el Fondo u otro plan de salud grupal. Si está inscrito en la cobertura de otro plan de salud grupal por su cónyuge o pareja de hecho, esa cobertura debe proporcionar valor mínimo y usted debe proporcionar certificación de esa cobertura; de lo contrario, sus reembolsos serán limitados.

Si deja de ser elegible o nunca lo es para la cobertura del Fondo de Salud, sus aportes al HRA se congelarán y es posible que los pierda. Si bien los aportes solo se realizan en su nombre mientras trabaja para un Empleador Aportante en un puesto de la unidad de negociación o mediante un acuerdo de participación, no es necesario que sea participante activo para usar su cuenta HRA. El saldo de su cuenta HRA está disponible siempre que tenga dinero en ella y sea elegible para la cobertura de salud para empleados activos o jubilados, y siempre que no haya renunciado a la cobertura del HRA. Además, el saldo de su cuenta HRA está disponible para reembolso a su cónyuge sobreviviente o familiares a cargo elegibles, en caso de su muerte.

Usted es elegible para reembolso de gastos elegibles que hayan realizado usted y los familiares a cargo que pueda declarar como tales en su declaración de impuestos. Si es un empleado activo, sus familiares a cargo deben tener cobertura del HRA y el mismo plan de salud grupal que usted, ya sea en forma primaria o secundaria.

Establecer la cuenta

Cuando es inicialmente elegible para la cobertura del plan y se reciben aportes del empleador en su nombre, se establece una cuenta HRA a su nombre y una parte de los aportes del empleador en su nombre ingresa en ella. A partir de entonces, puede presentar reclamaciones por gastos elegibles en los que incurran usted, su cónyuge y sus familiares a cargo.

El plan crea y mantiene una cuenta HRA para cada que participante elegible lleve registro de los aportes y montos de reembolso disponibles.

Si bien los aportes solo se realizan en su nombre mientras trabaja para un empleador aportante, no es necesario que sea un participante activo para usar su cuenta HRA. El saldo de su cuenta está disponible cuando paga de su bolsillo para mantener la cobertura del plan cuando no trabaja las horas suficientes y después de jubilarse (si es elegible para cobertura para jubilados), lo que significa que siempre que usted, su cónyuge o sus familiares a cargo paguen de su bolsillo para mantener la cobertura del plan, usted puede continuar usando la cuenta HRA. Sin embargo, tenga en cuenta que tiene la capacidad de elegir en forma permanente la exclusión voluntaria y renunciar a reembolsos futuros cada año.

Aportes

Su cuenta HRA recibe en forma exclusiva aportes que su empleador realiza en su nombre de acuerdo con el convenio colectivo de trabajo o acuerdo de participación que le corresponda.

Cuanto más trabaje para un empleador aportante, más aportes se harán a su cuenta HRA, lo que significa que seguirá creciendo. Además, el dinero en su cuenta HRA y los montos reembolsados por gastos elegibles no se incluyen en sus ingresos y, por lo tanto, no paga impuestos sobre este dinero.

Si no trabaja suficientes horas

Cuando usted, su cónyuge o sus familiares a cargo son elegibles para que la cobertura de COBRA continúe, el saldo de su cuenta HRA se puede utilizar para hacer aportes personales para mantener esa cobertura.

Si no trabaja las horas suficientes para continuar con la elegibilidad para la cobertura del Plan, puede usar su cuenta HRA para hacer aportes personales y continuar su cobertura (si es elegible). Debe comunicarse con la oficina del Fondo y completar el papeleo necesario para usar el saldo de su cuenta HRA para cualquier monto de aporte personal requerido, incluida la continuación de la cobertura de COBRA. No recibirá aportes del empleador en su cuenta HRA por las horas por las que realiza aportes personales; sin embargo, recibirá aportes por las horas que trabaje.

Si trabaja según un acuerdo de reciprocidad, los aportes recíprocos se aplicarán primero a la cuenta HRA y luego al costo mensual para mantener la cobertura del Plan.

Saldo de su cuenta HRA

El saldo de su cuenta HRA es el total de los aportes que el empleador realiza en su nombre al HRA menos cualquier reembolso que solicite de su cuenta. El monto disponible para reembolso de gastos elegibles es el acreditado en su cuenta HRA. Los aportes realizados en su nombre se acreditarán en su cuenta HRA dentro de los 30 días de recibidos por parte del Fondo. Por lo tanto, puede haber un retraso entre el momento en el que se solicitan los aportes en su nombre y que estén disponibles para su uso.

Si queda dinero en su cuenta HRA al finalizar el año, se transfiere al siguiente, lo que le permite ahorrar para futuros gastos de atención médica.

En ningún caso se proporcionarán beneficios en forma de efectivo u otro beneficio, imponible o no, que no sea reembolso de gastos de atención médica.

Elegibilidad continua

Su elegibilidad para el HRA se basa en la continuidad de su elegibilidad para la cobertura del Plan.

Una vez que es elegible, continuará como se describe en la sección *Elegibilidad* de esta descripción resumida del plan, siempre que se realicen los aportes requeridos en su nombre. Continuará recibiendo aportes al HRA mientras sea un empleado activo. Cuando deje de trabajar, se detendrán los aportes realizados a su HRA, pero puede continuar usando el saldo en su cuenta para gastos elegibles, excepto lo que se describe a continuación en la sección *Si se niega a trabajar o deja de hacerlo*.

Si se niega a trabajar o deja de hacerlo

Su cuenta HRA se congelará a partir del primer día del primer mes siguiente a la fecha en que se lo llame a trabajar y se niegue a presentarse o deje de trabajar en virtud de un convenio colectivo de trabajo con el Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin o sus sindicatos locales afiliados y luego comience a trabajar:

- en la industria de la construcción en un oficio no obrero; o
- en un oficio o suboficio de obreros en el área geográfica de Wisconsin según un convenio colectivo de trabajo que no es con el Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin, sus sindicatos locales afiliados o el Sindicato Internacional de Trabajadores.

Esta norma del plan se aplica si su empleador ha celebrado un convenio colectivo de trabajo con el Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin o sus sindicatos locales afiliados.

Su cuenta HRA congelada se perderá (es decir, se cerrará y nunca más la tendrá disponible) a partir del primer día del 12.º mes después del mes en que se lo llame a trabajar y se niegue a presentarse o deje de trabajar según un convenio colectivo de trabajo con el Consejo de Distrito

de Trabajadores de Wisconsin o sus sindicatos locales afiliados y luego comience a trabajar en la industria de la construcción en un oficio no obrero o en un oficio o suboficio obrero en el área geográfica restringida. Sin embargo, si antes de la pérdida, vuelve a contratarlo un empleador que debe realizar aportes al Fondo en virtud de un convenio colectivo de trabajo con el Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin, sus sindicatos locales afiliados o el Sindicato Internacional de Trabajadores, su cuenta no se perderá.

Nota: si su cuenta congelada no se pierde, se la puede reintegrar el primer día del mes siguiente al mes en el que cumple con los requisitos de elegibilidad iniciales del Plan.

EJEMPLO

Supongamos que lo llamaron a trabajar el 1 de agosto de 2018 y se negó a presentarse o dejó de trabajar según un convenio colectivo de trabajo con el Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin o sus sindicatos locales afiliados y luego comenzó a trabajar en la industria de la construcción en un oficio no obrero o en un oficio o suboficio obrero en el área restringida; congelaron su cuenta HRA el 1 de septiembre. Si su cuenta HRA permanece congelada 12 meses, se pierde el 1 de agosto de 2019. Si antes de la pérdida, por ejemplo, el 1 de junio de 2019, regresa a trabajar para un empleador que debe hacer aportes al Fondo en virtud de un convenio colectivo de trabajo con el Consejo de Distrito de Trabajadores de Wisconsin, sus sindicatos locales afiliados o el Sindicato Internacional de Trabajadores, y trabaja 600 horas consecutivas entre el 1 de junio de 2019 y el 31 de mayo de 2020 y el Fondo recibe aportes de su empleador por 600 horas el 1 de junio de 2020, su cuenta podría restablecerse cuando se cumplan los requisitos de elegibilidad.

Cuándo finaliza la elegibilidad

Su elegibilidad para los reembolsos del HRA finaliza en la fecha que tenga lugar antes entre los siguientes sucesos:

- cuando renuncia a cobertura del HRA; o
- cuando el saldo en su cuenta HRA equivale a \$0; o
- cuando ya no cumple los requisitos de elegibilidad para el Fondo de Salud.

Además, los fondos de su cuenta HRA también pueden congelarse si se rehúsa a trabajar o deja de hacerlo, como se ya descrito.

Una vez que renuncie a la cobertura del HRA, ya no cumpla los requisitos de elegibilidad para el Fondo de Salud o se jubile, no se harán más aportes a su cuenta HRA. Se le preguntará si desea elegir que se lo excluya de la HRA y renunciar a reembolsos futuros.

Además, si su elegibilidad o la de su familiar a cargo finaliza por un evento que califica para COBRA, usted, su cónyuge y sus familiares a cargo tendrán la oportunidad de elegir si desean la continuación de la cobertura de COBRA. También tendrá el mismo acceso a su cuenta HRA que tenía antes de que tuviera lugar ese evento.

Si pierde la elegibilidad según el Plan por falta de horas, pero luego vuelve a ser elegible antes de que se cumpla una interrupción de dos años en la elegibilidad, los aportes al HRA que se recibieron durante el período de no elegibilidad se acreditarán a su cuenta una vez que se restablezca su elegibilidad para la cobertura del Plan. Sin embargo, si el período de no elegibilidad para cobertura del Plan supera los dos años, solo se acreditarán a su cuenta HRA los aportes obtenidos en el período de dos años inmediatamente anterior a que se le restablezca su elegibilidad. Se le dará acceso a los fondos del HRA solo después de volverse elegible para los beneficios del Plan. No se realizan aportes del empleador a una cuenta HRA en nombre de un empleado tras la finalización de su relación laboral o la jubilación.

Saldo de su cuenta HRA después de terminada su elegibilidad como empleado activo

Cuando ya no sea elegible para la cobertura del Fondo de Salud en carácter de empleado activo, puede continuar presentando gastos elegibles para reembolso de su cuenta HRA, para gastos en los que incurrió antes de que finalizara su cobertura, a menos que su cuenta HRA esté congelada. Los aportes a su cuenta HRA se detendrán.

Cuando se jubile

Si es elegible para la cobertura para jubilados, deberá realizar aportes personales para tenerla. Cuando se jubile, puede utilizar el saldo de su cuenta HRA para realizar estos aportes personales. Además, siempre que sea elegible para la cobertura para jubilados, también puede usar su cuenta HRA para pagar gastos elegibles incurridos durante su retiro. El saldo de su cuenta HRA se transferirá hasta que no quede saldo o hasta que deje de ser elegible para cobertura del Fondo de Salud. Sin embargo, no se realizarán aportes una vez que esté jubilado, a menos que vuelva a trabajar, para lo cual se requieren aportes en su nombre.

En caso de muerte

Su cuenta HRA seguirá disponible para proporcionar reembolso de gastos elegibles a sus familiares a cargo sobrevivientes, en caso de su fallecimiento. En otras palabras, el saldo de su cuenta HRA está disponible para su cónyuge sobreviviente o familiares a cargo elegibles sobrevivientes después de su muerte. Su cónyuge o pareja de hecho elegible a cargo a efectos fiscales puede usar su cuenta HRA para pagar gastos elegibles (incluidos gastos en los que incurrió antes de su muerte) o para realizar aportes personales y mantener la cobertura hasta que el saldo de su cuenta HRA sea cero o finalice el programa del HRA del Plan. Sus otros familiares a cargo pueden usar su cuenta HRA para pagar gastos elegibles hasta lo que ocurra primero entre: la fecha en que ya no cumplan los requisitos para ser “familiar a cargo”, la fecha en que el saldo de su cuenta HRA sea cero, o la fecha en que finalice el programa del HRA del Plan. Sin embargo, en ningún caso se pagará en efectivo a nadie por otro motivo que no sea reembolso de un gasto elegible (por ejemplo, no existen distribuciones de suma total del saldo de la cuenta HRA como beneficio por muerte o finalización de la relación laboral).

Si no tiene cónyuge sobreviviente ni otros familiares a cargo elegibles al momento de su muerte, el saldo de su cuenta HRA se perderá y pasará a formar parte de los activos generales del Plan.

Si bien su cónyuge sobreviviente o familiares a cargo pueden continuar usando su cuenta HRA siempre que sean elegibles para cobertura del Plan (incluso la continuación de cobertura de COBRA), no se harán más aportes del empleador a la cuenta HRA.

Exclusión voluntaria de la cobertura del HRA

Cada año, el 1 de enero, usted y sus familiares a cargo elegibles pueden elegir la exclusión permanente de la cobertura del HRA y renunciar a reembolsos futuros de su cuenta HRA. Por ejemplo, puede que desee elegir la exclusión si no puede tener acceso a un HRA porque recibe un subsidio para las primas de un plan de seguro individual comprado en un Mercado de Seguros de Salud estatal o federal. Si elige la exclusión, no recibirá ningún aporte a su cuenta HRA y el saldo de la cuenta se congelará. Tenga en cuenta que cuando su cuenta se congela por su exclusión voluntaria, se la puede restablecer de la siguiente manera:

- si sigue siendo elegible, su cuenta HRA congelada se restablecerá el 1 de enero siguiente a su elección de inclusión en el HRA, o a su fallecimiento;
- si perdió la elegibilidad, su cuenta HRA congelada se restablecerá si recupera la elegibilidad para el Fondo de Salud y el HRA;
- si se jubila y es elegible para la cobertura para jubilados del Fondo de Salud, su HRA se restablecerá el 1 de enero siguiente a elegir la inclusión en el HRA, o a su fallecimiento;
- si muere, su HRA se restablecerá el 1 de enero siguiente a la elección de su cónyuge o familiar a cargo de inclusión en el HRA. Cualquier monto restante en su HRA pasará a pertenecer al Fondo tras el fallecimiento de los familiares a cargo.

Gastos reembolsables y no reembolsables

Usted determina cómo desea utilizar el dinero de su cuenta HRA. Puede usarlo mientras incurre en gastos de atención médica elegibles o ahorrarlo y usarlo en el futuro.

Mientras usted, su cónyuge o sus familiares a cargo elegibles incurran en gastos de atención de salud elegibles, puede usar el dinero en su cuenta HRA para pagar esos gastos.

Gastos reembolsables

Estos son algunos ejemplos de gastos elegibles, según los define el Plan, si está inscrito en él:

- costos de cobertura, incluidos aportes de su bolsillo o primas:
 - para continuar con la cobertura del Plan cuando no trabaja suficientes horas;
 - para continuación de la cobertura de COBRA;
 - para cobertura para jubilados, si es elegible; y
 - para gastos de atención médica, incluidos:
 - » gastos médicos, de medicamentos recetados, odontológicos y oftalmológicos;
 - » costos de bolsillo del Plan, como deducibles, copagos y coseguro; y
 - » gastos no cubiertos por el Plan, o solo con cobertura parcial.

Si está inscrito en la cobertura de otro plan de salud grupal (no en el Plan), pero que no proporciona valor mínimo o si usted no presenta evidencia de la otra cobertura, los gastos elegibles reembolsables solo incluirán:

- copagos, coseguro, deducibles y primas para cobertura del otro plan de salud grupal, en la medida en que dichas primas se paguen después de impuestos; y
- gastos incurridos en atención médica, según se definen en la sección 213(d) del Código de Rentas Internas, que no constituye un beneficio de salud esencial.

Si está inscrito en otra cobertura que no sea el Plan, y tiene preguntas sobre qué elementos se pueden reembolsar, comuníquese con la oficina del Fondo al 608-842-9101 o al 800-397-3373.

En general, los gastos elegibles para reembolso solo incluyen los que:

- realiza mientras es elegible para la cobertura del HRA del Plan;
- usted, su cónyuge o sus familiares a cargo deben pagar;
- no reembolsa ningún seguro ni ninguna otra fuente; y
- usted, su cónyuge o sus familiares a cargo no tomaron (o no tomarán) como deducción de impuestos.

Solo los gastos de atención médica permitidos según los términos de las secciones 105 y 213(d) del Código de Rentas Internas son elegibles para el reembolso de su HRA. Tenga en cuenta que las normativas fiscales federales y estatales están sujetas a cambios.

Un gasto de atención de salud elegible se define como un gasto incurrido por usted o sus familiares a cargo en atención médica, según se define en las secciones 105 y 213(d) del Código. Para obtener información más detallada sobre los gastos de atención de salud elegibles, consulte la publicación 502 del IRS titulada “Gastos médicos y odontológicos”, número de catálogo 15002Q. Se encuentra disponible en el sitio web www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf.

Incluso si un gasto es médico que corresponde según las secciones 105 y 213 (d) del Código o figura en la publicación 502 del IRS, puede que no califique necesariamente como gasto de atención de salud elegible del programa HRA. Por ejemplo, el programa HRA no puede reembolsar gastos por cuidados prolongados ni primas pagadas mediante aportes de reducción de salario a un Plan de la sección 125 del IRC. Del mismo modo, en la publicación 502 del IRS se establece que los medicamentos de venta libre no son elegibles. Además, el Fondo tiene el derecho de limitar o negar los reembolsos de ciertos gastos, aunque pueden estar permitidos por la ley federal.

Gastos no reembolsables

Los montos ingresados a su cuenta HRA no pueden utilizarse para reembolsar:

- primas para cobertura de mercado individual o planes de seguro comprados en un Mercado de Seguros de Salud estatal o federal;
- primas de Medicare (partes B y D), primas complementarias de Medicare y pólizas de Medicare Advantage para empleados activos. Sin embargo, las primas de las partes B y D de Medicare, las primas grupales de Medicare Advantage y las del plan complementario de Medicare son reembolsables para empleados cuya relación laboral ha terminado, incluidos jubilados o familiares a cargo de participantes fallecidos que gastan el saldo de la cuenta HRA. Las primas de las pólizas odontológicas y oftalmológicas también son reembolsables para personas elegibles.
- Los participantes y familiares a cargo de participantes fallecidos que se inscriban en la cobertura de la parte D de Medicare no serán elegibles para reembolso de medicamentos recetados del HRA.
- Los “gastos de atención médica” tampoco incluyen los siguientes gastos, incluso si en otras circunstancias cumplen con la definición de “atención médica” según la sección 213 del Código de Rentas Internas y pueden, de otro modo, ser reembolsables según la orientación del IRS en relación con los HRA:
 - servicios de cuidados prolongados;
 - cirugía cosmética o reconstructiva u otros procedimientos similares, a menos que sea algo necesario para mejorar una deformidad que surge de, o se relaciona directamente con, una anomalía congénita, lesión personal producto de un accidente o traumatismo, o enfermedad que produce deformaciones. La “cirugía cosmética o reconstructiva” es cualquier procedimiento dirigido a mejorar la apariencia del paciente y que no promueve de manera significativa el funcionamiento adecuado del cuerpo ni previene o trata una enfermedad o dolencia;
 - salario de una enfermera para cuidar a un recién nacido sano en el hogar;
 - gastos de funeral y entierro;
 - ayuda doméstica y de aseo (incluso si la hubiera recomendado un médico calificado debido a la incapacidad de una persona elegible para realizar tareas domésticas físicas);
 - terapia de masajes;
 - mejoras en el hogar o el automóvil;
 - asistencia de apoyo;
 - costos de enviar a un niño con problemas de disciplina a una escuela especial para que pueda recibir los beneficios que brindan el curso y los métodos disciplinarios;
 - cuotas de gimnasios o programas de entrenamiento, o equipamiento para mantener el bienestar general, incluso si el programa es necesario para aliviar una afección específica, como la obesidad, a menos que el participante tenga una carta del médico en la que se indique un diagnóstico específico y se recete la membresía o el equipamiento;
 - actividades sociales, como lecciones de baile (incluso aunque las haya recomendado un médico para mejorar la salud general);
 - agua embotellada;
 - ropa de maternidad;
 - pañales desechables o servicio de lavado de pañales de tela;
 - cosméticos, artículos de aseo personal, dentífrico, etc.;
 - vitaminas y suplementos alimentarios, aunque los haya recetado un médico;
 - uniformes o vestimenta especial, como ropa de maternidad;
 - primas de seguros de automóviles;
 - gastos de transporte de cualquier tipo, incluidos traslados para recibir atención médica;
 - marihuana y otras sustancias controladas que infrinjan leyes federales, incluso aunque las recetara un médico;

- cualquier elemento que no constituya “atención médica” según se define en la sección 213 del IRS;
- primas pagadas mediante aportes con reducción de salario de acuerdo a los términos de un plan de la sección 125 del Código;
- medicamentos de venta libre que no tengan receta, excepto insulina.

Cómo usar su tarjeta de débito del HRA

Para facilitarle el acceso a los fondos de su HRA, se le proporcionará una tarjeta de débito que puede usar en el punto de servicio o punto de venta para pagar gastos elegibles de su HRA cuando incurra en ellos. Tenga en cuenta que la tarjeta de débito se le ha proporcionado solo como una forma de pagar esos gastos que son elegibles según el HRA. No es una tarjeta de crédito.

Puede usar la tarjeta de débito en el punto de servicio o de venta con gastos médicos elegibles para pagar a proveedores de atención médica o en comercios aprobados que brindan servicios y productos relacionados con la salud y que aceptan la tarjeta del Plan. Por ejemplo, puede usar la tarjeta para copagos, deducibles y coseguro de visitas al consultorio médico o para medicamentos recetados.

La tarjeta permanecerá activa si usted, o sus familiares a cargo después de su fallecimiento, continúan participando en el HRA, hasta que se agote el monto de su cuenta. La tarjeta se cancelará en forma automática si se utiliza para gastos no permitidos. Si usted o sus familiares a cargo (si corresponde) pierden la tarjeta de débito, el Fondo puede imponer sobre la cuenta del HRA un cargo administrativo por la tarjeta de reemplazo.

Las reclamaciones presentadas con el uso de una tarjeta de débito se considerarán presentadas en la fecha de la transacción realizada.

Debe conservar copias de los recibos de los gastos realizados con la tarjeta de débito HRA. Debe proporcionar a la oficina del Fondo una copia de su recibo para ciertos tipos de gastos. Cuando corresponda, la oficina del Fondo le enviará una carta en la que le solicite que envíe una copia de su recibo. La forma más rápida y conveniente de enviar una copia de su recibo a la oficina del Fondo es mediante el enlace WEX ubicado en el portal del participante en el sitio web www.wilbenefits.com, para lo que deberá iniciar sesión en MemberXG. Para cargar su recibo en el portal del participante, seleccione “Panel de control” y luego “Quiero” presentar una reclamación.

Si la oficina del Fondo no recibe una copia del recibo dentro de los 30 días de la fecha en que se envió la carta, recibirá un segundo aviso. Si no reciben una copia del recibo dentro de los 15 días de la fecha del segundo aviso, se suspenderá el uso de su tarjeta de débito hasta recibirla. La suspensión de su tarjeta finalizará dentro de los 10 días hábiles de la recepción del documento de la oficina del Fondo.

Si la compra realizada con la tarjeta de débito y el correspondiente recibo no califican como gasto elegible, deberá reembolsar los fondos del HRA. Tendrá ese dinero disponible en su cuenta para un gasto futuro que sí califique. Su tarjeta de débito estará suspendida hasta que haya reembolsado los fondos.

Los recibos solicitados pero no recibidos y los reembolsos solicitados pero no recibidos antes del 31 de diciembre se declararán como ingresos imponibles.

Procedimientos para reclamaciones y reembolsos

Si no usa su tarjeta de débito para pagar un gasto elegible o si no la aceptan (por ejemplo, si la usa con un proveedor no aprobado), debe presentar un formulario de reclamación por escrito a la oficina del Fondo dentro de un año de la fecha en la que realizó el gasto para recibir el reembolso. Envíe por correo el formulario completado y toda la documentación requerida a la oficina del Fondo.

Para limitar los gastos administrativos, el Fondo requiere que las solicitudes de reembolso sean por un mínimo de \$100. Si presenta reclamaciones por menos de esa suma, el Fondo las retendrá hasta que el total de reembolsos alcance un mínimo de \$100. En caso de que finalice la cobertura de su Plan, puede presentar gastos elegibles por un total de menos de \$100 para cerrar su cuenta HRA.

Si el monto que hay en la cuenta es insuficiente para cubrir la reclamación, es su responsabilidad volver a presentar el saldo cuando la cuenta tenga fondos suficientes.

Decisiones sobre reclamaciones

Una solicitud de reembolso de un gasto elegible se considera una reclamación. Las decisiones sobre ellas están sujetas a los procedimientos del Plan para reclamaciones posteriores al servicio que figuran en la página 88. Si rechazan su solicitud de reembolso, puede apelar la decisión. Revise la sección sobre presentación de reclamaciones y apelaciones de este documento para obtener más información sobre cómo apelar una reclamación denegada.

Coordinación de beneficios

Los beneficios del HRA están destinados a pagar solo gastos de atención médica no reembolsados antes o que no son reembolsables en otro lugar. En la medida en que un gasto de atención médica que de otro modo sería elegible sea pagadero o reembolsable de otra fuente, esa otra fuente hará el pago o el reembolso antes de que se haga del HRA. Sin limitar lo anterior, si los gastos de atención médica están cubiertos tanto por el HRA como por una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) de salud, el HRA no puede reembolsar esos gastos hasta que se hayan agotado los montos disponibles para reembolso en la FSA.

El plan del HRA no se considerará un plan de salud grupal para coordinación de beneficios, y sus beneficios de reembolso no se tomarán en cuenta al determinar otros beneficios pagaderos mediante este Plan u otro plan de salud excepto Medicare. El uso de los beneficios del plan del HRA puede estar restringido en algunas circunstancias para empleados activos y sus familiares a cargo inscritos en Medicare de acuerdo con las reglas de pagador secundario de esa institución.

La elegibilidad de los empleados activos y sus familiares a cargo para beneficios de medicamentos recetados del plan del HRA puede continuar, a partir de la fecha de inscripción en un plan de la parte D de Medicare. Sin embargo, los beneficios de medicamentos recetados ya no se reembolsarán según el HRA después de que el participante se inscriba en la parte D de Medicare. Como los empleados jubilados y sus familiares a cargo ya no recibirán los beneficios de medicamentos recetados del Plan si se inscriben en la parte D de Medicare, les corresponderá la información del párrafo anterior.

Consecuencias fiscales

El Plan no garantiza que ningún monto que se le reembolse a usted, su cónyuge o sus familiares a cargo según el HRA queden excluidos de su salario bruto con fines de impuestos federales, estatales y locales a la renta. Es su responsabilidad determinar si los pagos según el HRA son excluibles, y notificar al Plan si por alguna razón cree que algún pago no puede excluirse.

El Plan puede ser descalificado si el reembolso realizado en virtud del HRA se hace libre de impuestos cuando no califica como pago libre de impuestos según el Código de Rentas Internas. En esta situación, deberá indemnizar y reembolsar al Plan por cualquier obligación incurrida por falta de retención de impuestos federales a la renta, impuestos del Seguro Social u otros.

Parejas de hecho

Si su pareja de hecho no es un familiar a cargo en virtud de este Plan, según se define en la sección 152 del Código, no se la considerará, ni a sus hijos a cargo, como cónyuge o familiar a cargo a efectos del HRA.

EN CASO DE MUERTE O LESIÓN GRAVE (empleados activos y jubilados)

Los beneficios semanales por accidente y enfermedad no están disponibles en el plan básico.

Los beneficios descritos en esta sección están disponibles solo para empleados activos en el plan común, excepto que un beneficio por fallecimiento de \$7,000 está disponible a empleados jubilados elegibles. En el caso de que usted fallezca o sufra una lesión o una enfermedad grave, el Plan los protege a usted y a su familia de la pérdida de ingresos. El Plan ofrece los siguientes beneficios:

- beneficio semanal por accidente y enfermedad;
- beneficio por fallecimiento; y
- beneficios por muerte accidental y desmembramiento.

Beneficio semanal por accidente y enfermedad

El beneficio semanal por accidente y enfermedad es pagadero si usted está discapacitado debido a una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo o no cubierta por las leyes de indemnización laboral, y no puede trabajar como resultado. También debe estar al cuidado de un médico para recibir este beneficio.

Si es elegible, recibirá \$300 cada semana en virtud del beneficio semanal por accidente y enfermedad. Por semanas parciales de discapacidad, se le pagará una séptima parte de los \$300 cada día. Se pagan beneficios durante hasta 19 semanas por cualquier período de discapacidad certificada.

Una segunda discapacidad certificada se considerará como un nuevo período de discapacidad si las discapacidades certificadas:

- no están relacionadas y usted vuelve a trabajar a tiempo completo con cobertura durante al menos un día entero entre ambas discapacidades certificadas; o
- se relacionan, y usted vuelve a trabajar a tiempo completo con cobertura, o está dispuesto y disponible para trabajo cubierto, durante al menos dos semanas continuas entre los períodos de discapacidad.

Cuando comienzan los beneficios

Los beneficios semanales por accidente y enfermedad comienzan:

- el primer día que sufre una discapacidad certificada a causa de una lesión física accidental; o
- el octavo día de una discapacidad certificada a causa de una enfermedad.

Sin embargo, se le pagará en forma retroactiva hasta el primer día de una discapacidad certificada por enfermedad si permanece enfermo y no puede trabajar después del período de espera de ocho días. No se considerará discapacidad si comienza más de tres días antes de la primera visita a un médico o cirujano.

Horas no laborables

Durante su período de discapacidad certificada, se le acreditarán 30 horas de discapacidad por cada semana completa de padecerla, hasta alcanzar un máximo anual de 525 horas. En ningún caso recibirá más de 525 horas por discapacidad en cualquier período de 12 meses consecutivos, independientemente de la cantidad de períodos de discapacidad que tenga. Las horas de crédito se aplicarán para los requisitos de continuidad de elegibilidad; sin embargo, es posible que igual se exijan aportes personales. Encontrará más información en la página 24.

Beneficio por maternidad

El Plan ofrece un beneficio semanal de \$800 (pagadero al nacimiento) por hijo nacido vivo a empleadas activas elegibles. El beneficio es pagadero por seis (6) semanas por cada nacimiento vivo en parto tradicional y por ocho (8) semanas en cesárea.

Limitaciones

No se pagarán beneficios semanales por accidente y enfermedad a:

- participantes cubiertos por el plan básico;
- empleados asalariados que reciben continuación salarial de su empleador mientras están discapacitados; o
- jubilados.

El beneficio semanal por accidente y enfermedad está sujeto a impuestos a la renta federales y estatales e impuestos de Seguridad Social. Las deducciones necesarias se harán antes de que reciba su cheque. La oficina del Fondo le enviará un formulario W-2 después de fin de año donde se indica el monto que recibió.

Beneficio por fallecimiento

En el caso de su fallecimiento, se le pagarán \$12,000 (\$7,000 si es un empleado jubilado elegible) a su beneficiario de acuerdo con las disposiciones del Plan al recibir prueba escrita de su deceso. Tenga en cuenta que, en general, los beneficios por fallecimiento que se autofinancian, como los del Plan, serán imponibles para el beneficiario. Consulte a un especialista en impuestos para obtener más detalles.

Designación de beneficiario

En caso de su muerte, el beneficio se paga al beneficiario que usted haya designado. Para designarlo, complete un formulario que le proporciona la oficina del Fondo. Puede nombrar a más de un beneficiario e indicar el porcentaje de beneficio por fallecimiento que desea que reciba cada uno. Si nombra a más de un beneficiario y no especifica los intereses respectivos, el beneficio se dividirá en partes iguales entre todos ellos. Si un beneficiario nombrado muere antes que usted, terminará lo que le correspondería y su porcentaje se pagará en partes iguales entre los otros beneficiarios nombrados que lo sobrevivan, a menos que usted cambie sus beneficiarios.

Puede cambiar sus beneficiarios en cualquier momento mediante la presentación de un nuevo formulario. Las designaciones de beneficiarios entran en vigor en la fecha en que firma el formulario, siempre que la oficina del Fondo reciba una copia.

Si no hay beneficiario designado al momento de su fallecimiento, el beneficio se paga a la primera categoría sobreviviente como se detalla:

- su cónyuge o pareja de hecho;
- sus hijos;
- sus padres;
- sus hermanos; o
- su patrimonio.

Si la categoría apropiada incluye a más de una persona, el beneficio por fallecimiento se divide en partes iguales en el grupo.

Beneficio por muerte accidental y desmembramiento

El beneficio por muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés) se paga solo a empleados activos en el plan común. El beneficio por AD&D que se describe a continuación se paga si sufre una de las pérdidas especificadas como resultado de un accidente. La pérdida debe producirse dentro de los 90 días del accidente. Este beneficio es adicional a cualquier otro que pueda recibir del Plan. Si fallece, se le paga a su beneficiario; de lo contrario, usted es quien cobra el beneficio.

Por Pérdida De	Beneficio Pagadero
vida	\$12,000
dos extremidades o la visión en ambos ojos	\$12,000
una extremidad y la visión en un ojo	\$12,000
una extremidad o la visión en un ojo	\$7,000

Nota: Para calificar como pérdida de una extremidad, la ruptura debe producirse por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo. La pérdida de la visión debe ser total y permanente. Si se sufre más de una de las pérdidas anteriores como resultado del mismo accidente, solo se pagan beneficios por la pérdida que paga el monto mayor.

Exclusiones

No se pagan beneficio de AD&D por pérdidas causadas en su totalidad o en parte, directa o indirectamente por:

- una enfermedad física o mental;
- tomaína;
- infecciones bacterianas, excepto las causadas por organismos piógenos que pueden aparecer con o por un corte o herida accidental;
- una enfermedad o dolencia de cualquier tipo;
- una guerra o cualquier acto de guerra;
- prestar servicio en una fuerza militar, naval o aérea de cualquier país mientras ese país está involucrado en una guerra, guerra civil o insurrección; o
- deber policial como miembro de una organización militar, naval o aérea.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES

El Plan no paga los gastos que se mencionan a continuación:

1. lesiones, enfermedades o tratamientos odontológicos por los que usted o su familiar a cargo han recibido o tengan derecho a recibir beneficios en virtud de una ley de indemnización laboral o enfermedad ocupacional, o que surjan del ejercicio de una ocupación o empleo (excepto para beneficios por fallecimiento y por AD&D). Sin embargo, el Fondo cubrirá ese gasto, según los términos y condiciones del Plan, si:
 - a. a usted o a su familiar a cargo se les ha negado la indemnización laboral o beneficios por enfermedad ocupacional; y
 - b. usted o su familiar a cargo, y su abogado o el de él, celebran un acuerdo provisto por el Fondo en el que se establece y acuerda que se reembolsarán al Fondo todos los beneficios que hayan pagado en su nombre o en el de su familiar a cargo por esa lesión mediante cualquier producto de recuperación, ya sea por liquidación o de otro modo.

Si usted o su familiar a cargo no cumplen con el acuerdo, el Fondo, a su criterio, puede tomar cualquiera de las siguientes medidas:

- a. tomar un crédito contra futuras reclamaciones suyas o de sus familiares a cargo cubierto hasta el monto que el Fondo ha desembolsado para ese gasto;
 - b. iniciar procedimientos legales para recuperar el monto pagado por el Fondo; o
 - c. ejercer el derecho a solicitar un reembolso, incluidos, entre otros, reclamaciones de restitución, enriquecimiento injusto, o un fideicomiso constructivo sobre cualquier recuperación suya o de su familiar a cargo, en la medida del monto pagado por el Fondo, ya sea que la recuperación se le pague a, o esté en posesión de, usted o su familiar a cargo, su abogado o el de él, o cualquier otra persona o entidad;
2. gastos incurridos después de terminada la elegibilidad, salvo que se indique en forma específica cualquier disposición de extensión de beneficios de este Plan;
 3. gastos que superen los cargos permitidos;
 4. gastos o cargos por servicios o suministros no recomendados por un médico, o que no sean médicamente necesarios (según lo define el Plan) para el tratamiento de una lesión o enfermedad;
 5. gastos o cargos por servicios o suministros que:
 - a. no se proporcionan de acuerdo con estándares médicos profesionales de aceptación general; o
 - b. son tratamientos y procedimientos experimentales o de investigación, según se definen en la página 109;
 6. gastos o cargos por chequeos, exámenes físicos de rutina, incluidas pruebas de detección, o cualquier examen, evaluación o tratamiento físicos o mentales, a excepción de los estipulado en el beneficio de servicios médicos integrales principales;
 7. exámenes, evaluaciones o tratamientos físicos o mentales necesarios para seguro, empleo o con fines de otorgamiento de licencias especiales;
 8. gastos o cargos por vacunas preventivas, excepto lo que se establezca en forma específica como gasto cubierto;
 9. gastos o cargos por Asistencia de Apoyo o atención de largo plazo, a menos que se establezca en forma específica como gasto cubierto;
 10. pérdidas, gastos o cargos ocasionados por una cirugía estética o reconstructiva, excepto:
 - a. cuando este servicio sea incidental a, o sea consecuencia de, una cirugía resultante de una lesión de la parte involucrada;

- b. reparación de defectos congénitos de hijos a cargo;
 - c. reparación de defectos que resultan de una cirugía por la cual se pagan beneficios según el Plan; o
 - d. según lo exige la Ley de Derechos de Salud Femenina y Cáncer (WHCRA, por sus siglas en inglés) de 1998;
11. gastos o cargos relacionados con trabajos odontológicos o cirugías odontológicas, excepto que se establezcan en forma específica como gasto cubierto, incluidos:
 - a. tratamientos que involucren cualquier estructura dental, proceso alveolar, absceso o enfermedad del tejido periodontal o gingival;
 - b. cirugías o aplicación de soporte para ajustar la estructura dental; o
 - c. gastos de anestesia u hospitalarios por cirugía ambulatoria;
 12. cargos de hospitalización o pacientes ambulatorios por problemas conductuales, trastornos de conducta, dificultades de aprendizaje y retrasos en el desarrollo. Se excluye el tratamiento de estas afecciones;
 13. pérdidas, gastos o cargos ocasionados por el control del apetito o tratamientos para la obesidad, a excepción de la cirugía para tratar obesidad mórbida y servicios que puedan estar cubiertos por el beneficio de servicios médicos integrales principales en situaciones limitadas;
 14. gastos o cargos por cuidado de pies de rutina, calzado ortopédico, aparatos ortopédicos u otros dispositivos de soporte y estabilización para los pies (incluidos artículos de venta libre), a menos que se establezcan en forma específica como gasto cubierto;
 15. gastos o cargos por ejercicios oculares o entrenamiento de la visión (ortóptica);
 16. gastos o cargos por no presentarse a una cita programada o incurridos por completar formularios de reclamación y obtener registros médicos;
 17. pérdidas, gastos o cargos por tratamientos relacionados con disfunción sexual;
 18. gastos o cargos que una persona no estaría obligada a pagar en ausencia de estos beneficios;
 19. pérdidas, gastos o afecciones sufridas al cometer un delito o al intentar cometerlo, o al participar de un disturbio, a menos que se trate de una disputa laboral, excepto que el plan cubrirá lesiones o enfermedades causadas por actos de violencia doméstica;
 20. pérdidas, gastos o cargos que resulten de un acto de guerra (declarada o no), agresión armada, insurrección o guerra civil;
 21. pérdidas, gastos o cargos:
 - a. que tengan lugar mientras una persona está en servicio activo o entrenando en las fuerzas armadas, la guardia nacional o las reservas de cualquier estado o país; o
 - b. que son responsabilidad de una organización gubernamental o sus organismos;
 22. gastos o cargos para promover la fertilidad, incluidos, entre otros:
 - a. pruebas de fertilidad;
 - b. reversión de esterilización quirúrgica; y
 - c. todo intento de causar un embarazo con terapia hormonal, inseminación artificial, fertilización in vitro o transferencia de embriones;
 23. gastos o cargos por terapia de quelación, excepto para tratar intoxicación aguda por arsénico, oro, mercurio o plomo;
 24. gastos o cargos por servicios o suministros proporcionados o pagados por el Gobierno federal o sus organismos, excepto por:
 - a. el Departamento de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos, cuando los servicios se brindan a un veterano por una discapacidad que no está conectada con el servicio;
 - b. un hospital o establecimiento militar, cuando los servicios se proporcionen a un jubilado (o un familiar a cargo de él) de las fuerzas armadas; o

- c. un plan de salud grupal establecido por el Gobierno para sus propios empleados civiles y sus familiares a cargo;
25. abortos optativos, pero se pagarán beneficios por abortos médicamente necesarios y sus complicaciones;
 26. suministros o equipamiento para higiene personal, comodidad o conveniencia, como aire acondicionado, humidificador, equipamiento de ejercicios y acondicionamiento físico, unidad de tracción para el hogar, cama de bronceado o cama de agua;
 27. construcción de viviendas especiales;
 28. terapia del habla principalmente para retrasos en el desarrollo, y terapia del habla a menos que sea necesaria debido a un impedimento físico causado por una enfermedad o lesión;
 29. servicio de ambulancia, excepto que se establezca en forma específica como gasto cubierto;
 30. gastos hospitalarios realizados un viernes o un sábado si se admitió para confinamiento en el hospital a la persona elegible ese día, excepto:
 - a. para atención de emergencia;
 - b. cuando se realice una cirugía dentro de las 24 horas de la admisión; o
 - c. para nacimiento de un bebé;
 31. gastos o cargos de hospitalización que tienen lugar más de un día antes de una cirugía que no es de emergencia, a excepción de los casos en los que se presenta, y el Fondo acepta, evidencia médica de que debido a circunstancias extraordinarias se necesita más de un día de hospitalización antes de la cirugía;
 32. atención del niño sano, excepto que se establezca en forma específica como gasto cubierto;
 33. gastos incurridos en tratamientos de salud mental y por abuso de sustancias, excepto que se establezca en forma específica como gasto cubierto;
 34. gastos en pelucas;
 35. gastos por queratotomía radial o cirugía con láser para corregir la visión, excepto que se establezca en forma específica como gasto cubierto;
 36. gastos por un implante de corazón mecánico, incluidos medicación subsiguiente y mantenimiento;
 37. gastos en programas de natación y acondicionamiento físico;
 38. gastos por servicios de un quiropráctico, excepto que se establezca en forma específica como gasto cubierto en los beneficios quiroprácticos del Plan;
 39. cualquier gasto por suplementos nutricionales, incluso si los receta un médico o quiropráctico;
 40. gastos o cargos por trasplantes de órganos no experimentales, excepto que se establezca en forma específica como gasto cubierto;
 41. embarazos optativos en los que la empleada o familiar a cargo actúa como madre sustituta, incluidos gastos y cargos incurridos por el hijo de tal embarazo sustituto;
 42. gastos por pruebas genéticas o de ADN, excepto que se establezca en forma específica como gasto cubierto;
 43. gastos o cargos por medicamentos recetados, excepto según lo dispuesto mientras se encuentre en un hospital o centro de enfermería especializada o según los beneficios de medicamentos recetados del Plan;
 44. gastos de atención preventiva o de rutina, incluidas pruebas de detección debidas a antecedentes familiares o personales, excepto que se establezca en forma específica como gasto cubierto.

PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

Si es un jubilado elegible para Medicare, comuníquese con Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare para obtener información sobre sus procedimientos para reclamaciones y apelaciones de beneficios médicos y de medicamentos recetados. Si es un jubilado, elegible o no elegible, para Medicare, comuníquese con Delta Dental de Wisconsin para obtener información sobre sus procedimientos para reclamaciones y apelaciones de beneficios odontológicos.

Si sufre una lesión o enfermedad por la cual hará una reclamación, debe presentar un aviso por escrito a la oficina del Fondo dentro de los 90 días de iniciados los servicios para esa lesión o enfermedad, o tan pronto como sea razonablemente posible a partir de entonces, pero en ningún caso después de un año.

Cuándo se pagan los beneficios

El beneficio semanal por accidente y enfermedad se paga en general antes del final de cada período de dos semanas, una vez que se haya solicitado el beneficio y se lo haya aprobado. Todas las demás reclamaciones se pagarán a medida que se acumulen una vez recibida la debida evidencia escrita de la pérdida y se aprueben las reclamaciones.

Decisiones sobre reclamaciones médicas

La mayoría de los proveedores presentarán las reclamaciones por usted. Sin embargo, si su proveedor no lo hace y usted necesita hacerlo, siga estos pasos:

- pida a su médico que presente un formulario completado de reclamación de seguro de salud de HCFA o que haga una presentación electrónica de reclamación que cumpla con la HIPAA;
- remita el formulario completado, con todas las facturas detalladas adjuntas, a: Wisconsin Laborers' Health Fund, 4633 Liuna Way, Suite 201, DeForest, Wisconsin 53532-2514.
- Envíe por correo a la oficina del Fondo cualquier factura o estado de cuenta bancario adicional por servicios médicos u hospitalarios cubiertos por el Fondo tan pronto como los reciba.

El reembolso de los cargos cubiertos se realizará al proveedor del servicio, a menos que el participante haya solicitado algo diferente por escrito.

Si los beneficios no se pagan directamente al proveedor del servicio, los beneficios sin pagar por reclamaciones por servicios hospitalarios, de enfermería, de atención médica o de atención quirúrgica pendientes se le pagarán a usted, si vive; en caso contrario, las reclamaciones pendientes se pagarán a su patrimonio.

En general, todos los beneficios de atención de salud se procesarán tan pronto como sea posible en lo administrativo. Se le notificará una decisión inicial dentro de ciertos plazos. Si se aprueba una reclamación por atención médica posterior al servicio o simultánea, se realizará el pago y se lo considerará como su notificación de que se aprobó la reclamación. Sin embargo, en el caso de reclamaciones por atención de urgencia y previas al servicio, se le notificará en forma oral y escrita la decisión sobre su reclamación.

Los plazos difieren para los diferentes tipos de reclamaciones, como se explica en la siguiente información.

- **Reclamaciones de atención de urgencia.** Se tomará una decisión inicial dentro de las 72 horas de recibida su reclamación, a menos que se necesite información adicional. Dentro de las 72 horas, puede recibir una notificación verbal de la decisión sobre su reclamación

de atención de urgencia, que luego se confirmará por escrito dentro de los 3 días de la notificación verbal. Si se necesita información adicional para procesar su reclamación, se le notificará dentro de las 24 horas de recibida su reclamación. Dispondrá de hasta 5 días para proporcionar la información adicional. El plazo inicial de 72 horas se suspende por hasta 5 días o hasta que se reciba la información, lo que suceda primero. La notificación de la decisión se proporcionará antes de 48 horas después de que la oficina del Fondo reciba la información adicional o, si es antes, al final del período que se le otorga para que proporcione esta información.

- **Reclamaciones previas al servicio.** Se tomará una decisión inicial dentro de los 15 días de recibida su reclamación. Si en la oficina del Fondo determinan que se necesita tiempo adicional para tomar una decisión por cuestiones que escapan al control del Plan o del proveedor, el período inicial puede extenderse hasta 15 días adicionales. Dentro del plazo inicial de 15 días, se le informará de la extensión, incluidas las circunstancias que la ocasionan, y la fecha en que el Plan espera tomar una decisión. Si se necesita información adicional para procesar su reclamación, la oficina del Fondo le notificará cuál es. Dispondrá de hasta 45 días después de recibir el aviso para proporcionarla. Después de 45 días o después de recibida la información, lo que suceda primero, se tomará una decisión dentro de 15 días.
- **Reclamaciones posteriores al servicio.** Se tomará una decisión inicial dentro de los 30 días de recibida su reclamación. Si en la oficina del Fondo se establece que se necesita tiempo adicional para tomar una decisión por asuntos que escapan al control del Plan o del proveedor, el período inicial puede extenderse hasta 15 días. Dentro del plazo inicial de 30 días, se le informará de la extensión, incluidas las circunstancias por las que se requiere y la fecha en que el Plan espera tomar una decisión. Si se necesita información adicional para procesar su reclamación, la oficina del Fondo le notificará cuál es. Dispondrá de hasta 45 días después de recibir el aviso para proporcionarla. Después de 45 días o después de recibida la información, lo que suceda primero, se tomará una decisión dentro de 15 días.
- **Reclamaciones de atención simultánea.** Si bien otras reclamaciones tienen fechas límites a lo largo del proceso de presentación de reclamaciones y apelaciones, no existe un plazo formal para notificarle la reconsideración de una reclamación de atención simultánea. Sin embargo, se le notificará lo antes posible y a tiempo para que pueda decidir si quiere presentar una apelación antes de que el beneficio se reduzca o se termine. Si solicita una extensión de un tratamiento de atención de urgencia aprobado (es decir, de una duración mayor al período indicado o con más cantidad de tratamientos), el Plan o el proveedor atenderá a su solicitud lo antes posible y se le notificará dentro de las 24 horas de recibir su solicitud, siempre que su reclamación se reciba al menos 24 horas antes del vencimiento del tratamiento aprobado (es decir, el período o la cantidad de tratamientos indicados). Una solicitud de extensión de un tratamiento aprobado que no involucra atención de urgencia se decidirá de acuerdo con los plazos de reclamaciones previas o posteriores al servicio, según corresponda.

Reclamaciones de beneficios semanales por accidente y enfermedad

Si desea hacer una reclamación por el beneficio semanal por accidente y enfermedad, debe presentar un formulario de reclamación completado por usted y su médico. Puede obtenerlo en la oficina del Fondo.

En cuanto a reclamaciones de beneficios semanales por accidente y enfermedad, el Fondo tomará una decisión y le notificará la decisión dentro de los 45 días de recibida la reclamación. Si el Fondo requiere una extensión de tiempo por cuestiones que escapan a su control, se le notificará el motivo de la demora y cuándo se tomará la decisión. Esta notificación se hará antes de que venza el período de 45 días. Se tomará una decisión dentro de los 30 días de la fecha en que el Fondo le notifique la demora. El período para tomar una decisión puede demorarse 30 días adicionales por asuntos que escapan al control del Fondo y siempre que el Gerente Administrativo le notifique, antes del vencimiento del primer período de extensión de 30 días, las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que el Fondo espera tomar una decisión.

Si se necesita una extensión porque el Fondo necesita información adicional de usted, en el aviso de extensión se especificará cuál. En ese caso, tendrá 45 días desde que recibe la notificación para proporcionar la información adicional. Si no lo hace dentro de ese tiempo, su reclamación se decidirá según la información que tiene el Plan y puede ser denegada. Durante el período en

el que se le permite proporcionar información adicional, se suspenderá el período normal para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se suspende desde la fecha del aviso de extensión hasta los 45 días o hasta la fecha en que responda a la solicitud (lo que ocurra antes). Una vez que responda a la solicitud de información, se le notificará la decisión del Fondo dentro de 30 días.

Reclamaciones de beneficios por fallecimiento y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

En general, recibirá un aviso por escrito de una decisión sobre su reclamación inicial dentro de los 90 días de recibida su reclamación. Si se requiere tiempo o información adicional para tomar una determinación sobre su reclamación (por razones fuera del control del Plan o del proveedor), se le notificará dentro de ese plazo de 90 días. Ese período puede extenderse hasta un máximo de 90 días adicionales.

Aviso de denegación de reclamación o determinación adversa de beneficios

La denegación de un reclamación u otra determinación adversa de beneficios incluye lo siguiente:

- una denegación, reducción o terminación de un beneficio, o no hacer el pago total o parcial de él, y decisiones basadas en una determinación de elegibilidad para participar en el Plan, o una decisión de que un beneficio no está cubierto;
- la reducción de un beneficio por la aplicación de cualquier decisión de revisión de uso, exclusión por afección preexistente, por fuente de lesión, exclusión de la red u otra limitación en beneficios cubiertos de otra manera, o falta de cobertura de un elemento o servicio para el cual se proporcionan beneficios de otra manera porque se determina que son experimentales o de investigación o no son médicamente necesarios o apropiados; o
- cualquier rescisión de cobertura, tenga o no un efecto adverso sobre algún beneficio en particular en ese momento. Una rescisión de cobertura es una cancelación o interrupción de la cobertura con efecto retroactivo, excepto en la medida en que sea atribuible a la falta del pago oportuno de las primas o aportes requeridos.

El Fondo debe proporcionarle un aviso de la determinación inicial sobre su reclamación denegada, en su totalidad o en parte, dentro de ciertos plazos después de recibir su reclamación. En el aviso se le debe proporcionar la siguiente información:

- las razones específicas para negarle beneficios u otra determinación adversa al respecto;
- una referencia específica a las disposiciones pertinentes del Plan en las que se basa la decisión;
- una descripción de cualquier material o información adicional, si corresponde, que se necesite para procesar su reclamación y una explicación de por qué se necesita;
- una explicación de los procedimientos de revisión del Fondo y los períodos para apelar su reclamación, más una declaración de su derecho a entablar una demanda en virtud de la sección 502(a) de la ERISA luego de la revisión;
- una copia de cualquier norma interna, pauta, protocolo o criterios similares en los que se basó la decisión, si corresponde, o una declaración de que una copia está disponible para usted sin costo si la solicita; y
- una copia de la opinión o declaración científica o clínica, si corresponde, o una declaración de que una copia de eso está disponible para usted sin costo cuando la solicite para reclamaciones de beneficio médico y semanal por accidentes y enfermedades que se denieguen debido a:
 - necesidad médica;
 - tratamiento experimental; o
 - exclusión o límite similar.

Si la denegación es por una reclamación de atención de urgencia, el aviso también incluirá una descripción del proceso de revisión acelerada.

Para reclamaciones del beneficio semanal por accidente y enfermedad, el aviso de denegación también incluirá una explicación para no proseguir o no estar de acuerdo con lo siguiente:

- las opiniones presentadas por usted al Plan sobre profesionales de la salud que lo tratan y profesionales vocacionales que lo evaluaron;
- las opiniones de expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en relación con una determinación adversa de beneficios, sin importar si se basó en ese consejo para tomar la determinación de beneficios; y
- una determinación de discapacidad presentada por usted al Plan hecha por la administración de Seguridad Social.
- Para las reclamaciones de beneficios semanales por accidente y enfermedad, el aviso de denegación también incluirá las normas internas, pautas, protocolos, estándares específicos, u otros criterios similares en los que el Plan se basó para tomar la determinación adversa o, como alternativa, una declaración de que no existen tales normas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan. El aviso de denegación de reclamación de beneficios semanales por accidente y enfermedad incluirá una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información pertinente, y copias de todos ellos.

Derecho a solicitar la revisión de una reclamación denegada

Si rechazan su reclamación, en su totalidad o en parte, o si no está de acuerdo con la determinación del Fondo de su elegibilidad o el monto de los beneficios, puede presentar una apelación por escrito ante la Junta Directiva. Su apelación por escrito debe presentarse dentro de:

- 180 días de recibido el aviso de denegación de la reclamación de beneficios de atención médica, medicamentos recetados o beneficios semanales por accidente y enfermedad; o
- 90 días después de recibir el aviso de denegación de la reclamación de beneficios por fallecimiento o AD&D.

En su apelación por escrito deben explicarse las razones por las que no está de acuerdo con la decisión sobre su reclamación y puede proporcionar cualquier documento de respaldo o comentarios adicionales. Al presentar una apelación, puede:

- enviar documentación adicional, incluidos comentarios, declaraciones o documentos;
- solicitar revisar toda la información pertinente sin cargo;
- solicitar una copia de cualquier norma interna, pauta, protocolo o criterios similares en los que se basó la denegación; y
- solicitar una copia de cualquier explicación de la opinión científica o clínica en el que se basó la denegación, si fue por necesidad médica, tratamiento experimental o una exclusión o límite similar.

Si rechazan su reclamación o apelación, en su totalidad o en parte, basados en una opinión médica, los Fideicomisarios consultarán a un profesional de la salud que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrado, y a quien no se consultó (o no es un subordinado a la persona consultada) en relación con la denegación de su reclamación. Usted tiene derecho a que se le advierta la identidad de cualquier experto médico consultado para tomar la determinación de su apelación, sin importar si se basó en ese asesoramiento.

Plazos de apelación

Se tomará una determinación sobre su apelación dentro de ciertos períodos. Los plazos difieren para los diferentes tipos de reclamaciones, como se explica en la siguiente información:

- Reclamaciones por atención médica:
 - **Reclamaciones de atención de urgencia.** Se tomará una determinación dentro de las 72 horas de recibida su apelación.
 - **Reclamaciones previas al servicio.** Se tomará una determinación dentro de los 30 días de recibida su apelación.

Al apelar una reclamación, puede autorizar a un representante para que actúe en su nombre. Sin embargo, debe proporcionar una notificación a la oficina del Fondo de su autorización a esa persona.

También puede solicitar una audiencia, en la que usted o su representante autorizado tendrán la oportunidad de comparecer.

Solo para reclamaciones de beneficios semanales por accidente y enfermedad, antes de que el Plan emita una determinación adversa en apelación, el Plan debe proporcionarle en forma automática y sin cargo cualquier evidencia o justificación nueva o adicional considerada, en la que se hayan basado, o que el Plan, la aseguradora u otra persona que tome la determinación de beneficios hayan generado. Se le brindará una oportunidad razonable para responder.

- **Reclamaciones posteriores al servicio.** Se tomará una determinación en la siguiente reunión de los Fideicomisarios programada en forma habitual después de recibir su apelación. Sin embargo, si la solicitud se presenta dentro de los 30 días de la fecha de la reunión, la determinación puede tomarse en la segunda reunión después de recibir su apelación. Si existen circunstancias especiales que requieran una extensión adicional, se tomará una decisión en la tercera reunión después de recibir su apelación. Se le notificará si es necesaria alguna extensión. En el aviso se indicarán las circunstancias especiales y la fecha en la que el Plan espera tomar una decisión. Se le notificará la decisión por escrito dentro de los cinco días de la reunión en la que se tomó.
- **Reclamación por atención simultánea.** Se tomará una determinación antes de la reducción o terminación de su beneficio.
- Beneficios semanales por accidente y enfermedad, beneficios por fallecimiento y por AD&D:
 - Se tomará una determinación en la siguiente reunión trimestral de los Fideicomisarios después de recibir su apelación. Sin embargo, si la solicitud se presenta dentro de los 30 días de la fecha de la reunión, la determinación puede tomarse en la segunda reunión trimestral después de recibir su apelación. Si existen circunstancias especiales que requieran una extensión adicional, se tomará una decisión en la tercera reunión trimestral después de recibir su apelación. Se le notificará si es necesaria alguna extensión. En el aviso se indicarán las circunstancias especiales y la fecha en la que el Plan espera tomar una decisión. Se le notificará la decisión por escrito dentro de los cinco días de la reunión en la que se tomó.

Aviso de decisión de apelación

La decisión sobre cualquier apelación de su reclamación se le brindará por escrito. En el aviso de denegación de una reclamación en apelación se indicarán:

- los motivos específicos para tomar la decisión.
- referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación.
- una declaración de que tiene derecho a recibir acceso razonable a los documentos pertinentes a su reclamación, previa solicitud y en forma gratuita, y copias de todos ellos.
- una declaración de su derecho a entablar una acción civil en virtud de la sección 502(a) de la ERISA luego de la determinación adversa del beneficio en revisión y el plazo de limitaciones específicas que corresponde y, para las reclamaciones por beneficios semanales por accidente y enfermedad, la fecha calendario en que prescribe la reclamación. Debe iniciar cualquier demanda dentro de los dos años de la fecha en que la oficina del Fondo requirió que se presentara la reclamación.
- Si el Fondo se basó en una norma interna, pauta o protocolo, entonces usted puede recibir una copia de tal disposición o una declaración de que está disponible a pedido, sin cargo. Si la determinación se basó en una necesidad médica, o en que el tratamiento era experimental o de investigación, u otra exclusión similar, entonces puede recibir una explicación de la opinión científica o clínica para la determinación que aplica los términos del Plan a su reclamación, o una declaración de que está disponible a pedido, sin cargo.

Para reclamaciones del beneficio semanal por accidente y enfermedad, el aviso de denegación también incluirá una explicación para no proseguir o no estar de acuerdo con lo siguiente:

- las opiniones presentadas por usted al Plan sobre profesionales de la salud que lo tratan y profesionales vocacionales que lo evaluaron;
- las opiniones de expertos médicos o vocacionales cuyo consejo se obtuvo en nombre del Plan en relación con una determinación adversa de beneficios, sin importar si se basó en ese consejo;
- una determinación de discapacidad presentada por usted al Plan realizada por la administración de Seguridad Social; y
- Para las reclamaciones de beneficios semanales por accidente y enfermedad, el aviso de denegación también incluirá las normas internas, pautas, protocolos, estándares específicos, u otros criterios similares en los que el Plan se basó para tomar la determinación adversa o, como alternativa, una declaración de que no existen tales normas, pautas, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan. El aviso de denegación además incluye una declaración de que tiene derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información pertinente, y copias de ellos.

Pago de beneficios

Los Fideicomisarios tienen derecho a pagar beneficios a cualquier otra organización o persona, según sea necesario, para cumplir con las disposiciones del Plan en forma correcta.

Pueden pagar o proporcionar los servicios o equipos que consideren médicamente necesarios, pero que el Plan no cubra de otra manera, si a su criterio, resuelven que pagar o proporcionar dichos servicios o equipos sería en beneficio financiero del Plan. Ningún pago o prestación de servicios o equipos de este tipo se considerará una enmienda al Plan ni establecerá un precedente, ni obligará al Plan a realizar esos pagos o proporcionar esos servicios o equipos en el caso de una reclamación subsiguiente. Los Fideicomisarios pueden delegar esta determinación al Gerente Administrativo.

Si alguna persona, reclamante o beneficiario en virtud del Plan, en opinión de los Fideicomisarios, es legalmente incapaz de entregar un recibo válido por cualquier pago adeudado y no se ha designado un tutor para esa persona, ellos pueden, a su elección, efectuar dicho pago a la o las personas que, a su criterio, hayan asumido el cuidado y sustento principal de esa persona incapaz. Si la persona incapaz fallece antes de que se hayan pagado todos los montos adeudados y pagaderos, los Fideicomisarios pueden, a su elección, realizar dicho pago a su albacea, administrador o representante personal de su patrimonio o a su cónyuge, pareja de hecho, padres o hijos sobrevivientes, o a cualquier otra persona que, en opinión de los Fideicomisarios, tenga derecho a los beneficios del Plan.

Criterio de los Fideicomisarios

Los Fideicomisarios tienen criterio único, amplio y absoluto para interpretar el Plan, la descripción resumida (SPD) y todas sus disposiciones, normas, regulaciones o procedimientos. Los Fideicomisarios también tienen amplio criterio para determinar la elegibilidad para beneficios en virtud del Plan, la SPD y el Fideicomiso, incluida la elegibilidad para participar u otros beneficios disponibles en virtud del Plan. En la medida en que tales deberes se deleguen a otros, los Fideicomisarios se reservan el derecho de decidir en última instancia todas las apelaciones, a su exclusivo y absoluto criterio.

Los beneficios del Plan se pagarán solo si los Fideicomisarios deciden, a su criterio, que el solicitante tiene derecho a ellos. Cualquier ejercicio por parte de los Fideicomisarios de su autoridad discrecional con respecto a la construcción e interpretación del Plan, la SPD, el Fideicomiso o la elegibilidad para beneficios será definitivo y vinculante. Se someterán a decisión de la Junta Directiva todas las preguntas o controversias de cualquier carácter que surjan de cualquier manera o entre las partes o personas en relación con el Plan, la SPD, su operación, ya sea sobre cualquier reclamación de beneficios, en cuanto a la interpretación del lenguaje del Plan o esta SPD, o cualquier norma y reglamentos adoptados por los Fideicomisarios, o en cuanto a cualquier escrito, decisión, instrumento o cuenta en relación con la operación del Plan, la SPD o de otro modo.

Acciones legales

Usted no puede iniciar ninguna acción legal, incluidos procesos ante organismos administrativos, hasta que haya seguido los procedimientos y agotado las oportunidades de apelación descritas en este folleto. No puede iniciar acciones legales para obtener beneficios hasta que haya solicitado la revisión de la Junta Directiva y se haya tomado una decisión final, o hasta que haya transcurrido el tiempo apropiado antes mencionado desde que presentó la solicitud de revisión y no haya recibido una decisión final o aviso de que será necesaria una extensión para llegar a una. No puede entablarse ninguna acción legal o equitativa (incluidas acciones o procesos ante organismos administrativos) con respecto a una reclamación relacionada con la elegibilidad para beneficios del Fondo o el Plan, o el monto de ellos, después de dos años de la fecha en que se requería que se presentara la reclamación según los procedimientos descritos en la página 87 de este folleto.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Según el Plan de Salud, sus beneficios pueden coordinarse en dos tipos de circunstancias: si es elegible para Medicare o Medicaid, o si otro plan grupal o fuente tiene obligación de realizar pagos de beneficios a usted o sus familiares a cargo. La coordinación de beneficios garantiza que usted reciba los máximos beneficios y que no se pagan por más del 100 % de los cargos reales en los que se haya incurrido.

Cuando la cobertura de atención médica está disponible en más de un plan grupal u otra fuente de cobertura, como beneficios de protección de seguro sin culpa o contra lesiones personales, el plan primario paga los beneficios primero. Su plan primario determina los beneficios como si fuera la única cobertura disponible. Luego, el plan secundario paga de acuerdo con sus normas de coordinación de beneficios. Este Plan define los gastos permitidos como los cargos permitidos por servicios, suministros o tratamientos médicamente necesarios, parte o la totalidad de los cuales cubriría cualquiera de sus planes.

Si a usted o un familiar a cargo los cubre otro plan de salud grupal además del Fondo de Salud, el orden de pago de los beneficios se determinará de acuerdo con las siguientes pautas.

Coordinación de beneficios con planes que no sean Medicare o Medicaid

Para la coordinación con otros planes (que no sean Medicare o Medicaid), se aplican las siguientes normas:

- Un plan sin normas de coordinación de beneficios será primario y pagará los beneficios antes que este Plan.
- Un beneficio de protección de seguro sin culpa o una póliza de protección contra lesiones personales siempre calcularán y pagarán sus beneficios primero, y este Plan pagará en segundo lugar.
- Un plan que cubre a una persona no como un familiar a cargo es primario y paga beneficios antes que un plan que cubre a la persona como un familiar a cargo.
- Para reclamaciones en nombre de hijos a cargo cuyos padres no están divorciados o separados o que han firmado un acuerdo de custodia compartida, o que nunca se han casado y no viven juntos, el plan que cubre al padre cuyo cumpleaños (mes y día) es primero en el año calendario es el primario y pagará los beneficios primero, y el plan del padre cuyo cumpleaños es más adelante en el año calendario pagará en segundo lugar. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que cubra desde hace más tiempo a uno de ellos será el primario y pagará los beneficios en primer lugar.

Si el plan de uno de los padres usa la norma de género y el plan del otro padre coordina los beneficios como en esta subsección, las normas del plan que usa la norma de género determinarán el orden de pago de los beneficios. Según la norma de género, el plan que cubre a una persona como familiar a cargo de un empleado varón pagará sus beneficios antes que el que cubre a la persona como familiar a cargo de una empleada.

- Para las reclamaciones en nombre de hijos a cargo cuyos padres están divorciados o separados (incluida la separación de una pareja de hecho), se aplican las siguientes normas:
 - Si existe una sentencia judicial que establece la responsabilidad financiera de gastos médicos, el plan que cubre al padre que tiene esa responsabilidad financiera será el primario.
 - Si no hay sentencia judicial y el padre con custodia no se ha vuelto a casar ni ha formado otra pareja de hecho, el plan que lo cubre será el primario.
 - Si no existe sentencia judicial y el padre con custodia se ha vuelto a casar o ha formado una pareja de hecho, según el orden de coordinación de beneficios:
 - » el plan del padre con custodia es el primario y paga los beneficios primero;

- » el plan del padrastro o madrastra con custodia paga los beneficios en segundo lugar; y
- » el plan del padre sin custodia paga los beneficios en tercer lugar.
- Para un hijo a cargo que tiene cobertura en virtud del plan de uno o ambos padres y también tiene su propia cobertura como familiar a cargo en virtud del plan de un cónyuge, se aplica la siguiente norma. En el caso de que la cobertura del hijo a cargo en virtud del plan del cónyuge comenzara en la misma fecha que la cobertura del hijo a cargo en virtud de los planes de uno o ambos padres, para determinar el orden de los beneficios se aplicará la norma de cumpleaños antes indicada a los padres del hijo a cargo y al cónyuge del familiar a cargo.
- Si no corresponde ninguna de las normas anteriores, el plan que haya cubierto al reclamante durante más tiempo será el primario y pagará los beneficios primero, excepto cuando:
 - un plan cubre al reclamante como empleado cesado o jubilado (o sus familiares a cargo); y
 - el otro plan incluye esta misma norma para empleados cesados o jubilados (o se emite en un estado que requiere esta norma por ley).

Entonces, el plan que cubre al reclamante de otra manera que no sea como empleado cesado o jubilado (o un familiar a su cargo) es el primario y pagará los beneficios primero.

Disposición de subplan

Se aplicará una norma especial si un participante o un familiar a cargo tiene otra cobertura de plan de salud que contenga una disposición “envolvente”, de “subplan” o alguna disposición similar cuyo propósito es brindar cobertura primaria solo para un pequeño monto de gastos, muy por debajo del beneficio máximo disponible en virtud del plan si no existe otra cobertura (en forma colectiva, la “disposición de subplan”). El efecto o la intención de un plan con una disposición de subplan es intentar transferir el monto desproporcionado mucho mayor de cobertura secundaria al otro plan de salud con el cual coordina beneficios.

En el caso de que coordine beneficios con un plan que contenga una disposición de subplan, este Plan aplicará dos normas adicionales:

- La disposición de subplan se tratará como arbitraria y caprichosa, y como un subterfugio, y se ignorará, lo que produce la coordinación de beneficios con el plan, subplan o disposición similar que se aplicaría si el participante o su familiar a cargo no tuvieran cobertura en virtud de este Plan.
- Si el Plan o un tribunal con jurisdicción competente determina que la primera norma adicional no corresponde, entonces el Plan limita expresamente su cobertura secundaria disponible para el participante o su familiar a cargo al mismo monto en dólares contenido en la disposición de subplan o calculado según ella.

La Junta Directiva y sus representantes tienen criterio para interpretar el Plan y determinar si los beneficios son pagaderos. Este criterio incluirá interpretar el lenguaje de otros planes, determinar si ellos consisten en un solo plan o varios, determinar si existe un subplan, y cualquier otra determinación que el Plan considere apropiada. La determinación de la Junta Directiva (o la persona designada) a este respecto será vinculante y definitiva para todos los propósitos, incluidos, entre otros, todos los propósitos de coordinación de beneficios, y no se revocará a menos que un tribunal con jurisdicción competente resuelva que dicha determinación es arbitraria y caprichosa.

Coordinación de beneficios con Medicare

Este Plan tendrá responsabilidad primaria por los gastos en los que incurra el participante o su cónyuge a cargo que reúna las siguientes calificaciones:

- personas elegibles para los beneficios de Medicare solo por su edad; y
- con respecto a solo empleados elegibles, que estén sean empleados activos de empleadores de ADEA (Ley de Discriminación por Edad en el Empleo) que pagan la totalidad o parte de los aportes requeridos para elegibilidad.

Este Plan tendrá una responsabilidad secundaria para los empleados elegibles y sus cónyuges a

cargo si no tienen empleo activo con empleadores de ADEA que pagan la totalidad o parte de los aportes requeridos para elegibilidad y son elegibles para los beneficios de Medicare por su edad.

Tendrá responsabilidad primaria para gastos incurridos por las parejas de hecho elegibles para Medicare por discapacidad solo si el empleado elegible tiene un empleo activo con un empleador de ADEA que paga la totalidad o parte de los aportes requeridos para elegibilidad.

Este Plan tendrá responsabilidad secundaria por los gastos en los que hayan incurrido las parejas de hecho elegibles para Medicare por su edad, independientemente del empleo activo del empleado elegible.

Este Plan tendrá responsabilidad secundaria por los gastos en los que hayan incurrido las personas elegibles para beneficios primarios de Medicare porque están discapacitadas.

Tendrá responsabilidad primaria durante los primeros 30 meses por las reclamaciones de personas elegibles para beneficios de Medicare solo por una enfermedad renal en etapa terminal (ERT). Al final de los 30 meses, su responsabilidad será secundaria. Si la persona elegible tiene doble elegibilidad por ERT y edad o discapacidad, entonces los períodos de cobertura primaria se ajustarán de acuerdo con las regulaciones vigentes.

Cuando Medicare es el pagador primario, una persona elegible para seguro hospitalario en virtud de la parte A de Medicare debe inscribirse en la parte A y en la parte voluntaria de la parte B de Medicare. Si una persona es elegible para las partes A y B de Medicare y no se ha inscrito en ellas, no se pagarán los beneficios del Fondo de Salud, ya que no se podrán coordinar los beneficios con Medicare.

Coordinación de beneficios con la parte D de Medicare

Si un empleado activo o su familiar a cargo se inscriben para cobertura de medicamentos recetados de Medicare en virtud de la parte D, continuarán siendo elegibles para los beneficios de medicamentos recetados del Fondo. Sin embargo, los beneficios de medicamentos recetados del empleado activo o su familiar a cargo se coordinarán con Medicare si están inscritos en la parte D. Los jubilados y sus familiares a cargo que no se inscriban en la parte D de Medicare por el plan Medicare de United Healthcare no son elegibles para beneficios de medicamentos recetados en virtud del Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin.

Coordinación de beneficios con Medicare (jubilados elegibles para Medicare)

Con los jubilados elegibles para Medicare, la coordinación de beneficios con Medicare en general está sujeta a las normas del plan de United Healthcare Medicare. Si está cubierto por el plan United Healthcare Medicare u otro plan de Medicare Advantage, el plan supondrá que ha cumplido las normas necesarias para que cubra sus gastos el plan United Healthcare Medicare u otro de Medicare Advantage.

Coordinación de beneficios con Medicaid

El Plan respeta cualquier cesión de derechos de Medicaid realizada en su nombre. También respeta cualquier reembolso o derecho de subrogación que pueda tener un estado en virtud del pago de beneficios de Medicaid por gastos cubiertos por el Plan. Además, el Plan no considerará la elegibilidad de Medicaid ni la asistencia médica proporcionada por Medicaid para determinar beneficios o elegibilidad del Plan.

Subrogación y reembolso

Las normas de subrogación o reembolso se aplican si el Fondo les paga beneficios a usted o sus familiares a cargo cubiertos relacionados con un accidente, lesión, enfermedad o fallecimiento causado por un tercero. En estas circunstancias, el Fondo tiene derecho al reembolso de sus gastos.

Puede haber otras fuentes, entre ellas:

- otros planes de beneficios;
- la compañía aseguradora;
- indemnización laboral; o
- cualquier otro tercero que esté obligado a realizar pagos que, de otro modo, el Fondo estaría obligado a hacer.

Siempre que el Fondo haya brindado o brinde beneficios médicos, hospitalarios, odontológicos, oftalmológicos o por discapacidad como resultado de una lesión, enfermedad o fallecimiento que tengan una posible recuperación que incluya, entre otros conceptos, una indemnización, compensación, daños, remuneración o restitución de cualquiera de las partes (como una aseguradora), incluida la falta de seguro y la cobertura de seguro insuficiente, seguro sin culpa, seguro de protección contra lesiones personales y beneficios de indemnización laboral, el Fondo puede presentar una reclamación o presentar una acción contra esa parte.

Debido a la aceptación de tales beneficios como resultado de una lesión, enfermedad o fallecimiento que derive en una posible recuperación que incluya, entre otros conceptos, una indemnización, compensación, daños, remuneración o restitución de cualquiera de las partes (incluida una aseguradora); falta de seguro y cobertura de seguro insuficiente, seguro sin culpa, seguro de protección contra lesiones personales y beneficios de indemnización laboral, usted o sus familiares a cargo cubiertos ceden al Fondo el derecho de presentar una reclamación contra esa parte por el monto de tales beneficios. Después de una pérdida por la cual se proporcionaron los beneficios, usted o sus familiares a cargo cubiertos no deben hacer nada que perjudique el derecho de recuperación del Fondo. Deben avisar de inmediato por escrito al Gerente Administrativo de este Fondo si usted, o alguien en su nombre o en nombre de su familiar a cargo cubierto, presenta una reclamación contra cualquier persona con respecto a cualquier pérdida por la cual ha recibido o recibe los beneficios del Fondo.

Usted o sus familiares a cargo cubiertos tienen obligación de proporcionar al Fondo, o a quien este designe, nombres y direcciones de todas las partes potenciales y sus aseguradoras y ajustadores, números de reclamación, además de informes de accidentes y cualquier otra información que solicite el Fondo. Si no se proporciona la información solicitada, el Fondo, a su criterio, puede retener las obligaciones de beneficios futuros a la espera de recibir la información solicitada.

Usted, sus familiares a cargo cubiertos o el Fondo pueden presentar una reclamación contra una de las partes o iniciar una acción contra una de las partes y unirse a la otra según lo dispuesto en la sección 803.3 de los estatutos de Wisconsin, o las leyes estatales o federales vigentes. Usted, sus familiares a cargo o su abogado deben retener los ingresos que recuperen de un tercero en fideicomiso para el Fondo.

El producto de cualquier acuerdo o sentencia en cualquier reclamación realizada contra cualquiera de las partes se distribuirá de la siguiente manera:

- en primer lugar, se pagará una suma suficiente para reembolsarle al Fondo en su totalidad todos los beneficios adelantados. No se podrán deducir costos judiciales ni honorarios de abogados de la recuperación del Fondo sin su consentimiento previo expreso y por escrito. Este derecho no se dejará de lado por ninguna de las denominadas “doctrina del fondo”, “doctrina del fondo común”, “doctrina del fondo de abogados” o cualquier otra doctrina o teoría similar.
- Cualquier remanente se pagará al destinatario de los beneficios del Fondo, en cuyo nombre se realiza el reclamo.
- De conformidad con el párrafo anterior, el Fondo recibirá un crédito hasta el monto total de cualquier remanente pagado al destinatario de los beneficios para aplicar contra cualquier obligación de beneficios futuros por la lesión, enfermedad o fallecimiento que fue objeto de la reclamación que derivó en el acuerdo o sentencia.

- La asignación de ingresos antes mencionada se pagará con el primer dólar de los ingresos recibidos y tendrá prioridad sobre las reclamaciones en competencia, independientemente de si el monto total de la recuperación para usted, o los que reclaman en su nombre, es menor que la pérdida real sufrida o menor que el monto necesario para satisfacerlos a usted o a quienes reclaman en su nombre. Los derechos del Fondo no se dejarán de lado ni se reducirán por la aplicación de las denominadas “doctrina de satisfacción completa”, “doctrina Garrity”, “doctrina Rimes” o cualquier doctrina que pretenda infringir los derechos del Fondo mediante la asignación de ganancias exclusivamente, o en parte, a daños por gastos no médicos.
- Además, dicha asignación se aplicará a sus reclamaciones o a las de sus familiares a cargo cubiertos por el Fondo, independientemente de si el destinatario era legalmente responsable de los gastos de tratamiento.
- En caso de que usted o su familiar a cargo cubierto recuperen una reclamación de cualquier parte y los ingresos no se asignen de acuerdo con los párrafos anteriores, los Fideicomisarios tendrán derecho a realizar una reclamación de reembolso, incluidos, entre otros, reclamaciones por restitución, enriquecimiento ilícito o fideicomiso legal respecto de cualquier recuperación suya o de su familiar a cargo cubierto, por los gastos del Fondo, ya sea que la recuperación se le pague a usted o esté en su posesión o la de su familiar a cargo cubierto, su abogado, el abogado del familiar, o cualquier otra persona o entidad, o a acreditarlo para obligaciones futuras del Fondo con usted o su familiar a cargo cubierto por el monto de dichos beneficios. Ese crédito no se limita a las obligaciones futuras del Fondo con el destinatario real de los beneficios, sino que también puede aplicarse a cualquier obligación futura con usted o sus familiares a cargo.

Pagos en exceso y erróneos

El Fondo puede recuperar los pagos en exceso o erróneos de beneficios entregados a usted o a sus familiares a cargo (o su proveedor o el de ellos), incluso mediante deducciones o compensaciones de los beneficios que se le puedan pagar a usted o a sus familiares a cargo en el futuro. Cuando corresponda, también se procederá a la recuperación de proveedores, compañías aseguradoras u otras organizaciones que hayan recibido tal pago.

Prohibición de cesión a proveedores

Usted o sus familiares a cargo no pueden ceder ningún derecho en virtud del Plan ni ningún derecho legal en virtud de la ley vigente a un proveedor de servicios o suministros. La prohibición contra la cesión de estos derechos incluye, entre otros elementos:

- su derecho o el de su familiar a cargo a recibir beneficios;
- su derecho o el de su familiar a cargo a reclamar beneficios de acuerdo con los procedimientos del Plan o la ley federal;
- su derecho o el de su familiar a cargo a iniciar una acción legal contra el Plan, los Fideicomisarios, el Fondo o sus agentes o empleados;
- su derecho o el de su familiar a cargo a solicitar documentos del Plan u otros instrumentos en virtud de los cuales se establece u opera;
- su derecho o el de su familiar a cargo a solicitar cualquier otra información que puedan tener derecho a recibir mediante una solicitud por escrito al Gerente Administrativo; y
- todos los demás derechos que puedan tener usted o su familiar a cargo según el Plan, el Acuerdo de Fideicomiso Reformulado, y las leyes federales y estatales.

Sin embargo, el Gerente Administrativo o los Fideicomisarios pueden continuar enviando por correo postal los pagos de sus beneficios del Plan o los de su familiar a cargo a un proveedor de servicios o suministros.

USO Y DIVULGACIÓN DEL PLAN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP)

Para los propósitos de esta sección, la Junta Directiva es el Patrocinador del Plan.

De conformidad con la Norma de Privacidad y la Norma de Seguridad contenidas en los requisitos de simplificación administrativa de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y las regulaciones relacionadas que se encuentran en las partes 160, 162 y 164 del cap. 45 del CFR, enmendada por la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH, por sus siglas en inglés), el propósito de esta sección es permitir la divulgación a la Junta Directiva de información de salud protegida (ISP), incluso en forma electrónica, según se define en la HIPAA. A los efectos de esta sección, el Patrocinador del Plan es la Junta Directiva (los Fideicomisarios).

En general, la ISP, según se define en la HIPAA, incluye toda la información de identificación individual relacionada con una afección física o mental anterior, actual o futura de una persona o con el pago de gastos de atención médica. Incluye información que el Plan conserva en forma oral, escrita o electrónica. No incluye información sin referencias personales. La información sin referencias personales es la que no identifica a una persona y con respecto a la cual no existen fundamentos razonables para creer que pueda usarse para identificar a una persona.

La ISP en formato electrónico es la que se transmite o guarda en medios electrónicos, incluidos de almacenamiento electrónico (como discos rígidos, cintas o discos magnéticos, discos ópticos y tarjetas de memoria digital) y medios de transmisión electrónica (como internet, extranets, líneas arrendadas, líneas de discado, redes privadas, sistemas telefónicos de respuesta de voz y sistemas de respuesta por fax, pero no faxes de papel a papel o mensajes de voz).

Esta sección se aplica solo a los “componentes de atención médica” del Plan, tal como se define la expresión en la sección 504, cap. 164 del CFR de la Norma de Privacidad contenida en las Disposiciones de Simplificación Administrativa de la HIPAA. En consecuencia, todos los beneficios del Plan que no sean el seguro de discapacidad y de vida se designan en el presente documento como componentes de atención médica del Plan.

En la medida en que exista algún conflicto entre esta sección y cualquier otra disposición del Plan, prevalecerán los términos de esta sección.

Divulgación de información protegida de salud

No obstante cualquier disposición del Plan en contrario, en ningún caso se permitirá usar o divulgar ISP de una forma que sea incompatible con la HIPAA.

De acuerdo con la HIPAA, el Plan puede divulgar ISP a los Fideicomisarios en las siguientes circunstancias:

1. cuando el Plan recibe una autorización suya para divulgar su ISP a los Fideicomisarios;
2. puede divulgar si participa en el Plan, o está inscrito o ha cancelado su inscripción en un plan de seguro médico o HMO (si lo hubiera) ofrecido como parte del Plan;
3. puede proporcionar información de salud resumida a los Fideicomisarios para que puedan captar ofertas de primas de las aseguradoras de salud para proporcionar la cobertura de seguro médico en virtud del Plan, o para que puedan modificar, enmendar o rescindir el Plan. La información de salud resumida es la que resume el historial de reclamaciones, gastos de reclamaciones o tipo de reclamaciones, de los cuales se han eliminado identificadores individuales (que no sean cierta información geográfica limitada), como nombres y números de Seguro Social.

De lo contrario, el Plan divulgará la ISP a los Fideicomisarios solo en la medida necesaria para que realicen funciones administrativas en nombre del Plan. (Si no realizan tales funciones, el Plan no divulgará ISP a los Fideicomisarios de otra manera que no sea la ya indicada.) Las funciones administrativas incluyen las actividades que cumplirían con la definición en virtud de la Norma de Privacidad de la HIPAA de actividades de operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Dichas actividades incluyen, entre otras, las siguientes:

1. revisión y resolución de reclamaciones de beneficios y apelaciones;
2. determinaciones con respecto a elegibilidad, cobertura y costos compartidos;
3. determinación de las tasas de aporte del empleador (o, si corresponde, tasas de aportes de los empleados);
4. ejercicio de derechos de subrogación;
5. coordinación de beneficios;
6. obtención de pago en virtud de un contrato de reaseguro (como un seguro de limitación de pérdidas);
7. revisión de utilización;
8. evaluación de calidad;
9. programas de auditoría, monitoreo y detección e investigación de fraudes;
10. manejo de costos;
11. solicitud de propuestas de servicios que se proporcionarán al Plan o en su nombre; y
12. programación y desarrollo de computadoras y sistemas relacionados.

No obstante cualquier disposición en contrario, en ningún caso se permitirá a los Fideicomisarios usar o divulgar ISP de una manera incompatible con la HIPAA. El Plan también puede divulgar ISP a los socios comerciales de conformidad con los términos del Acuerdo de Socio Comercial vigente.

Certificación del Patrocinador del Plan

De conformidad con su enmienda, el Plan divulgará ISP al Patrocinador solo de acuerdo con las siguientes disposiciones:

1. **Prohibición de uso no autorizado o divulgación de ISP.** El Patrocinador del Plan no usará ni divulgará ISP recibida del Plan, excepto según lo permitido en los documentos o según lo requiera la ley.
2. **Agentes (incluidos los subcontratistas).** El Patrocinador del Plan requerirá que cada uno de sus agentes, incluidos los subcontratistas, a quienes el Patrocinador proporcione la ISP que recibió del Plan, acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador sobre tal información.
3. **Fines inadmisibles.** El Patrocinador del Plan no usará ni divulgará su ISP para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en conexión con cualquier otro beneficio del Plan o planes de beneficios para empleados.
4. **Elaboración de informes.** El Patrocinador informará al Plan cualquier uso o divulgación de ISP del que tenga conocimiento que sea inconsistente con los usos y divulgaciones permitidos por el Plan. En forma específica, el Patrocinador informará al Plan cualquier incumplimiento según se define en la sección 164.402, cap. 45 del CFR.
5. **Acceso de los participantes a ISP.** El Patrocinador del Plan pondrá la ISP a disposición del Plan para permitirle, cuando lo solicite, inspeccionar y copiar su ISP en la medida prevista por la sección 164.524, cap. 45 del CFR.

6. **Enmienda de ISP.** El Patrocinador del Plan hará que su ISP esté disponible si usted solicita enmendarla o corregirla por ser inexacta o estar incompleta, e incorporará cualquier enmienda a la ISP en la medida requerida o permitida por la sección 164.526, cap. 45 del CFR.
7. **Recuento de ISP.** El Patrocinador del Plan pondrá a disposición la información requerida para proporcionar un recuento de las divulgaciones de acuerdo con la sección 164.528, cap. 45 del CFR.
8. **Divulgación al Secretario.** El Patrocinador del Plan pondrá a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos o a quien él designe las prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y la divulgación de ISP recibida del Plan con el fin de determinar su cumplimiento de la HIPAA.
9. **Notificación de incumplimiento.** El Patrocinador cooperará con los esfuerzos del Plan para cumplir con las regulaciones de notificación de incumplimiento establecidas en las secciones 164.404, 164.406 y 164.408, cap. 45 del CFR.
10. **Devolución o destrucción de ISP.** Cuando la ISP ya no es necesaria para el propósito por el que se hizo la divulgación, el Patrocinador debe, si es posible, devolverla al Plan o destruir toda la ISP que recibió del Plan y no conservar copias en ningún formato. Si la devolución o destrucción no son factibles, el Patrocinador del Plan acuerda limitar los usos y divulgaciones adicionales para los propósitos que hacen inviable la devolución o destrucción.
11. **Separación adecuada.** El Patrocinador debe asegurarse de que exista una separación adecuada entre el Plan y él mismo, a fin de que la ISP se utilice solo para efectos administrativos. Solo los empleados mínimos necesarios tienen acceso y pueden usar la ISP, pero solo en la medida necesaria para realizar las funciones de administración del Patrocinador del Plan, como se ha establecido.

En el caso de que cualquiera de los Patrocinadores del Plan o sus empleados no cumplan los requisitos establecidos en este documento, se los someterá a medidas disciplinarias por incumplimiento, de conformidad con los procedimientos de disciplina y despido o remoción del Patrocinador del Plan. El Patrocinador del Plan tomará las medidas necesarias para resolver dicho incumplimiento. Independientemente de si se sanciona a una persona, se la despide o retira de conformidad con este párrafo, el Plan se reserva el derecho de ordenar que el Patrocinador modifique o revoque el acceso o uso de la ISP de cualquier persona, y el Patrocinador tomará las medidas necesarias. Cualquiera que sospeche un uso o divulgación indebidos de ISP puede informarlo al oficial de Privacidad del Plan al número de teléfono y la dirección indicados en el aviso de prácticas de privacidad del Plan.

1. **Protección de ISP electrónica.** Si se crea, recibe, guarda o transmite ISP electrónica al Patrocinador del Plan o por él en nombre del Plan, el Patrocinador:
 - a. se asegurará de que la separación adecuada antes descrita tenga respaldo de medidas de seguridad razonables y apropiadas;
 - b. implementará salvaguardas administrativas, físicas y técnicas que protejan de manera razonable y adecuada la confidencialidad, integridad y disponibilidad de dicha ISP electrónica;
 - c. se asegurará de que cualquier agente (incluido un subcontratista) a quien proporcione la ISP electrónica acepte implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger la información; e
 - d. informará al Plan cualquier incidente de seguridad del que tenga conocimiento. A los efectos de esta disposición, se define como “incidente de seguridad” el intento de acceder, usar, divulgar, modificar o destruir información, o lograr hacerlo, de manera no autorizada o interferir con las operaciones de un sistema de información.

No obstante lo anterior, no se aplican los requisitos de esta subsección con respecto a la ISP electrónica si la única que se divulga al Patrocinador del Plan se hace de conformidad con una autorización que cumple con la HIPAA o se limita a información de salud resumida (como se define en la Norma de Privacidad) divulgada con el propósito de obtener ofertas de primas para proporcionar cobertura de seguro médico en virtud del Plan, o modificar, enmendar o cancelar el Plan y la información sobre su participación, inscripción o cancelación de la inscripción.

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

En esta sección se proporciona información general sobre el Plan.

Nombre del plan

Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin

Junta Directiva

La Junta Directiva es responsable de la operación de este Plan. La forman representantes del empleador y el sindicato, seleccionados por los empleadores y el sindicato que han celebrado convenios colectivos relacionados con este Plan. A continuación se describen esos convenios colectivos. Si desea comunicarse con la Junta Directiva, puede llamar o escribir al Gerente Administrativo a la siguiente dirección:

BeneSys
Gerente Administrativo
Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin
4633 Liuna Way, Suite 201
DeForest, Wisconsin 53532-2514
Teléfono: 608-846-1742
Línea gratuita: 800-397-3373

Hay una lista de los miembros de la Junta Directiva en el interior de la portada de este folleto.

Patrocinador y Administrador del Plan

La Junta Directiva es el Patrocinador y el Administrador del Plan. Sin embargo, los Fideicomisarios han delegado en un Gerente Administrativo diversas tareas administrativas del Fondo.

Números del Plan

El número del Plan es 501.

El número de identificación del empleador (NIE), asignado a la Junta Directiva por el Servicio de Impuestos Internos es 23-7009055.

Juntos, el nombre y número del Plan y el NIE de los Fideicomisarios identifican al Plan ante organismos gubernamentales.

Agente de servicio de proceso legal

Tracy Suber
Gerente Administrativo
Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin
4633 Liuna Way, Suite 201
DeForest, Wisconsin 53532-2514

El servicio de proceso legal también puede realizarse ante la Junta Directiva o ante cualquier Fideicomisario individual en la dirección del Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin.

Fuente de contribuciones

Los empleadores realizan aportes al Fondo según sus convenios colectivos con los sindicatos locales participantes del Sindicato Internacional de Trabajadores de América del Norte y la Asociación Internacional de Yeseros Operativos y Albañiles de Cemento.

La oficina del Fondo le proporcionará, previa solicitud por escrito, información sobre si un empleador en particular aporta a este Fondo en nombre de los participantes que trabajan en virtud de un convenio colectivo.

- Los convenios colectivos requieren aportes al Fondo a tarifas fijas por hora trabajada. La oficina del Fondo también le proporcionará una copia del convenio colectivo en virtud del cual se mantiene el Plan, previa solicitud por escrito. Un empleado cuya elegibilidad esté a punto de terminar podrá, en ciertas circunstancias, continuar con la cobertura si realiza pagos por cuenta propia directamente al Fondo (vea la página 24).
- Esos pagos también son una fuente de aportes al Fondo.
- Fondo Fiduciario

Los beneficios provienen de los activos del Fondo que se acumulan según las disposiciones del convenio colectivo, el convenio de participación y el Acuerdo de Fideicomiso, y se mantienen en un Fondo Fiduciario con el fin de brindar beneficios a los participantes cubiertos y sufragar gastos administrativos razonables. Todos los beneficios se proporcionan en forma autofinanciada, con la excepción de los beneficios odontológicos para empleados jubilados y sus familiares a cargo, que están asegurados con el Delta Dental Plan of Wisconsin, y los beneficios médicos y de medicamentos recetados para empleados jubilados elegibles para Medicare, asegurados con el Plan PPO Wisconsin Laborers' UnitedHealthcare Medicare Advantage. Los activos y las reservas del Fondo se mantienen en custodia o se invierten mediante administradores de inversiones profesionales seleccionados por la Junta Directiva.

Año del plan

Del 1 de septiembre al 31 de agosto.

Tipo de plan

Este Plan es de bienestar y se mantiene con el propósito de brindar beneficios de atención médica, incluidos beneficios médicos por enfermedades o lesiones, beneficios odontológicos, oftalmológicos, de audífonos, por discapacidad y por fallecimiento. Los beneficios del Plan se detallan en las tablas del *Programa de beneficios*, que comienzan en la página 2.

Elegibilidad

En este folleto, se describen por completo los requisitos del Plan sobre elegibilidad, además de las circunstancias que pueden ocasionar descalificación, inelegibilidad, denegación o pérdida de cualquier beneficio.

Procedimientos de reclamación

En este folleto se describen los procedimientos generales a seguir para presentar una reclamación de beneficios, a partir de la página 87. Si se rechaza todo o parte de su reclamación, puede apelar esa decisión. En la página 90 podrá encontrar una explicación de los procedimientos para apelar decisiones de reclamación.

Modificación o terminación del plan

Los Fideicomisarios se reservan el derecho de enmendar o terminar el Plan si, a su exclusivo y amplio criterio, tal enmienda o terminación es necesaria para mantener un programa de beneficios sólido y económico dentro de los límites de los fondos disponibles para ellos. Los Fideicomisarios se reservan el derecho a:

- suspender o modificar, en forma total o parcial, el monto de cualquier beneficio o las limitaciones o condiciones relacionadas con cualquier beneficio, siempre que ninguna enmienda al Plan reduzca con retroactividad el derecho a beneficios o los niveles de beneficio vigentes en ese momento; o
- alterar el método de pago de cualquier beneficio; o

- enmendar cualquier otra disposición del Plan; o
- interpretar las disposiciones del Plan.

Los Fideicomisarios o sus delegados pueden, a su único y absoluto criterio, enmendar o terminar el Plan, y sus decisiones son definitivas y vinculantes para todas las personas que tratan con el Plan o que reclaman algún beneficio en virtud de él, excepto en la medida en que un tribunal con la debida jurisdicción determine que tal decisión es arbitraria o caprichosa. Las decisiones de los Fideicomisarios o su delegado recibirán deferencia judicial en la medida en que no impliquen un abuso de discrecionalidad.

Se le notificará por escrito cualquier enmienda al Plan que se adopte, de conformidad con los términos del Acuerdo de Fideicomiso que rige el Plan.

Si se termina el Plan, se pagarán en su nombre los beneficios por los gastos cubiertos en los que se incurra antes de la fecha de terminación, siempre que los activos del Plan superen los pasivos. Puede que no se paguen beneficios completos si el pasivo del Plan supera a los activos, y los pagos de beneficios se limitarán al monto disponible en el Fondo Fiduciario para tales fines. Los Fideicomisarios no serán responsables de que los montos sean adecuados o no. Si quedan activos después del pago de todos los pasivos del Plan, se utilizarán para los fines determinados por los Fideicomisarios de acuerdo con el Acuerdo de Fideicomiso. Sin embargo, cualquier uso de esos activos se hará solo en beneficio de los participantes del Plan que estaban cubiertos en el momento de la terminación del Plan.

Los beneficios no son derechos adquiridos

Su participación en el Plan no constituye una garantía de empleo. Además, los beneficios del Plan no son derechos adquiridos, y los Fideicomisarios pueden modificarlos o terminarlos.

Derechos en virtud de la ERISA

Como participante del Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (ERISA) de 1974. La ERISA establece que todos los participantes del Plan tienen los siguientes derechos.

Recibir información sobre su plan y beneficios

Tiene derecho a:

- examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados (como sitios de trabajo y pasillos sindicales) todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro, su convenio colectivo y una copia del último informe anual (formulario serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de EE. UU. y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés);
- obtener, previa solicitud por escrito al administrador del Plan, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguro, su convenio colectivo, copias del informe anual más reciente (formulario serie 5500) y la descripción resumida del plan actualizada (el administrador del Plan puede cobrar un cargo razonable por las copias); y
- recibir un resumen del informe financiero anual del Plan, que la ley exige que el administrador del Plan proporcione a cada participante.

Continuar la cobertura del plan de salud grupal

También tiene derecho a continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge, pareja de hecho o familiares a cargo si pierde la cobertura del Plan como resultado de un evento que califique. (Es posible que usted o sus familiares a cargo deban pagar dicha cobertura. Revise las reglas que rigen sus derechos de continuación de cobertura de COBRA en la descripción resumida del plan y los demás documentos que lo rigen.)

Acciones prudentes de fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del Plan, la ERISA impone deberes a las personas responsables de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su Plan, denominadas fiduciarios, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés suyo y de otros participantes y beneficiarios del Plan.

Nadie, ni siquiera su empleador, su sindicato ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de manera alguna para evitar que obtenga un beneficio de asistencia social o que ejerza sus derechos según la ERISA.

Ejercer sus derechos

Si deniegan o ignoran su reclamación de un beneficio de asistencia social, en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a saber el motivo, a obtener sin cargo copias de los documentos relacionados con la decisión y a apelar cualquier denegación, todo dentro de ciertos plazos.

Según la ERISA, hay pasos que puede seguir para ejercer los derechos anteriores. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o del informe anual más reciente del Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tales circunstancias, el tribunal puede requerir que el administrador del Plan le proporcione el material y le pague hasta \$110 al día hasta que lo reciba, a menos que no se haya enviado por motivos fuera del control del administrador del Plan.

Si tiene una reclamación de beneficios que se le niega o se ignora, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o este no toma una decisión con respecto a la condición de calificada de una orden médica de manutención infantil, usted puede presentar una demanda ante un tribunal federal. Sin embargo, no puede iniciar ninguna acción legal, incluidos procesos ante organismos administrativos, hasta que haya seguido y agotado los procedimientos de reclamación y apelación del Plan.

Si los fiduciarios hacen mal uso de los fondos del Plan, o si se lo discrimina por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda en el Departamento de Trabajo de EE. UU., o presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debería pagar los costos judiciales y honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenarle a la persona a la que ha demandado que pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle pagarlos, por ejemplo, si considera que su reclamación es frívola.

Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe comunicarse con el Administrador. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de la ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA), Departamento de Trabajo de EE. UU., que aparece en su directorio telefónico o en la EBSA en:

División de Asistencia Técnica y Consultas

Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
Departamento de Trabajo de EE. UU.
200 Constitution Avenue NW
Washington, D.C. 20210

Para obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades según la ERISA o para obtener la lista de oficinas de EBSA, comuníquese con EBSA:

- llame al 866-444-3272;
- envíe consultas electrónicas a www.askebsa.dol.gov; o
- visite el sitio web de EBSA en www.dol.gov/ebsa.

DEFINICIONES

Muchas de las siguientes expresiones definidas se han escrito con mayúscula en algunos casos a lo largo de este folleto para facilitar su identificación.

Gerente Administrativo

Persona o compañía designada por los Fideicomisarios de acuerdo con el Acuerdo de Fideicomiso para realizar todas las tareas necesarias y adecuadas de administración del Plan.

Cargo permitido

Cargo permitido significa:

- con respecto a un proveedor de la red, la tarifa o monto negociado establecido en el acuerdo entre el Plan y el proveedor, establecimiento u organización, de salud u odontológico, participante de la red;
- con respecto a un proveedor fuera de la red, el cargo permitido es la mediana del monto cobrado por un médico con licencia u otro proveedor profesional por un servicio determinado dentro del rango de cargos habituales por un servicio determinado facturado por la mayoría de los médicos u otros profesionales proveedores con capacitación y experiencia similar en un área geográfica determinada, tal como se determina por referencia al percentil 50 de la base de datos FAIRhealth para proveedores de servicios fuera de la red.
- En ningún caso el Plan pagará un cargo permitido por servicios o suministros fuera de la red que determine cualquier proveedor, establecimiento u otra persona u organización que no sea la Junta Directiva.
- Con respecto a Medicare, la Ley de Medicare limita el monto que los médicos pueden facturar a los pacientes de esa organización por encima de la asignación para un procedimiento o servicio en particular. Ni el paciente de Medicare cubierto por el Plan ni el Plan serán responsables de pagar cargos que superen esos límites legales o el cargo límite según la ley.

Establecimiento médico quirúrgico ambulatorio

Establecimiento independiente para realizar cirugías ambulatorias o que ofrece servicios médicos ambulatorios las 24 horas del día, los siete días de la semana, siempre que no forme parte de un hospital. La Junta de Salud o un organismo similar del estado correspondiente debe revisar y aprobar esos establecimientos para que puedan brindar tratamiento médico.

Junta Directiva o fideicomisarios

Son los fideicomisarios designados en el Acuerdo de Fideicomiso, junto con sus sucesores designados y nombrados de conformidad con los términos de ese acuerdo. Los Fideicomisarios, en forma colectiva, son el administrador de este Plan según se usa ese término en la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados de 1974.

Discapacidad certificada

Discapacidad por la cual un empleado recibe el beneficio semanal por accidente y enfermedad del Fondo o presenta evidencia de que recibe beneficios semanales de indemnización laboral.

Empleador aportante o empleador

Empleador que, de acuerdo con los términos de un convenio colectivo u otro acuerdo, acepta aportar al Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin en nombre de sus empleados.

Cirugía estética o reconstructiva

Procedimiento quirúrgico que se realiza principalmente para:

- mejorar la apariencia física;
- cambiar o restaurar la forma corporal sin corregir de manera sustancial un mal funcionamiento; o
- prevenir o tratar un trastorno mental o nervioso mediante un cambio en la forma corporal.

Trabajo cubierto

Trabajo realizado por un empleado para un empleador en virtud de un acuerdo escrito que requiere el pago de aportes del empleador al Fondo.

Asistencia de apoyo

Atención diseñada para ayudar a una persona discapacitada con actividades de la vida diaria cuando:

- no existe un plan de tratamiento médico activo para reducir la discapacidad; o
- no es razonable esperar que el plan de tratamiento médico activo reduzca la discapacidad.

Dentista u odontólogo

Titular de un certificado o licencia emitido por un organismo gubernamental que lo autoriza a realizar el servicio odontológico en particular. A los efectos de esta definición, incluye a los cirujanos orales.

Familiar a cargo

Persona que es:

- su cónyuge (incluido uno del mismo sexo) o pareja de hecho que califica como familiar a cargo según la sección 152 del Código de Rentas Internas (cuando tanto usted como su cónyuge o pareja de hecho tienen cobertura como empleados en virtud de este plan, cada uno de ustedes tendrá cobertura como empleado y familiar a cargo al coordinar los beneficios.); y
- su hijo, ya sea biológico, legalmente adoptado o colocado con usted para adopción, hijastro o hijo adoptivo y que:
 - es menor de 26 años; o
 - tiene cualquier edad, siempre que no esté casado, tenga una discapacidad total y permanente (como se define en la sección 22[e][3] del Código de Rentas Internas) en cualquier momento durante el año calendario, tenga la misma residencia principal que usted durante más de la mitad del año calendario, y dependa de usted para más de la mitad de su soporte y manutención. El niño debe haber quedado discapacitado en forma total y permanente antes de los 26 años. Debe ser incapaz de participar en cualquier actividad lucrativa debido a un impedimento físico o mental médicamente determinable que puede ser letal o durar un período continuo de 12 meses o más. La cobertura para ese hijo continuará mientras usted siga siendo elegible y él permanezca discapacitado. La prueba de discapacidad debe presentarse dentro de los 31 días de la fecha en que de otro modo terminaría la cobertura del familiar a cargo y de vez en cuando según lo soliciten los Fideicomisarios;
- su hijo soltero de quien tiene tutela legal si es menor de 26 años, tiene el mismo lugar de residencia principal que usted durante más de la mitad del año calendario, depende de usted para más de la mitad de su soporte durante el año calendario, y es ciudadano o nativo de EE. UU.;
- su hijo soltero de quien usted tiene tutela legal, o hijo discapacitado soltero que ha cumplido 26 años, que no vive con usted, siempre que:
 - los padres del niño (i) estén divorciados o separados legalmente en virtud de una sentencia de divorcio o manutención separada; (ii) estén separados en virtud de un acuerdo escrito de separación; o (iii) hayan vivido separados en todo momento durante los últimos seis meses del año calendario;
 - los padres del niño proporcionen más de la mitad de la manutención del niño; y
 - el niño está en custodia de uno de sus padres o ambos durante más de la mitad del año calendario y es un niño calificado o pariente calificado de uno de los padres;

Su "cónyuge" es su cónyuge legal según la ley de Wisconsin o cualquier otra ley estatal, o la ley de otro país.

- su hijo soltero que se designa como destinatario alternativo en una Orden Calificada de Manutención Médica de Menor (QMCSO, por sus siglas en inglés) aprobada por los Fideicomisarios;
- su nieto soltero que tiene el mismo lugar de residencia principal que usted durante más de la mitad del año calendario, depende de usted para más de la mitad de su manutención durante el año calendario y es ciudadano o nativo de EE. UU., si el padre o la madre del niño cumplen con la definición de hijo a cargo elegible según el Plan y es menor de 18 años.

La cobertura para un hijo a cargo u otro familiar a cargo (es decir, hijastro o hijo adoptivo) terminará al final del mes en el que cumpla 26 años, excepto cuando haya quedado discapacitado antes de los 26 y se considere discapacitado física o mentalmente.

Si tanto usted como su cónyuge o pareja de hecho tienen cobertura como empleados en virtud de este plan, sus hijos estarán cubiertos como familiares a cargo tanto de usted como de la otra persona a efectos de coordinar los beneficios.

Programa de educación sobre diabetes

Programa de instrucción proporcionado por un médico, enfermero registrado, farmacéutico con licencia, dietista u otro profesional de la salud para enseñar a los pacientes diabéticos y sus familias a:

- entender el proceso de la enfermedad diabética;
- manejar el tratamiento diabético diario; y
- evitar las hospitalizaciones frecuentes y las complicaciones.

Ese programa debe cumplir los estándares que utiliza el estado para certificarlos o aprobarlos. Los programas de educación para autocontrol de pacientes ambulatorios con diabetes no incluyen programas que tienen como objetivo principal la reducción de peso.

Pareja de hecho

En general, su pareja de hecho puede ser una persona del mismo sexo o del opuesto. Con la excepción del tratamiento fiscal, su pareja de hecho tiene los mismos derechos que un cónyuge según el plan y los hijos de su pareja de hecho se considerarán sus hijos a cargo.

Las parejas de hecho de sexo opuesto solo tienen derecho a estos beneficios y derechos si la relación se establece en los condados de Dane, o han seguido los procedimientos para el registro en el estado, la ciudad o el condado donde residen. Su pareja de hecho es elegible para la cobertura del plan si usted y esa persona:

- son mayores de edad para casarse en el estado donde ambos residen;
- no están emparentados entre sí por sangre en la medida en que de otro modo se les prohibiría casarse legalmente en el estado donde ambos residen;
- han completado el proceso de declaración de pareja de hecho en el estado de Wisconsin, o si corresponde, en el condado de Dane, o han seguido los procedimientos para el registro de su pareja de hecho en el estado, la ciudad o el condado en que residen;
- no están casados ni en pareja de hecho con nadie más;
- completan y envían al Plan como prueba de su relación una declaración de pareja de hecho en el estado, la ciudad o el condado; y
- aceptan pagar su parte del impuesto de la Ley Federal de Aportes al Seguro (FICA, por sus siglas en inglés) o cualquier otro impuesto sobre el empleo adeudado por la provisión de beneficios a la pareja de hecho.

Debe notificar al Plan cuando finalice su relación de pareja de hecho. Su pareja de hecho será elegible para la continuación de la cobertura de COBRA.

Atención de emergencia

Es atención y tratamiento médicos y odontológicos (incluida atención neonatal) que se proporciona después de la aparición repentina de una afección que se manifiesta por síntomas agudos, incluido dolor intenso, que son lo suficientemente graves como para que sea razonable esperar que la falta de atención médica inmediata produzca lo siguiente:

- la salud del paciente se pone en grave peligro;
- el funcionamiento corporal queda gravemente dañado; o
- hay una disfunción importante de un órgano o parte del cuerpo.

La atención odontológica de emergencia solo incluye eventos que requieren que el paciente acuda a la sala de emergencias durante la noche de días de semana, fines de semana o feriados. De todas maneras tendrá que pagar el deducible de sala de emergencias, el deducible médico principal y el coseguro.

La atención de emergencia incluye tratamiento inmediato de salud mental o abuso de sustancias cuando sería razonable esperar que la falta del tratamiento provocara que el paciente se dañara a sí mismo o a otras personas.

Toda la atención de emergencia recibida por los participantes se procesará como beneficios médicos dentro de la red, independientemente del estado en la red del establecimiento y del médico tratante, y estará sujeta al coseguro, al deducible de la sala de emergencias y al deducible por año calendario según lo dispuesto en la sección correspondiente del Programa de beneficios.

Empleado

Una persona:

- representada por el Sindicato, que trabaja para un empleador y debe hacer aportes al Fondo Fiduciario en su nombre;
- que es funcionario o empleado del sindicato, para quien el sindicato acuerda por escrito hacer aportes al Fondo Fiduciario a la tasa fijada para las contribuciones de otros empleadores;
- que trabaja para un empleador aportante y debe realizar pagos o aportes al Fondo Fiduciario a la tasa fijada para las contribuciones de otros empleadores;
- contratada por el Fondo Fiduciario;
- representada por el sindicato o en su jurisdicción, empleado por una unidad u organismo gubernamental, y en cuyo nombre se realiza el pago de los aportes a la tasa fijada para los aportes de otros empleadores según un acuerdo, ordenanza o resolución escritos, incluida una persona que ha sido empleada y que en forma temporal realiza pagos por cuenta propia según las reglas establecidas por los Fideicomisarios;
- que es empleado fuera del convenio del sindicato o un empleador si:
 - el sindicato o el empleador han firmado un acuerdo de participación con el Fondo y han solicitado la cobertura de asistencia social para todos los empleados fuera del convenio; y
 - el empleado trabaja 25 horas o más a la semana;
- ex empleado del sindicato o de un empleador que haya firmado un acuerdo de participación con el Fondo, que antes tuvo cobertura de un convenio colectivo que estipulaba aportes a este Fondo y que cumple las reglas especiales de elegibilidad del Plan para ex empleados.

Gastos

Cargos incurridos por un servicio o suministro cubierto ordenado o recetado por un médico o cirujano. Se considera que se incurre en un gasto en la fecha en que se recibe el servicio o suministro. No incluye ningún cargo por servicios o suministros que:

- no sean médicamente necesarios (según lo define el Plan); o
- superen el cargo permitido para dichos servicios o suministros.

Experimental o de investigación

Un servicio, procedimiento, medicamento, dispositivo o modalidad de tratamiento para un diagnóstico específico es experimental o de investigación si:

- no ha obtenido la aprobación final para su uso del organismo gubernamental correspondiente;
- la evidencia confiable no establece una conclusión consensuada entre los expertos que reconozca la seguridad y eficacia del servicio, procedimiento, fármaco, dispositivo o modalidad de tratamiento específico en los resultados de salud para un diagnóstico en particular;
- la junta de revisión institucional del establecimiento de tratamiento u otro organismo con una función similar revisó y aprobó el servicio, procedimiento, fármaco, dispositivo, modalidad de tratamiento o el documento de consentimiento informado del paciente utilizado, o si la ley federal requiere tal revisión o aprobación;

Los Fideicomisarios tienen la autoridad para determinar si un servicio, procedimiento, medicamento, dispositivo o modalidad de tratamiento es experimental o de investigación. El hecho de que un médico haya recetado, indicado, recomendado o aprobado el servicio, procedimiento, medicamento, dispositivo o modalidad de tratamiento no lo hace, en sí mismo, elegible para el pago.

- hay evidencia confiable que demuestra que el servicio, procedimiento, fármaco, dispositivo o modalidad de tratamiento es objeto de ensayos clínicos de fase I o II en curso; es el brazo de investigación, experimental, de estudio o de investigación de ensayos clínicos de fase III en curso; o está en estudio de otro modo para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia, o eficacia en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico; o
- hay evidencia confiable que demuestra que la opinión predominante entre los expertos con respecto al servicio, procedimiento, medicamento, dispositivo o modalidad de tratamiento es que se necesitan más estudios o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia, o eficacia en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico.

La expresión *evidencia confiable* se refiere solo a informes y artículos publicados en bibliografía médica y científica acreditada, el o los protocolos escritos utilizados por el centro de tratamiento, o los protocolos de otro establecimiento que estudian sustancialmente el mismo servicio, procedimiento, medicamento, dispositivo o modalidad de tratamiento; o al consentimiento informado por escrito utilizado por el centro de tratamiento o por otro establecimiento que estudie sustancialmente el mismo servicio, procedimiento, fármaco, dispositivo o modalidad de tratamiento.

Fondo o Fondo de Salud

Es todo el patrimonio del Fideicomiso del Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin, según se pueda constituir de tanto en tanto, incluidas, entre otras, pólizas de seguro, inversiones e ingresos de todas las inversiones, aportes del empleador y todos los demás activos, bienes o dinero recibido o en posesión de los Fideicomisarios para el uso y los fines de este Fideicomiso.

Atención médica en el hogar

Servicios y suministros definidos en un Plan de atención médica en el hogar. Debe reemplazar una hospitalización necesaria o estadía en un centro de enfermería especializada, debe ser para cuidado o tratamiento de personas enfermas o lesionadas y debe proporcionarla:

- un organismo de atención médica en el hogar;
- en el hogar de la persona elegible; y
- de acuerdo con el Plan de atención médica en el hogar.

Organismo de atención médica en el hogar

entidad pública o privada que:

- tiene certificación en virtud de la Ley del Seguro Social; o
- tiene licencia según la ley estatal o aprobación del organismo estatal o local responsable de otorgar licencias a tales organismos; y
- es un organismo de rehabilitación certificado por el estado.

Plan de atención médica en el hogar

Programa de atención y tratamiento para una persona que ha sido establecido y aprobado por escrito al menos cada dos meses por el médico o cirujano a cargo, a menos que ese profesional determine que es suficiente un intervalo más largo entre revisiones, el tratamiento adecuado de una lesión o enfermedad requeriría confinamiento como paciente residente en un hospital o centro de enfermería especializada en ausencia de los servicios y suministros provistos como parte del Plan de atención médica en el hogar, y la atención y el tratamiento necesarios no están disponibles por parte de la familia inmediata de la persona en cuestión u otras que residen con ella sin causar dificultades indebidas. Si se hospitalizó a la persona en cuestión inmediatamente antes del inicio de la atención médica en el hogar, el plan de atención médica en el hogar también debe tener aprobación inicial del médico o cirujano que fue el proveedor principal de servicios durante la hospitalización.

Agencia de cuidados paliativos

Entidad u organización autorizada que:

- lleva registro médico de cada paciente;
- tiene cuidados paliativos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana;

- proporciona servicios de enfermería especializada, servicios sociales médicos y asesoramiento psicológico y nutricional principalmente en el entorno del hogar por medio de un equipo de cuidados paliativos;
- tiene un administrador de tiempo completo y al menos un médico, una enfermera registrada (RN), una trabajadora social con licencia o certificada, empleado por la entidad, y un consejero; y
- ha establecido políticas que rigen la prestación de cuidados paliativos.

Programa de cuidados paliativos

Plan escrito de cuidados paliativos que:

- ha establecido y revisa en forma periódica un médico que atiende a la persona con enfermedad terminal o participante de la familia y el personal apropiado de una agencia de cuidados paliativos.
- Está diseñado para brindar cuidados paliativos y de apoyo a personas con enfermedades terminales y cuidados de apoyo a sus familias; e
- incluye una evaluación de las necesidades médicas y sociales del enfermo terminal o del participante familiar y una descripción de la atención que se brindará para satisfacer esas necesidades.

El programa de cuidados paliativos puede proporcionar atención o servicios en la residencia de un enfermo terminal o un participante familiar, en un centro médico autorizado, o atención a pacientes internados en un centro de cuidados paliativos u hospital.

Hospital

Lugar que:

- tiene licencia como tal (si la ley la exige);
- se opera para atención y tratamiento de pacientes residentes; y
- tiene un laboratorio, enfermeros graduados registrados siempre en servicio y una sala de operaciones (o acceso las 24 horas a una, y laboratorio en una institución afiliada) donde realiza cirugías mayores un médico o cirujano legalmente calificado.

En ningún caso el término “hospital” incluye una institución o parte de ella que se utiliza principalmente como clínica, hogar de convalecientes, de reposo, de ancianos, para drogadictos o alcohólicos, hospital de rehabilitación o centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados.

Para el tratamiento de trastornos mentales y nerviosos, un “hospital” también incluye un lugar que tiene alojamiento para pacientes residentes en cama, instalaciones para tratamiento de trastornos mentales y nerviosos, un psiquiatra residente siempre de guardia y, como práctica habitual, cobra al paciente por gastos de confinamiento.

Para el tratamiento (residencial) de alcoholismo, dependencia o adicción a drogas, un “hospital” también incluye un establecimiento que proporciona un programa de tratamiento residencial, según lo autorizado por la organismo estatal o el Departamento de Servicios Humanos correspondiente, de conformidad con un diagnóstico y por recomendación de un médico legalmente calificado.

Lesión

Lesión corporal que requiere tratamiento de un médico. Debe producir una pérdida no relacionada con una enfermedad u otras causas.

Necesidad médica o medicamento necesario

A los efectos de este Plan, para que sea médicamente necesario, un servicio o suministro debe:

- ser consistente con los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la lesión o enfermedad en cuestión;
- ser apropiado con respecto a los estándares aceptados de buenas prácticas médicas y reconocido por una sociedad médica establecida en Estados Unidos;
- no ser principalmente para la conveniencia del paciente o del médico, otro profesional de la salud con licencia o el establecimiento en el que se recibe el tratamiento;

- no ser experimental ni de investigación, según lo define este Plan; y
- administrarse a pacientes hospitalizados solo cuando el servicio no es razonable que se proporcione de manera ambulatoria.

Un servicio o suministro médico no se considera médicamente necesario únicamente porque haya sido indicado o aprobado por un médico.

Afección mental o nerviosa

Es un trastorno mental identificado en la edición actual del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés).

Obesidad mórbida

Índice de masa corporal (IMC) igual o mayor que:

- 40; o
- 35 junto con cualquiera de las siguientes comorbilidades graves diagnosticadas:
 - enfermedad coronaria;
 - diabetes mellitus tipo 2;
 - apnea obstructiva del sueño clínicamente significativa; o
 - presión arterial alta o hipertensión (más de 140 mmHg de presión sistólica o 90 mmHg de presión diastólica).

Para calcular el IMC se divide el peso de una persona (en libras) por su altura (en pulgadas) al cuadrado y luego se multiplica el resultado por un factor de conversión de 703, o bien se utiliza el sitio web de Obesity Education Initiative (www.nhlbisupport.com/bmi). Por ejemplo, a una persona que pesa 200 libras y mide 70 pulgadas (5 pies 10 pulgadas) se le calcularía su IMC así: $200 \div 70^2 \times 703 = 28.7$.

Incidente

Con respecto al tratamiento de salud mental y abuso de sustancias, un incidente se mide como un período continuo de tratamiento con hospitalización. El tratamiento se considerará un nuevo incidente si se ha dado el alta a la persona elegible, o él lo suspende en forma voluntaria, y luego se lo vuelve a admitir en un hospital para recibir tratamiento.

Cirugía oral

Rama de la odontología que se ocupa de los procedimientos quirúrgicos dentro y en torno a la cavidad oral y los maxilares.

Servicios o atención ambulatorios

Con respecto al tratamiento de salud mental y abuso de sustancias, son los servicios no residenciales que se proporcionan a una persona en un programa en un centro de tratamiento ambulatorio con licencia y aprobado por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Wisconsin o la autoridad estatal de licencias correspondiente.

Centro de tratamiento ambulatorio

Con respecto al tratamiento de salud mental y abuso de sustancias, centro con licencia y aprobado como tal por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Wisconsin, o la autoridad estatal de licencias correspondiente, y que proporciona servicios ambulatorios para prevención y tratamiento de trastornos mentales y nerviosos, dependencia al alcohol, a sustancias químicas y a drogas, entre otras afecciones.

Persona

Empleado activo o jubilado, o familiar a cargo de uno, incluidos los empleados y sus familiares a cargo cubiertos por el Plan básico.

Plan de Salud

Documento del Plan adoptado por los Fideicomisarios del Fondo de Salud de Trabajadores de Wisconsin y luego enmendado.

Médico o cirujano

Persona con licencia para recetar y administrar todos los medicamentos y realizar todas las cirugías o cualquier otro profesional autorizado que ejerza dentro del alcance de su licencia y realice servicios que serían pagaderos según el Plan si los realizara un médico o cirujano. A los efectos de esta definición, se excluye a los odontólogos y cirujanos orales.

Centro de tratamiento residencial

En relación al tratamiento de salud mental y abuso de sustancias, es un hospital de no agudos, un entorno de hospitalización intermedia con un nivel de atención las 24 horas del día que opera los 7 días de la semana, que es un establecimiento público o privado con licencia o aprobación del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Wisconsin, o la autoridad estatal de licencias correspondiente, para tratamiento de trastornos mentales y nerviosos y dependencias de alcohol, sustancias químicas y drogas que no pueden manejarse de manera segura y eficaz con atención ambulatoria. Para ser pagadero por el Plan, el establecimiento debe tener una licencia como centro de tratamiento residencial (los requisitos para la licencia para este nivel de atención de residencial pueden variar según el estado).

Enfermedad

Dolencia, trastorno o afección (y embarazo) que requiere tratamiento de un médico.

Centro de enfermería especializada

Institución o parte de ella que opera para proporcionar atención de enfermería especializada médicamente necesaria o rehabilitación a pacientes hospitalizados. Un centro de enfermería especializada proporciona:

- supervisión de tiempo completo de al menos un médico o enfermera registrada;
- servicio de enfermería las 24 horas de enfermeras profesionales con licencia y al menos una enfermera matriculada empleada a tiempo completo;
- historial médico completo de cada paciente; y
- planes de revisión de utilización para todos los pacientes.

Un centro de enfermería especializada también debe tener:

- políticas que se desarrollan con el asesoramiento de un grupo de personal profesional;
- personal médico responsable para ejecución de dichas políticas;
- el requisito de que la atención médica de cada paciente cuente con la supervisión de un médico o cirujano;
- un médico o cirujano disponible para brindar la atención médica necesaria en caso de emergencia;
- métodos y procedimientos apropiados para dispensar y administrar medicamentos y productos biológicos; y
- una licencia de cualquier ley estatal o local cuando se requiera.

Cónyuge

Cónyuge legal, que incluye a los del mismo sexo.

Subrogación o reembolso

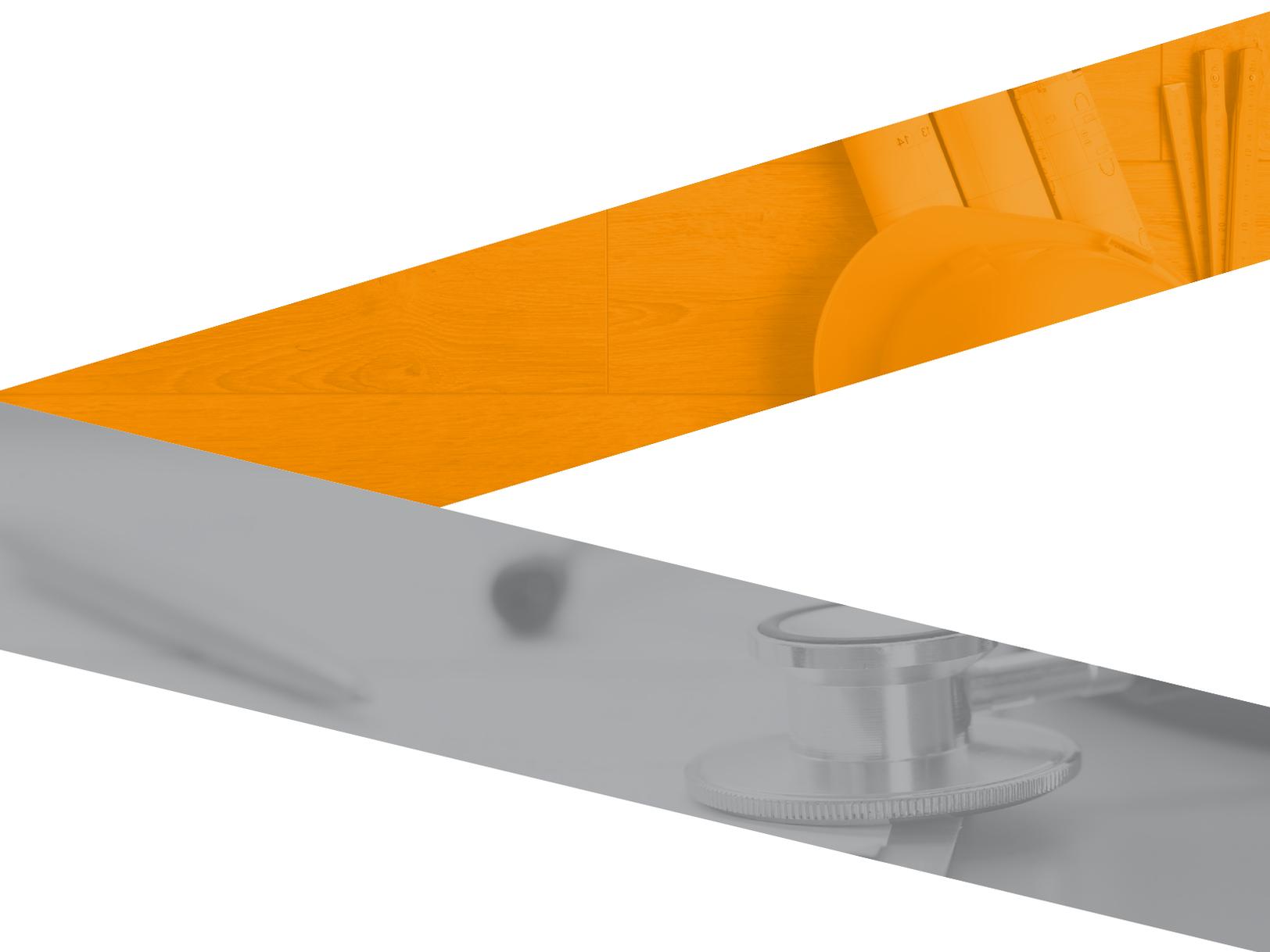
Derecho del Fondo a recuperar los beneficios del Plan de otra parte, el participante o un familiar a su cargo.

Persona con enfermedad terminal

Persona cuyos registros médicos indican una expectativa de vida de seis meses o menos.

Sindicato

Cualquier sindicato local de Wisconsin afiliado al Sindicato Internacional de Trabajadores de América del Norte o la Asociación Internacional de Yeseros Operativos y Albañiles de Ceto.



LiUNA!

Siente el Poder