

Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund



SUMMARY PLAN DESCRIPTION

November 2017

WASHINGTON, D.C. CEMENT MASONS WELFARE FUND

7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500 or toll free (888) 490-8800

Nota: Este documento está disponible en español a petición del Fondo.

Dear Participant:

We are pleased to provide you with this updated Summary Plan Description and Plan Document so that you may become familiar with the benefits available to you and your family. Please read it and keep it available for easy reference.

The Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (the "Fund") is a self-insured, labor-management trust fund, established pursuant to the Taft-Hartley Act and the Employee Retirement Income Security Act ("ERISA"). The Board of Trustees, half of which is designated by Employer representatives and half by the Cement Masons Local Union No. 891 (the "Union"), is the Plan Administrator. The Board, in turn, hires a third-party administrator for the Fund's day-to-day administration. The third-party administrator is Carday Associates, Inc.

The Board of Trustees meets as needed and typically at least once each quarter. The Fund is audited once each year by a Certified Public Accountant selected by the Board. A report is filed annually with the Internal Revenue Service and the U.S. Department of Labor.

In recent years, the cost of health care has risen by leaps and bounds. As a result, everyone must take an active part in controlling health care costs. If we work together to spend our benefit dollars wisely, we anticipate that the Fund will continue to prosper and provide important protection for years to come. In closing, we wish you good health and happiness in the coming months and years. However, if the need for coverage arises, we believe you will share with us the satisfaction of knowing you have the protection of the Fund.

Sincerely,

THE BOARD OF TRUSTEES

TABLE OF CONTENTS

	<u>Page</u>
SECTION 1 DEFINITION OF TERMS IN THIS BOOKLET	1
Co-insurance	1
Collective Bargaining Agreement	1
Covered Expense	1
Covered Person.....	1
Custodial Care.....	1
Delinquent Employer	2
Dependent.....	2
Effective Date	2
Emergency Services.....	3
Employee	3
Employer or Contributing Employer.....	3
ERISA.....	3
Fund or Plan.....	3
Hospital	3
Illness	3
In-Network	4
Injury.....	4
Medically Necessary.....	4
Out-of-Network	4
Out-of-Pocket Expenses.....	4
Outpatient Facility	5
Participant.....	5
Plan	5
Physician	5
Retired Employee	5
Room and Board	6
Third-Party Administrator.....	6
Union or Local Union	6
Usual, Customary, and Reasonable Charges (Out-of-Network).....	6
SECTION 2 BASIC INFORMATION ABOUT THE PLAN	7
SECTION 3 ELIGIBILITY RULES	13
ELIGIBILITY RULES FOR ACTIVE EMPLOYEE MEDICAL COVERAGE	13
Initial Eligibility	13
Employee Enrollment	14
Dependent Eligibility	14
Notification Requirement upon Divorce	14
Termination of Eligibility.....	15
Reinstatement of Eligibility	15
Reinstatement of Eligibility after Military Leave	15

TABLE OF CONTENTS

(continued)

	<u>Page</u>
TEMPORARY ELIGIBILITY CREDIT FOR EMPLOYEES OF A DELINQUENT EMPLOYER	16
ELIGIBILITY RULES FOR NEWLY ORGANIZED GROUPS' MEDICAL COVERAGE	16
Initial Eligibility	16
Which Employees Qualify For These Special Rules?.....	17
To What Period Do These Special Rules Apply?	17
OTHER TIMES YOU MAY ENROLL YOURSELF OR DEPENDENTS IN COVERAGE	17
COVERAGE FOR EMPLOYEES ON LEAVE.....	18
Qualified Military Service	19
ELIGIBILITY RULES FOR RETIRED EMPLOYEE MEDICAL COVERAGE	19
Initial Eligibility	19
Dependent Eligibility	20
Termination of Eligibility.....	20
SECTION 4 SCHEDULE OF BENEFITS FOR ACTIVE EMPLOYEE COVERAGE.....	21
SECTION 5 SCHEDULE OF BENEFITS FOR RETIRED EMPLOYEE MEDICAL COVERAGE.....	24
SECTION 6 DESCRIPTION OF PLAN BENEFITS.....	25
WEEKLY ACCIDENT AND SICKNESS BENEFITS	25
General.....	25
Period of Coverage.....	25
Successive Periods of Disability	25
MEDICAL BENEFITS	26
Preferred Provider Organization (PPO)	26
Designation of Primary Care Providers and/or OB/GYN	26
Pre-Aadmission Hospital Review Requirements	27
Medical Case Management.....	28
Description of Covered Medical Expense Benefits	28
Description of Covered Prescription Drugs.....	32
Annual and Lifetime Limits	34
Women's Health and Cancer Rights Act	35
Newborns' and Mothers' Health Protection Act	35
Medicare Benefits For Actively Working Employees	35
Genetic Information Nondiscrimination Act.....	36

TABLE OF CONTENTS

(continued)

	<u>Page</u>
SECTION 7 GENERAL PLAN EXCLUSIONS AND LIMITATIONS	37
SECTION 8 CLAIMS AND APPEALS PROCEDURE	41
Enrollment Forms	41
Notify Fund Office of Important Changes	41
Filing Claims	41
Steps to Take	41
Time Limit For Filing A Claim: <i>One Year</i>	42
Processing of Prescription Drug Claims and Appeals	42
Processing of Medical Claims.....	42
Filing Medical Appeals.....	47
Time Limit For Filing An Appeal (other than Urgent Care Claim): <i>180 Days</i>	47
Board of Trustees Review of Appeal	47
Notification of Appeal Decision	48
External Review.....	49
Expedited External Review.....	54
Claims and Appeals Procedures for Weekly Accident and Sickness Benefits	55
SECTION 9 CONTINUATION COVERAGE UNDER COBRA.....	60
“Qualifying Events” for Continuation Coverage.....	61
Disability Extension to Twenty-Nine (29) Months	62
Your Reporting Responsibilities.....	62
Electing Coverage	62
Duration of Coverage	62
Ways In Which Continuation Coverage May Be Cut Short.....	63
SECTION 10 OTHER PLAN RULES AND REGULATIONS	64
Coordination of Benefits	64
Third Party Recovery (Subrogation, Reimbursement, and Offset).....	65
Penalty for Falsifying Claims or Failing to Refund Overpayment.....	67
Selection of Service Providers.....	68
IRS Information Reporting and Medicare Secondary Payer Reporting.....	68
No Guarantee of Employment	69
Misrepresentation or Fraud.....	69
SECTION 11 PRIVACY OF HEALTH INFORMATION.....	70
SECTION 12 STATEMENT OF ERISA RIGHTS	71

SECTION 1

DEFINITION OF TERMS IN THIS BOOKLET

Co-insurance

The percentage of the Usual, Customary, and Reasonable charges for Covered Expenses that you must pay after the Deductible has been met each calendar year. For example, if the Plan will pay 70% of the Usual, Customary, and Reasonable charges for Covered Expenses, then you must pay the remaining 30% until you reach the Out-of-Pocket maximum. You must also pay any balance that exceeds the Usual, Customary, and Reasonable charges.

Collective Bargaining Agreement

The labor agreement(s) between the Cement Masons Local Union No. 891 and participating Employers, which provides for contributions to this Fund.

Covered Expense

A charge that is not more than the Usual, Customary, and Reasonable amount allowable under the Plan for a service or supply. An expense is not a Covered Expense unless it is Medically Necessary for diagnosis, treatment, mitigation, or cure of an illness or injury to a structure or function of the mind or body. No amount in excess of the actual charge for a service or supply is a Covered Expense.

Covered Person

The Participant or the Participant's eligible Dependent who has enrolled in the Plan.

Custodial Care

Services and supplies, including room and board and other institutional services, which are provided primarily to assist you in the activities of daily living whether or not you are disabled. These services and supplies are Custodial Care without regard to the practitioner or provider who prescribed, recommended, or performed them. Room and board and skilled nursing services, when provided in a Hospital or other institution for which coverage is specifically provided, are not Custodial Care when those services: (a) must be combined with other Medically Necessary services and supplies; (b) are provided in accordance with generally accepted program of medical treatment that can reasonably be expected to contribute substantially to the improvement of the individual's medical condition; and (c) are not merely for the maintenance or stabilization of such individual's medical condition.

Deductible

The initial Covered Expenses that you must pay each year before the Plan pays a Covered Expense. The Deductible is taken from the first Covered Expenses you incur during a calendar year. If you satisfy the individual Deductible, then the Plan will begin paying your Covered Expenses. Once the family Deductible is satisfied, the Plan will pay Covered Expenses for all family members regardless of whether the Covered Person satisfied his or her individual Deductible.

Delinquent Employer

An Employer who has not made timely required contributions to the Fund.

Dependent

Your eligible Dependents will include your Spouse and certain Children, as defined below:

The term “**Spouse**” means your lawful spouse, as recognized under federal tax law, including a same-sex spouse.

The term “**Child**” or “**Children**” shall include the following: (1) the Participant’s natural children; (2) the Participant’s legally adopted children; (3) children lawfully placed in the Participant’s home in anticipation of adoption; (4) the Participant’s legal stepchildren; and (5) eligible foster children lawfully placed in the Participant’s home by an authorized placement agency or by judgment, decree or other order of any court or administrative agency of competent jurisdiction.

Dependent status shall continue for a Child until the end of the month in which the Child’s 26th birthday occurs.

Dependent status shall also continue for a Child beyond his or her 26th birthday if the Child is disabled due to physical or mental incapacity that prevents self-support, the disability began while the Child was eligible for benefits as a Dependent, and the Child either: (a) is permanently and totally disabled, lives with the Participant for more than one-half of the year and does not provide more than one-half of his/her own support (including federal disability benefits), or (b) depends on the Participant for more than one-half of his/her financial support.

The term Dependent does not include a previous Spouse from whom you are divorced or a Spouse from whom you are legally separated.

Effective Date

The Effective Date of this Summary Plan Description and Plan Document is November 1, 2016.

Emergency Services

Medical screening examinations for an emergency medical condition within the capability of a Hospital's emergency department, including ancillary services routinely available to evaluate an emergency medical condition, as well as further examination and treatment required to stabilize the patient. An emergency medical condition is evidenced by acute symptoms of sufficient severity so that a prudent layperson, with average knowledge of health and medicine, could reasonably expect that absence of immediate medical attention would place the individual's health in serious jeopardy, or seriously impair bodily functions, bodily organs, or parts.

Employee

A person who is currently or was recently employed by an Employer.

Employer or Contributing Employer

An Employer who has agreed to make contributions to this Fund in accordance with the terms and conditions of the applicable Collective Bargaining Agreement or other written agreement accepted by the Board of Trustees.

ERISA

The Employee Retirement Income Security Act of 1974, as amended.

Fund or Plan

The Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund.

Hospital

An institution that is accredited as a Hospital by the Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. A licensed facility that is set up, equipped, and operated under the direction of a Physician solely as a birthing center for prenatal care, delivery, and immediate postpartum care is a "hospital." Hospital does not include rest or nursing homes, convalescent homes, institutions, sanatoriums, or similar institutions which primarily operate training schools for patients or primarily provide custodial or institutional care. To be considered a Hospital, a Hospital must regularly keep patients overnight, have full diagnostic, surgical, and therapeutic facilities under the supervision of a staff of legally qualified Physicians; and regularly provide 24-hour nursing service by registered graduate nurses.

Illness

A medical disorder or sickness resulting in an unsound condition of the mind or body, and which causes a loss that begins while the benefits of the Covered Person are in force.

In-Network

For medical benefits, a provider who participates in the CareFirst BlueCross BlueShield Preferred Provider Organization network. For prescription drug benefits, a pharmacy that participates in the CVSHealth network.

Injury

A wound or damage to the body that is sustained accidentally and by external force, which occurs directly and is independent of all other causes, and which causes a loss that begins while the benefits of the Covered Person are in force.

Medically Necessary

Services or supplies that are:

- furnished or prescribed by a Physician or other licensed provider to identify or treat a diagnosed or reasonably suspected illness or injury;
- consistent with the diagnosis and treatment of the patient's condition; in accordance with standards of good medical practice;
- generally accepted by the medical profession as safe, effective, and appropriate treatment of the patient's medical condition;
- required for reasons other than the convenience of the patient, Physician, or other licensed provider; and
- the most appropriate level of service or supply that can be provided safely for the Covered Person.

When the term "Medically Necessary" is used to describe inpatient care in a Hospital, it means that your medical symptoms and condition are such that the service or supply cannot be provided safely on an outpatient basis. The fact that services or supplies are furnished or prescribed by a Physician or other licensed provider does not necessarily mean that the services and supplies are "Medically Necessary."

Out-of-Network

For medical benefits, a provider who *does not* participate in the CareFirst BlueCross BlueShield Preferred Provider Organization network. For prescription drug benefits, a pharmacy that *does not* participate in the CVSHealth network.

Out-of-Pocket Expenses

Co-insurance that a Covered Person must pay for Covered Expenses plus, if applicable, the payments toward the Deductible for the calendar year. For example, a Covered Person submits claims for medical services in the amount of \$1,500. That Covered Person has a \$500 "In-Network" individual Deductible and 70% "In-Network" coverage,

so the plan pays 70% of \$1,000 (\$1,500 less the \$500 Deductible) or \$700. The individual's Out-of-Pocket Expense is \$800 (\$500 Deductible plus \$300 co-insurance not paid by the Plan). Out-of-Pocket Expenses apply to each Covered Person. However, the Plan pays 100% of expenses once a Covered Person meets the individual Out-of-Pocket Expense maximum. In addition, the Plan will pay 100% of expenses for a Covered Person after the family Out-of-Pocket Expense maximum is met even if the Covered Person has not met his or her individual Out-of-Pocket Expense maximum.

Outpatient Facility

A clinic or other establishment that provides surgery, diagnosis, and treatment on an outpatient basis. The facility must have an attending medical staff consisting of at least one Physician and anesthesiologist (or a nurse anesthetist under the supervision of a Physician). Outpatient Facilities include alternative care facilities such as stand-alone surgical centers or 24-hour clinics. The following are not Outpatient Facilities: Convalescent homes, nursing homes, homes for the needy, homes for nursing and domiciliary care, infirmaries or orphanages, sanatoriums, maternity homes for prenatal or postnatal care, or other homes or institutions primarily providing Custodial Care.

Participant

An Employee or a Retired Employee who has satisfied the Plan's eligibility rules and is covered for benefits provided by the Fund.

Plan

Individually or together, the plans of benefits and eligibility rules maintained by Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund, and described in this booklet, as amended from time to time.

Physician

A duly licensed doctor of medicine (M.D.); a duly licensed doctor of osteopathy (D.O.); a duly licensed dentist for dental services that are Covered Expenses; and, a duly licensed podiatrist for purposes of treating covered conditions of the feet. A physician may also include a health care provider who is recognized by the Plan Administrator and is properly licensed or certified to provide medical care under the laws of the jurisdiction where he or she practices, which might include clinical nurse specialists, nurse practitioners, and physician assistants.

Retired Employee

A former Employee who has satisfied the Plan's eligibility rules for "Retired Employee Medical Coverage".

Room and Board

Room, board, general duty nursing, and any other services regularly furnished by a Hospital as a condition of occupancy of the class of accommodations occupied, but not including professional services of a Physician nor intensive nursing, regardless of the terminology used.

Third-Party Administrator

The person or firm retained by the Board of Trustees to administer the Plan on a day-to-day basis. Carday Associates, Inc. is the Third-Party Administrator.

Union or Local Union

Cement Masons Local Union No. 891.

Usual, Customary, and Reasonable Charges (Out-of-Network)

Charges for Covered Expenses by a service provider which are reasonable and do not exceed the prevailing amount generally charged by providers in the locality for like or comparable services or supplies. "Locality" means a geographical area that includes a cross-section of persons or entities regularly furnishing the type of treatment, services, or supplies for which the charge is made. Benefits are payable according to the Fund's Usual, Customary, and Reasonable scale, as determined and changed from time to time by the Trustees. Where appropriate, the Usual, Customary, and Reasonable charge is based upon the scale issued by the Health Insurance Association of America also known as FAIR Health, Inc. However, other industry sources are used if the FAIR Health, Inc. scale is not available or appropriate. Charges covered by the Plan cannot exceed the actual amount charged for a service or supply, up to the Usual, Customary, and Reasonable amount. Before imposing any cost sharing that would apply in-network, the Plan will reimburse Covered Expenses for out-of-network Emergency Services in an amount equal to the greatest of the following: (1) the median amount negotiated with in-network providers for the Emergency Service; (2) the amount for the Emergency Service calculated using the same method the Plan generally uses to determine payment for out-of-network services; or (3) the amount that would be paid under Medicare's minimum payment standards for the emergency service. However, the amount the Plan pays for out-of-network Emergency Services will never exceed the amount billed minus any cost-sharing that applies to in-network Emergency Services.

SECTION 2

BASIC INFORMATION ABOUT THE PLAN

Plan Name

The Plan name is the “Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund”.

Plan Administrator

The Plan Administrator responsible for maintaining the Plan is the:

Board of Trustees
Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Third-Party Administrator

The Third-Party Administrator responsible for the Plan’s day-to-day administration is Carday Associates, Inc. You must file medical and disability claims with Carday Associates, Inc., which administers those claims. Their address and phone numbers are:

Carday Associates, Inc.
Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
Telephone: (410) 872-9500 or toll free (888) 490-8800

Fund Office

The Fund Office is located at:

Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
Telephone: (410) 872-9500 or toll free (888) 490-8800

Participants and Dependents may receive from the Fund Office, upon written request, information about whether a particular Employer or employee organization contributes to the Plan and, if the Employer or employee organization contributes to the Plan, its address.

Employer Identification Number (“EIN”)

The Fund’s Employer Identification Number (“EIN”) assigned by the Internal Revenue Service is: 52-6038505.

Plan Number

The Plan number assigned by the Board of Trustees is: 501.

This Plan is a **group health plan**, which generally provides disability income and coverage for hospitalization, Physician's care, and prescription drug expenses.

Legal Process

The name and address of the persons designated as **agents for the service of legal process** are:

President
Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Service of legal process may also be made upon an individual Trustee of the Fund.

The name, title, and address of the principal place of business of each Trustee of the Fund are as follows:

UNION TRUSTEES	EMPLOYER TRUSTEES
Carl Carson Cement Masons Local 891 1517 Kenilworth Avenue, NE Washington, DC 20019	George Maloney c/o Carday Associates, Inc. 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A Columbia, MD 21046
Richard Bailey Cement Masons Local 891 1517 Kenilworth Avenue, NE Washington, DC 20019	Dennis Carlisle Buch Construction 11292 Buch Way Laurel, MD 20723
Juan C. Jimenez Cement Masons Local 891 1517 Kenilworth Avenue, NE Washington, DC 20019	Cherie Pleasant Construction Contractors Council 3033 Wilson Blvd., Suite 700 Arlington, VA 22201

Named Fiduciary

The Named Fiduciary of the Plan, which is the entity with the authority to control and manage Plan operation and administration, is the Board of Trustees of the Fund.

Collective Bargaining Agreements

The Plan is maintained pursuant to one or more Collective Bargaining Agreements and a copy of any such agreement may be obtained by Participants or Dependents by making a written request to the Plan Administrator.

Any Participant or Dependent who makes a request for copies of the Collective Bargaining Agreements, the trust agreement, the latest updated Summary Plan Description, the latest annual report, or other instruments under which the Plan is established or operated shall pay the Plan's reasonable costs of furnishing these materials. Information about the cost of copies of the above described materials can be obtained by contacting the Fund Office. The above described materials are also available for examination by Participants and Dependents at all times at the Fund Office and, within ten (10) calendar days after written request to the Plan Administrator, at the principal office of the employee organization:

Cement Masons Local Union No. 891
1517 Kenilworth Avenue, NE
Washington, DC 20019

These materials can also be obtained at each Employer where at least 50 Participants covered under the Plan usually work.

Disqualification or Loss of Benefits

Certain circumstances may result in disqualification, ineligibility, denial, loss, forfeiture, or suspension of benefits. The following are common examples of when coverage might be lost. However, the Trustees may terminate coverage for other reasons, as well:

- (1) Loss of Participant eligibility (for example, a reduction in hours of work for which your Employer(s) contribute on your behalf to the Fund);
- (2) Loss of Dependent eligibility (for example, reaching age 26);
- (3) Failure to file forms required to support a claim or Plan eligibility;
- (4) Failure to file claims within the Plan's specified time limit (one-year);
- (5) Filing false claims or false information in support of a claim or Plan eligibility;
- (6) Your Employer's failure to make contributions to this Fund on your behalf;
- (7) Your Employer's failure to comply with its responsibilities under the Fund's Agreement and Declaration of Trust;
- (8) Your failure to repay amounts you owe to the Fund;
- (9) Termination of the Plan;
- (10) Your failure to submit requested documentation of dependent status to verify dependent status; or
- (11) Fraud or intentional misrepresentation by you and/or your Dependents.

From time to time, you must provide documentation to prove your Spouse's and/or Child's eligibility. The Trustees will determine the information you must provide in their sole discretion. Examples of information the Trustees might require include your marriage certificate, your Child's birth certificate, and/or adoption papers. Failure to provide sufficient documentation, as determined by the Trustees in their sole discretion, may result in termination of coverage for the affected individual(s). Please note that COBRA **will not** be provided to individuals whose coverage is terminated because the Plan did not receive sufficient documentation.

Coverage of ineligible dependents is in violation of the Fund's policy. Employees identified as covering ineligible dependents may be subject to legal action and have their Plan coverage terminated.

Fund Financing

The Fund is financed by contributions made by individual Employers under the provisions of Collective Bargaining Agreements or participation agreements, by active Employees (in certain situations), and by Retired Employees and their Spouses. The Fund is also financed by income earned from the investment of these contributions. All monies are used exclusively for the purpose of providing benefits to eligible Employees, Retired Employees and/or their eligible Dependents, and the paying of expenses incurred with respect to the operation of the Plan. The assets of the Fund are held in trust by the Board of Trustees. All benefits are provided directly from Fund assets. The Fund has entered into contracts with CareFirst and American Health Holding, Inc. for pre-admission review, large case management, and preferred provider organization ("PPO") services.

Plan Year

The Plan Year is November 1 to October 31.

QMCSOs

The Fund will honor Qualified Medical Child Support Orders ("QMCSOs") that satisfy the requirements of ERISA. Generally, a QMCSO is a medical child support order that creates or recognizes a child's right to receive benefits from the Fund and meets certain ERISA requirements. Under a QMCSO, children who might otherwise lose rights to benefits under a group health plan will be entitled to enrollment in a parent's group health plan as "alternate recipients." Both you and your beneficiaries can obtain, without a charge, a copy of the Plan's QMCSO procedures from the Plan administrator.

Whenever a child support order is issued by a court or administrative agency, it must be sent to the Fund Office, which will, in turn, determine whether the order is in fact "qualified" under ERISA. When you submit an order to the Fund Office, you will receive a copy of the Fund's procedures for determining whether the order is qualified. The Fund Office will promptly notify you and each alternate recipient within a reasonable period of time whether the order is qualified. A representative of a child may be delegated to receive copies of any notices that are sent to the child. If it has been determined that the order is a Qualified Medical Support Order, the child will be considered a Covered Person.

Authority of the Trustees

The Fund's ability to provide benefits is dependent upon a number of factors that may vary from year-to-year or even month-to-month. Accordingly, the Trustees reserve the right to change, eliminate, or reduce the benefits provided to Employees, Retired Employees, and their Dependents. The Trustees also reserve the right to terminate, suspend, amend, or modify the Plan, in whole or in part at any time, by a written document adopted by the Board of Trustees or its designee, and to adopt new Fund rules and regulations or to modify the existing rules and regulations. Nothing in this book or elsewhere should be construed to mean the Fund's benefits, including contribution rates, are guaranteed or "vested." The Fund's Trust Agreement allows the Plan to be terminated, suspended, amended, or modified by a majority vote of the Trustees. Any of these changes in the Plan shall be reflected in the meeting minutes, Summary of Material Modifications, or a writing retained in the Fund Office. If the Plan is terminated, all funds in the Trust must be used exclusively on behalf of Plan Participants and to defray the cost of reasonable administration and termination expenses, or as otherwise permitted by law. In no event will any of the assets revert to any Employer or the Union.

Only the Board of Trustees (or its delegate) is authorized to interpret the rules, regulations, and plan of benefits set forth herein. Its interpretation is final and binding on all individuals or entities dealing with or claiming a benefit from the Fund. No representative of any Employer, the Union, or the Third-Party Administrator, has authority to speak on behalf of the Board of Trustees, and any statements from any of these parties will not change the Plan's terms. If you have questions about your eligibility, or you want other information, contact the Third-Party Administrator. Matters that require interpretation will be referred to the Board of Trustees.

Except to the extent delegated by the Trustees, the Trustees have the exclusive power to verify claims for the payment of benefits and to determine whether the conditions for the payment of benefits have been fulfilled. The Trustees also reserve the exclusive discretionary authority to determine eligibility for benefits and to construe the terms of the Plan.

The Board of Trustees may delegate certain of its Plan duties to other persons and may seek such advice as the Board deems reasonably necessary with respect to the Plan. The Board of Trustees shall be entitled to rely on the information and advice furnished by such delegates and experts, unless it knows such information or advice to be inaccurate or unlawful.

How You Can Do Your Part to Help Maintain the Plan

The benefits for medical care described in this booklet have been designed to pay the charges for a broad range of Medically Necessary services, treatments, and supplies.

Like any good tool, the Plan must be used properly to survive. Accordingly, Plan costs must remain reasonable. And, as you undoubtedly know, the costs of the Plan are governed, in large part, by the claims submitted by Participants and Dependents.

When arranging for Hospital, medical, and related services, discuss the charges that your doctor, the Hospital, or others expect to assess. Generally, your health care provider or Hospital will be pleased to discuss this with you. In fact, most medical societies encourage patients to discuss charges with their health care providers before treatment.

Please satisfy yourself that the charges will not be more than you would pay if you paid the entire amount yourself, nor more than that which is generally charged in your area for similar services. ***Remember, the Plan does not pay charges in excess of Usual, Customary, and Reasonable Charges for out of network claims. Amounts exceeding the Usual, Customary, and Reasonable Charges are your responsibility.***

Also, try to make sure that your health care provider only orders necessary services. In this way, you will be doing your part to maintain the Plan's benefits and help reduce your own Out-of-Pocket Expenses.

SECTION 3

ELIGIBILITY RULES

ELIGIBILITY RULES FOR ACTIVE EMPLOYEE MEDICAL COVERAGE

Initial Eligibility

An Employee who works under a Collective Bargaining Agreement that: (1) requires an Employer to make contributions on his or her behalf to the Fund, and (2) has been accepted by the Board of Trustees, will become eligible for "Active Employee Medical Coverage" on the first day of the second calendar quarter following a period not to exceed four consecutive calendar quarters during which he or she worked at least 550 hours in no more than three out of the four calendar quarters in this period.

Let's look at some examples to see what this means. As you know, the calendar year has four (4) calendar quarters, like this:

- (1) January, February, and March
- (2) April, May, and June
- (3) July, August, and September
- (4) October, November, and December

Eligibility is computed as of the last day of each calendar quarter.

Example #1:

Let's say that you work at least 100 hours in each of the six months of January, February, March, April, May, and June, which is two consecutive calendar quarters. You have worked a total of 600 hours in two consecutive quarters so that you become eligible on October 1 which is the first day of the second calendar quarter following a period not to exceed four consecutive calendar quarters during which you worked at least 550 hours in no more than three out of the four calendar quarters.

As you can see, to become eligible you must work a total of at least 550 hours in one, two, or three out of four consecutive calendar quarters and then you must wait one calendar quarter before receiving your eligibility. Once you are eligible, you then remain eligible for a complete calendar quarter.

Now, let's look at one more example.

Example #2:

Suppose you work 200 hours in the quarter January, February, and March, another 250 hours in the quarter April, May, and June, and another 275 hours in the quarter October, November, and December. That gives you 725 hours in three out of four consecutive quarters. After waiting the one quarter of January, February, and March, you then become eligible on April 1 and you are eligible for April, May, and June.

Please note that the Employer's contributions on your behalf must be received by the Fund Office before for your hours will count toward eligibility under the Plan. However, your Employer pays for your coverage and you are not required to make contributions as an active Employee unless required by the Collective Bargaining Agreement with your Employer.

Employee Enrollment

Each eligible Participant must complete and submit to the Fund Office an Enrollment Form, which may be obtained from the Local Union Business Manager or the Fund Office. The Plan Administrator or its delegate has discretion to permit enrollment by other means, including electronically, as it sees fit in its sole discretion.

Dependent Eligibility

Employees can also obtain coverage for eligible Dependents. Generally, your Dependents include your Spouse and Child(ren). See the Definitions section for more information on eligible Dependents.

Coverage for Dependents ends on the earliest of the following dates or as otherwise provided by the Trustees on a uniform and nondiscriminatory basis:

1. the date Employee coverage terminates;
2. for your Spouse and any stepchildren, the date you and your Spouse divorce or legally separate;
3. the date your Dependent becomes eligible for benefits under this Plan as an Employee; or
4. On the last day of the month in which a Child turns age 26;

Notification Requirement upon Divorce

In addition to the notice requirements under COBRA, you have an obligation to promptly notify the Fund Office in writing following a divorce. Unless COBRA is elected, the divorced Spouse and children of the divorced Spouse (stepchildren of the Participant) become ineligible for benefits upon the divorce. If notice of the divorce is not provided to the Fund Office, and as a result, benefits are paid to someone who does not qualify as a Dependent, the Trustees may decide to recover those

benefits by initiating legal action and/or treating such benefits as an advance to you, and deducting such amounts from benefits which become otherwise payable for you and your Dependents until the entire amount of benefits erroneously paid is recovered. Also, if notice of divorce is not provided to the Fund office within 60 days, your Spouse and children of your divorced Spouse will lose their right to elect COBRA Continuation Coverage.

Termination of Eligibility

You and your Dependent's eligibility will terminate when you fail to work at least 550 hours in three (3) out of four (4) consecutive calendar quarters. Eligibility for coverage will terminate on the last day of the first calendar quarter following such period. (See below for exceptions during certain leaves of absence or military leave).

If an Employee dies while eligible for coverage, the eligibility of the Employee's Dependents will terminate on the date the Employee's eligibility would have terminated if the Employee had simply stopped working on the date of the Employee's death. However, a Dependent who loses eligibility solely due to age will continue through the end of the month when they turn 26.

See the COBRA section for more information about any right you or your Dependents may have to continuation coverage under COBRA, after your coverage terminates.

Reinstatement of Eligibility

If an Employee's eligibility terminates, and he or she thereafter returns to work in Covered Employment for an Employer, eligibility can be reinstated by satisfying the provisions for initial eligibility.

Reinstatement of Eligibility after Military Leave

If you enter the uniformed services as defined in the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act (USERRA) for active military duty or training, inactive duty or training, full-time national guard or public health service duty, or fitness-for-duty examination, and you otherwise meet the requirements of USERRA (see below), coverage for you and your eligible Dependents will terminate under the rules for active employees.

If you are discharged other than dishonorably from Uniformed Service and you otherwise meet the requirements of USERRA (see below), Plan coverage for you and your eligible dependents will be reinstated on the day you return to work for an Employer as an Employee. To be reinstated, USERRA generally requires that:

- You (or an appropriate military officer) give advance written or oral notice to your Employer that you are entering uniformed service (unless such advance notice is impossible, unreasonable, or precluded by military necessity);
- You not be dishonorably discharged from uniformed service;

- The cumulative length of all of your absences with the Employer due to uniformed service must generally be no longer than five years; and
- Upon leaving the uniformed service, you must report back to your pre-service Employer for re-employment and/or report to your local union for a referral to covered employment within the following specified periods of time:
 - Uniformed service of less than 31 days, or for any length for a fitness for duty examination – you must generally report for work on the first regularly scheduled workday at least 8 hours after you arrive home from service, or
 - Uniformed service of more than 30 days, but less than 181 days – you must generally report for work within 14 days after completion of service.

If you meet USERRA's requirements, you and your eligible Dependents will be eligible for a period after your return that would be the same as the period of eligibility after the date that you left your Employer. If you have not yet worked sufficient hours in covered employment to again meet the requirements for continuing eligibility at the end of that period, you may be able to elect COBRA continuation coverage. You must elect COBRA within 60 days of the date your coverage terminates. You may continue at the COBRA rate until you meet the eligibility requirements again or your maximum COBRA period expires, whichever first occurs.

TEMPORARY ELIGIBILITY CREDIT FOR EMPLOYEES OF A DELINQUENT EMPLOYER

If you are an Employee of a Delinquent Employer who is in jeopardy of losing your eligibility due to your Employer's non-payment of contributions, the Fund will provide you with credit for hours actually worked, up to a **maximum** of one quarter (three months), while the Fund pursues collection of the Employer's delinquency. The hours credited will be the oldest hours, in the event of a delinquency spanning several months.

In the event that the Delinquent Employer has also failed to submit the hours worked for its employees, it may be necessary for you to provide proof of your hours worked (for example, pay stubs) in order to provide you with this temporary credit.

ELIGIBILITY RULES FOR NEWLY ORGANIZED GROUPS' MEDICAL COVERAGE

If you are an Employee in a Newly Organized Group, you will become eligible for benefits on the first day of the month following the completion of at least 550 hours of contributions being reported to the Fund on your behalf, in the immediately preceding six months.

Initial Eligibility

If you are an Employee in a Newly Organized Group, you will become eligible for benefits on the first day of the month following the completion of at least 550 hours of work in Covered Employment in the immediately preceding six (6) calendar months for

which the Fund receives contributions. The names of the new Employees covered under this provision must be received in the Fund Office prior to the first day of the first month of coverage.

Which Employees Qualify For These Special Rules?

The Welfare Fund has established special eligibility rules for "Employees in Newly Organized Groups". Employees who qualify for these special rules are individuals who are not Participants in the Plan and who currently have Employer-provided coverage. They may be current employees of a newly organized company that signs a Collective Bargaining Agreement with the Union or newly organized employees represented by the Union who are then employed by an Employer already contributing to the Fund. The purpose of these special eligibility rules is to encourage the addition of new Participants to the Plan. These special eligibility rules are not available for current Employees represented by the Union.

To What Period Do These Special Rules Apply?

The Collective Bargaining Agreement describes the eligibility requirements and benefits that are applicable to Employees in Newly Organized Groups for a limited period before an Employee establishes eligibility under the regular Initial Eligibility rules of the Plan.

After an Employee in a Newly Organized Group has maintained eligibility for one year, all of the rules and benefits of the Plan apply as described in this SPD and these special rules are no longer applicable. In addition, if an Employee in a Newly Organized Group loses eligibility under the special Continuing Eligibility Rules described in this SPD, these special rules are no longer applicable unless otherwise provided in the Collective Bargaining Agreement and previously agreed to by the Board of Trustees. In this circumstance, the Employee can then become eligible for benefits only by meeting the regular Initial Eligibility rules of the Plan as described on Section 3 of this SPD and Plan Document.

OTHER TIMES YOU MAY ENROLL YOURSELF OR DEPENDENTS IN COVERAGE

If you decline enrollment for yourself or your Dependents because of other health insurance coverage there are three categories of "special enrollment" events under the Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA") that may allow you to change your election and enroll in medical coverage under the Plan.

First, when you marry, give birth to a Child, adopt a Child or a Child is placed with you for adoption, the Plan allows you to enroll yourself, your eligible Spouse, and your newly born/adopted Child within 30 days of the date of the event.

Second, if you refused coverage for yourself, your Spouse, or your Child because of other coverage and your Dependent(s) experience a "loss of eligibility" for that other coverage, then you can enroll yourself, your Spouse, and/or your Children who lose eligibility within 30 days of the event.

A "loss of eligibility" results if any of the following occurs:

- Loss of eligibility for reasons other than failure to pay premiums or fraud;
- Cessation of all employer contributions;
- Moving out of an HMO service area if the other plan does not offer other coverage; or
- Ceasing to be a "dependent," as defined in the other plan.

Third, if you request enrollment within 60 days, you may enroll yourself and an eligible Child if either of the following conditions is satisfied:

- You or your eligible Child loses eligibility for Medicaid or a state child health plan; or
- You or your eligible Child is determined to be eligible for group health plan premium assistance under a Medicaid plan or a state child health plan.

HIPAA special enrollment is generally prospective. However, if a newborn or a child who is adopted or placed for adoption is enrolled within the special enrollment period, then the child's coverage (and the coverage of any others who can be added under HIPAA's requirements, such as the Employee's Spouse) is retroactive to the date of birth, adoption, or placement for adoption if you request enrollment within 30 days.

COVERAGE FOR EMPLOYEES ON LEAVE

The Family and Medical Leave Act ("FMLA") of 1993 entitles employees eligible under the Act to take up to 12 weeks of unpaid job-protected leave each year for the employee's own illness, or to care for a seriously ill child, spouse or parent; the birth or placement of a child with the employee in the case of adoption or foster care or a "qualifying" exigency" as defined in applicable regulations arising out of the fact that a covered family member is on active duty or called to active duty status in the National Guard or Reserves in support of a federal contingency operation. In addition, the FMLA provides that an eligible Employee who is a qualifying family member or next of kin of a covered military service member is able to take up to 26 work weeks of leave in a single 12 month period to care for the covered service member with a serious illness or injury incurred in the line of duty.

Generally, employees eligible for leave under the FMLA are those who have been employed at least 12 months by the employer and who have provided at least 1,250 hours of service to the employer. An employee at a work site at which there are fewer than 50 employees is not eligible for FMLA leave unless the total number of employees of that employer within a 75 mile radius of that employee equals or is greater than 50. Contact the Fund Office if you are planning to take FMLA leave so that the Fund is aware of your employer's responsibility to report the period of your absence. In addition, if you have any questions about the FMLA, you should contact your employer or the nearest office of the Wage and Hour Division, listed in most telephone directories under U. S. Government, Department of Labor, Employment Standards Administration.

QUALIFIED MILITARY SERVICE

If you leave employment for full-time Qualified Military Service, as defined by federal law, you and your eligible Dependents are permitted to elect to continue health care coverage under the Plan, subject to certain limitations under federal law. This coverage, subject to the provisions of the Plan, must last for up to twenty-four (24) months beginning on the date of your absence from employment. However, the coverage will terminate before the end of the twenty-four (24) month period if you enter Qualified Military Service and are discharged earlier and failed to make a timely application for re-employment upon discharge (see "Reinstatement of Eligibility after Military Leave" above).

If you elect such continuation coverage, you will not be required to pay any premium for the first thirty (30) days of such coverage. However, thereafter, and until the cessation of such coverage, you will be required to make a monthly premium to the Plan, which will be based on the average cost that the Plan incurs annually per Participant plus a two percent (2%) administrative charge.

ELIGIBILITY RULES FOR RETIRED EMPLOYEE MEDICAL COVERAGE

Initial Eligibility

A retired cement mason shall be eligible for Retired Employee benefits under the Fund if he or she:

- Elects Retired Employee Medical Coverage within 90 calendar days from the Retiree's benefit commencement date under the Washington, D.C. Cement Masons Pension Trust Fund Pension and Retirement Plan;
- is not eligible for Medicare (e.g., is under the age of 65 and not disabled);
- is retired from active employment; and
- Either:
 - (a) met the requirements for retirement status under the Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund prior to 1970, or
 - (b) is a participant receiving benefits under the Washington, D.C. Cement Masons Pension Fund and was eligible for health benefits under this Fund for five (5) out of the seven (7) years immediately before the effective date of his pension benefit from the Washington, D.C. Cement Masons Pension Fund; and
- makes the monthly premium payment in advance to the Fund Office in an amount established from time to time by the Trustees.

Dependent Eligibility

Only the Spouses of eligible Retired Employees qualify as Dependents under the "Retired Employee Medical Coverage" provisions of the Plan. Premium payments for coverage of Spouses must be made in advance of each month to the Fund Office, in an amount established from time-to-time by the Trustees.

Termination of Eligibility

A Retired Employee loses eligibility if he or she:

- becomes eligible for Medicare (i.e. reaches age 65 or becomes totally or permanently disabled); or
- fails to make the monthly premium payment in advance to the Fund Office.

The Spouse of a Retired Employee loses benefit eligibility by reason of:

- the Spouse becoming eligible for Medicare (i.e. reaches age 65 or becomes totally and permanently disabled);
- divorce or legal separation from the Retired Employee;
- the monthly premium payment for the Spouse is not made in advance to the Fund Office.

Under some circumstances, Spouses of Retired Employees may have rights to continue coverage under COBRA. See the Section 9, Continuation Coverage Under COBRA, for more information.

SECTION 4

SCHEDULE OF BENEFITS FOR ACTIVE EMPLOYEE COVERAGE

Comprehensive Major Medical Benefits (Employees and Dependents)*

Percentage of Covered Expenses Paid by Plan	70%
Percentage of Covered Expenses Paid by Employee/Dependent	30% (after deductible)
Percentage of Covered Expenses Paid by Plan – Preventive Services (In Network)	100%
Percentage of Covered Expenses Paid by Plan – Preventive Services (Out-of-Network)	0% (no deductible) ***
Individual Deductible (includes prescription costs)	\$500
Family Deductible (includes prescription costs)	\$1,000
Individual Out-of-Pocket Expense Maximum for Medical	\$5,000
Family Out-of-Pocket Maximum for Medical	\$10,200
Maximum Benefit Paid by Plan (Per Individual)	The Plan does not have a monetary limit on essential health benefits, as defined under the ACA. **

* In Network and Out of Network Benefits, unless otherwise specified.

** Determined in accordance with applicable guidance from the Department of Health and Human Services.

***Except when required by law.

Prescription Drug Benefits (Employees and Dependents)

Individual Deductible (includes medical costs)	\$500
Family Deductible (includes medical costs)	\$1,000
Individual Out-of-Pocket Expense Maximum for Prescription	\$1,600
Family Out-of-Pocket Maximum for Prescription	\$3,200
Maximum Benefit Paid by Plan (Per Individual)	The Plan does not have a monetary limit on essential health benefits, as defined under the ACA.**

Type of Drug	Retail (30 days)	Mail Order or CVS Pharmacy (90 days)
Generics (except Preferred Preventive)	\$10	\$20
Preferred Brands (when there is no generic)	30% up to \$50	30% up to \$100
Preferred Preventive* (Affordable Care Act)	No Cost	No Cost
Non-Preferred Brands (with prior authorization)	30% up to \$100	30% up to \$200
Specialty drugs	Not Covered	Not Covered

**A Preferred Preventive Drug (not subject to any copay and deductible) is a medication or item on CVSHealth's Preferred Preventive Drug List that is prescribed under certain medical criteria by a provider under a written prescription for – Aspirin, Folic Acid, Fluoride, Iron Supplements, Smoking Cessation Products, and FDA approved contraceptives for women.*

Please note the following about the Prescription Drug Program:

- The Prescription Benefit Manager is CVSHealth (formerly Caremark). This means that you can have your prescription(s) filled at any CVS Pharmacy or any other pharmacy that participates in the CVSHealth network (for example, Giant, Safeway, Rite Aid, Target, Walgreens).
- The Prescription Drug Program only provides benefits for generic drugs and certain brand name drugs when a generic is not available.
- If you request a brand name drug when a generic is available, you are responsible for paying the difference in the cost between the Generic drug and the Brand name drug. Generally, you must pay the difference between the brand name and generic even if your health care provider says the prescription must be dispensed as written.
- For contraceptives considered preventive care, the Plan will accommodate anyone for whom a generic drug (or a brand-name drug) would be medically inappropriate, as determined by the individual's health care provider, by waiving the cost-sharing for the brand version. Also, if a generic version is not available, or would not be medically appropriate as a prescribed brand name contraceptive method (as determined by the attending provider, in consultation with the patient), then the Plan will cover the brand name drug without cost-sharing, subject to reasonable medical management.
- Specialty Drugs are not covered.
- A separate prescription out-of-pocket limit applies. The out-of-pocket maximum is \$1,600 per person or \$3,200 per family. Once out-of-pocket limit is met, you pay nothing for covered prescriptions except for the difference between a Brand-name drug and its Generic equivalent.
- Prescriptions up to a 30-day supply (retail) or up to a 90 day supply (mail order or CVS Pharmacy) are covered.
- Maintenance medications must be filled through the mail order program or at a CVS Pharmacy.

If you request a name brand medication when a generic version is available, then you must pay the full difference in cost between the generic and name brand. Likewise, if a health care provider prescribes a drug that has a generic equivalent, the Plan will reimburse only up to the cost of the generic equivalent, even if your health care provider says the prescription must be dispensed as written. In addition, the difference in cost between the generic and name brand will not count toward your deductible or out of pocket maximum.

As described below, the Plan covers preventive care required under the ACA at no cost. This includes certain prescription and non-prescription drugs. For contraceptives that are preventive care under the ACA, the Plan will accommodate anyone for whom a generic drug (or a brand-name drug) covered under the plan would be medically inappropriate, as determined by the individual's health care provider, by either waiving the cost-sharing for the preferred or non-preferred brand version. Also, if a generic version is not available, or would not be medically appropriate as a prescribed brand name contraceptive method (as determined by the attending provider, in consultation with the patient), then the Plan will cover the brand name drug without cost-sharing, subject to reasonable medical management.

Weekly Accident & Sickness Benefit (Employees Only)

Benefit Paid by Plan	\$200 per week
Maximum Payment Schedule	26 weeks per disability

Please see the descriptions of Covered Expenses and information in Section 6 of this booklet for more details on the benefits that the Plan covers.

SECTION 5
SCHEDULE OF BENEFITS FOR RETIRED EMPLOYEE MEDICAL COVERAGE

(For Retired Employees and their Spouses)

Benefits are based on the Schedule of Benefits provided to Active Employees, except:

1. No weekly accident & sickness benefits;
2. Benefits are provided only to non-Medicare eligible Retired Employees (and their Spouses);
3. Retirees and/or their Spouses eligible for Medicare (either by age or disability) are not eligible for this portion of the Plan; and
4. A monthly per person premium payment is required.

SECTION 6

DESCRIPTION OF PLAN BENEFITS

WEEKLY ACCIDENT AND SICKNESS BENEFITS

(Active Employees Only)

General

A weekly benefit is payable to an Employee while disabled and prevented from working as a result of a non-occupational accident or an Injury or Illness for which benefits are not payable under a Workers' Compensation Law.

It is not necessary for an Employee to be confined to home to collect benefits but he or she must be under the care of a licensed Physician and may not engage in any other work for cash or other remuneration during the period of disability.

Once an Employee has begun to receive these benefits, he or she will be required from time to time to have a doctor complete a supplemental form indicating whether or not the Employee is still disabled. This form will be sent to the Employee from the Fund Office and must be returned to the Fund Office within two weeks of receipt.

Period of Coverage

The \$200 weekly benefit to which an Employee is entitled will commence on the first day of disability resulting from an accident or if hospitalized, or on the eighth day of disability if the disability did not result from an accident or did not require hospitalization, and will be payable as long as the disability lasts up to the maximum number of weeks specified in the Schedule of Benefits.

Payment will be made for as many separate and distinct periods of disability as may occur, not to exceed payment for the maximum number of weeks as specified in the Schedule of Benefits. No payments will be made if you are receiving a pension or Social Security disability payments. If a disability ends during a work week, accident and sickness benefits shall be paid at the rate of \$40 per day of disability during that work week with a maximum payment of \$200.

Successive Periods of Disability

Unrelated Causes: If an Employee returns to work following an absence for which weekly accident and sickness benefits have been paid and again becomes disabled, both periods of absence will be considered as one disability unless the subsequent disability is due to an injury or illness entirely unrelated to the cause(s) of the previous disability and commences after the employee returns to full active employment with an Employer.

The Same or Related Causes: In the event of a subsequent disability for the same or a related cause, the Employee must have recovered completely and completed at least two weeks of full time active employment with an Employer after the first disability in order for the second absence to be considered a second disability for which weekly accident and sickness benefits are payable. In addition, the Employee's Physician must confirm that the Employee recovered completely and returned to work with the Physician's permission.

In all cases, the Trustees, in their discretion, may require that the Employee who is claiming entitlement to benefits be examined by a Physician selected by the Trustees.

MEDICAL BENEFITS

Preferred Provider Organization (PPO)

The Trustees have retained the services of the "OneNet" Preferred Provider Organizations (PPO) – groups of Physicians, specialists, and Hospitals, which have agreed to provide their services to Fund Participants at discounted rates.

It is not mandatory to use the PPO network. However, by using the PPO, there is considerable savings to both you and the Fund. Remember, under this Plan, you are responsible for paying 30% of the charges after the deductible. The higher the charges, the more you have to pay.

The CareFirst BlueCross BlueShield PPO Directory lists the participating Physicians and Hospitals. It is a guide to assist you in identifying providers and is organized by specialty and geographical location. Please contact the Fund Office for a copy of the directory.

As you might expect, the list of health care providers participating in the PPO changes periodically. The list in the directory is as complete as our procedures allow at the time of issue. However, because some listed providers may no longer participate in the PPO, you must check with your provider each time you request health care services. This will ensure that your provider is still participating so that you and the Fund will be afforded the appropriate discounts.

Designation of Primary Care Providers and/or OB/GYN

You have the right to select any primary care provider who participates in the Fund's network and who is available to accept you or your family members. For children, you may select a pediatrician as the primary care provider. For information on how to select a primary care provider, and for a list of the participating primary care providers, contact CareFirst at 1-800-235-5160 or online at www.carefirst.com.

You do not need prior authorization from the Fund or from any other person (including a primary care provider) in order to obtain access to obstetrical or gynecological care from a health care professional in the network who specializes in obstetrics or gynecology. The health care professional, however, may be required to comply with certain procedures, including obtaining prior authorization for certain services, following a pre-approved treatment plan, or following for making referrals. For a list of participating health care professionals who specialize in obstetrics or gynecology, contact CareFirst at 1-800-235-5160 or online at www.carefirst.com.

Pre-Admission Hospital Review Requirements

When a Covered Person needs to be hospitalized, the Plan will cover many of the Hospital charges. However, all Covered Persons must follow these pre-admission review procedures to help insure that the charges for the Hospital stay are necessary and appropriate:

- (1) At least 7 to 10 days before a scheduled Hospital stay, you or your doctor must call American Health Holding, Inc. (the Fund's Pre-Admission Review and PPO provider) at 1-800-641-5566 (If the Hospital admission occurs after receiving Emergency Services, the call must be made within 48 hours of your admission).
- (2) The doctors and nurses at American Health Holding, Inc. will discuss the proposed length of stay with your doctor. They will either approve it or recommend an alternative, such as outpatient treatment. You and your doctor will receive confirmation of the decision.
- (3) American Health Holding, Inc. will monitor the Hospital stay and, if necessary, approve additional days for benefit coverage.
- (4) As the Pre-Admission Review provider, American Health Holding, Inc. acts as an advisor to the Fund for the purpose of recommending the number of Hospital days that the Fund should pay for under your Schedule of Benefits.

Please note that the pre-admission hospital review helps you determine if a particular expense will be covered under the Plan and, if so, at what reimbursement rate. If precertification is requested and denied, the denial means only that the expense will not be covered or will be covered at a lower reimbursement rate under the Plan. It does not represent a medical judgment as to whether you should have the medical treatment or procedure; that decision is yours alone in consultation with your chosen providers. The fact that a particular medical treatment or procedure may not be covered under the Plan, or may be reimbursable at a lower rate, is simply a matter of plan design – providing the greatest benefit to the greatest number of people at an affordable cost.

Medical Case Management

If a Hospital confinement is expected to be unusually long and costly, a “case manager” at American Health Holding, Inc. may be assigned to help determine the most appropriate and cost effective way to provide the necessary care. The Fund will cover its share of the charges for such alternative care recommended by the case manager.

The case manager will work with your doctor to develop a treatment plan and make the necessary arrangements. He or she will continue to monitor the case until specialized treatment is no longer necessary.

Please note that medical case management is a procedure which helps you determine if expenses will be covered under the Plan and, if so, at what reimbursement rate. If a service or supply is requested and denied, the denial means only that its expense will not be covered or will be covered at a lower reimbursement rate under the Plan. It does not represent a medical judgment as to whether you should have the medical treatment or procedure; that decision is yours alone in consultation with your chosen providers. The fact that a particular medical treatment or procedure may not be covered under the Plan, or may be reimbursable at a lower rate, is simply a matter of plan design – providing the greatest benefit to the greatest number of people at an affordable cost.

Description of Covered Medical Expense Benefits

As shown on the Schedule of Benefits, the Fund provides coverage pursuant to a “comprehensive major medical plan,” where many Covered Expenses are paid 70% by the Fund and 30% by you. This coverage is designed to reimburse you, to a large extent, for expenses incurred as a result of non-occupational Injuries or Illnesses.

The medical expenses that are Covered Expenses under the Plan are:

- (1) Room and Board and any other charges which are made by the Hospital as a condition of occupancy on a regular or weekly basis. However, if a private Hospital room is used, any excess of daily Room and Board charges over the Hospital’s average, semi-private room charge will not be counted as a covered medical expense;
- (2) Operating, delivery, recovery, and treatment room and equipment fees;
- (3) Diagnostic laboratory and pathology tests when Medically Necessary and generally accepted as a standard or reasonable test for the condition, including x-ray examinations, electrocardiograms and electroencephalograms;
- (4) Radiotherapy, including use of x-ray, radon, radium, cobalt, and other radioactive substances;

- (5) Hospital provided services or supplies for treatment in the outpatient department, emergency room, or ambulatory surgical facility;
- (6) Bandages and surgical dressings at a Hospital or Physician's office;
- (7) Prescription drugs taken or administered during hospitalization;
- (8) Whole blood, blood plasma, plasma extenders, and blood transfusions;
- (9) Routine nursery care of a newborn child of a Covered Person;
- (10) Inpatient treatment of a mental or nervous disorder;
- (11) Confinement for medical complications of alcoholism or drug abuse, including cirrhosis, delirium tremens, hepatitis;
- (12) General nursing care services of a licensed practitioner;
- (13) An incision, excision, or electrocautery of any organ or part of the body;
- (14) Pre-surgical tests;
- (15) Treatment of a fracture;
- (16) Reduction of a dislocation;
- (17) Endoscopic procedures;
- (18) X-ray or radium therapy or laser therapy if used in lieu of a cutting operation;
- (19) Anesthesia and its administration;
- (20) Assistant surgeon fees not to exceed 20% of the covered surgical expense;
- (21) The services of a legally qualified Physician (but not visits in the Hospital in connection with a surgical procedure or post-operative care unless the visit is by a Physician other than the surgeon performing the operation);
- (22) The services of a nurse-midwife (for Employees and Spouses only) up to an amount that does not exceed the amount that would be payable if a Physician performed the services;
- (23) The services of a registered, graduate nurse (R.N. – other than a nurse who ordinarily resides in your home or who is a member of you or your Spouse family);

- (24) X-ray, radium, and radioactive isotope therapy;
- (25) Anesthetics, including administration;
- (26) Rental of an iron lung and other durable, medical, or surgical equipment, such as a wheelchair or hospital-type bed;
- (27) Artificial limbs, orthopedic appliance implants, orthopedic braces and appliances, larynx and artificial eyes, but not hearing aids, eye examinations or eyeglasses;
- (28) Services rendered by a licensed practitioner for physical therapy, hydro therapy, or occupational therapy;
- (29) Speech therapy through the use of appropriate programs for treatment of developmental speech dysfunction resulting from injury or illness;
- (30) Kidney dialysis when performed in a Medicare-approved facility;
- (31) Oxygen;
- (32) Local ambulance service when used to transport the individual from the place where he is injured by an accident or stricken by an illness to the first Hospital where treatment is given. However, no other charges in connection with ambulance travel are included;
- (33) Expenses incurred in connection with dental work or oral surgery when performed to repair damage to natural teeth or other bodily tissues resulting from a non-occupational, accidental Injury occurring while the individual is a Covered Person, provided the services are received within twelve (12) months of the accident, or for surgery directly related to cancer surgery of the mouth;
- (34) Cosmetic surgery is covered only when necessary for the prompt repair of a non-occupational, accidental Injury occurring while the individual is eligible, for congenital defect or disfigurement, or disfigurement related to disease. No other expenses are provided for cosmetic surgery unless otherwise required by law;
- (35) Casts, splints, trusses, leg braces, and crutches;
- (36) Electronic heart pacemaker;
- (37) In vitro fertilization benefits are available, to eligible Participants and Spouses (but not to other Dependents) if the following guidelines for outpatient and out-of-hospital expenses are followed:
 - (a) The patient's eggs are fertilized with the sperm of the patient's Spouse;

- (b) The patient and the patient's Spouse have a history of infertility of at least five (5) years duration or the infertility is associated with one or more of the following medical conditions:
- i. endometriosis;
 - ii. exposure in utero to diethylstilbestrol (DES); or
 - iii. blockage of, or surgical removal of, one or both fallopian tubes.
- (c) The patient has been unable to attain a successful pregnancy through any less costly, applicable infertility treatments for which coverage is available under the Plan, if any.
- (d) The in vitro fertilization procedures are performed at medical facilities that conform to the American College of Obstetrics and Gynecology guidelines for in vitro fertilization clinics or to the American Fertility Society's minimal standards for programs of in vitro fertilization.

(38) Preventive medical care is provided as follows:

The term "Preventive Services" generally includes routine health care such as screenings, check-ups, and patient counseling to prevent illness, disease, or other health problems. The Plan covers a comprehensive range of Preventive Services that are required under the ACA without cost-sharing (in other words, without charges such as co-payment, co-insurance, or deductibles) when the services are provided by an in-network provider. Specifically, the covered Preventive Services include the following:

- Evidence-based preventive services: Evidence-based items or services with a "grade" of A or B by the U.S. Preventive Services Task Force, such as breast and colon cancer screenings, screening for vitamin deficiencies during pregnancy, screenings for diabetes, high cholesterol and high blood pressure, and tobacco cessation counseling.
- Routine vaccines: Immunizations for routine use in children, adolescents, or adults recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention.
- Prevention for children: Evidence-informed preventive care and screenings provided for in the comprehensive guidelines supported by the Health Resources and Services Administration (HRSA) for infants, children, and adolescents, such as regular pediatrician visits, vision

and hearing screening, developmental assessments, immunizations, and screening and counseling to address obesity and help children maintain a healthy weight.

- **Prevention for women:** Evidence-informed preventive care and screenings provided for in comprehensive guidelines supported by HRSA for women, contraceptives, breastfeeding support and supplies, and screening and counseling for interpersonal and domestic violence.

As new services are approved, the Plan will cover them with no cost-sharing for Plan years beginning one year later. A list of the covered services is available at:

- <https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/>
- <https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/women/>
- <https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/children/>

Sometimes Preventive Services are included with other services as part of an office visit. The Plan may impose cost-sharing to an office visit: (a) if the Preventive Service is billed separately (or is tracked as individual encounter data separately) from the office visit, or (b) if the recommended Preventive Service is not billed separately (or is not tracked as individual encounter data separately) from the office visit, the primary purpose of the office visit is something other than the delivery of recommended Preventive Service. In such a case, the Plan may still impose a co-payment, co-insurance, or a deductible.

Consistent with applicable law and administrative agency guidance, the Plan imposes cost-sharing for these Preventive Services when provided by an out-of-network provider unless the Preventive Service is not available In-Network. In addition, prescription drugs that are Preventive Services are only available In-Network unless they are not available In-Network.

Be sure to check the General Plan Exclusions and Limitations Section of this booklet (Section 7) before you seek any medical treatment.

Description of Covered Prescription Drugs

The Plan pays eligible prescription drug benefits as shown on the Schedule of Benefits. This coverage is designed to reimburse you, to a large extent, for expenses incurred as a result of non-occupational Injuries or Illnesses. Covered Expenses under this part of the Plan include:

- Legend drugs

- DESI drugs – DESI drugs are determined by the FDA as lacking substantial evidence of effectiveness. DESI drugs do not have studies to support the drugs' uses, but continue to be used in today's marketplace because they have been used and accepted for many years without any safety problems
- Controlled substance 5 (CV) Over-the-Counter ("OTC") (e.g., Robitussin AC syrup and Naldecon-CX) – Although designated OTC under federal law, these are legend drugs in some states, so are all covered
- Prescribed single entity vitamins – Vitamins that have indications in addition to use as nutritional supplements for treatment of specific vitamin deficiency diseases. For example, vitamin B12 (cyanocobalamin) for anemia and degeneration of the nervous system, vitamin K (phytonadione) for hypoprothrombinemia or hemorrhage, and folic acid for megaloblastic and macrocytic anemias
- Prescribed prenatal vitamins
- Pediatric vitamins that require a prescription (to the extent required under the ACA as preventive care)
- Nail fungal treatments

Covered Expenses under the prescription drug program do not include:

- Non-legend, patent or proprietary drug, medicine or medication not requiring a prescription, except insulin (except when specifically provided otherwise in this SPD), unless the drug, medicine, or medication is a compounding of two or more drugs, medicines, or medication, which compounding, by law, must be prescribed
- Separate charges for medication, legend or non-legend, that is consumed or administered, in whole or in part, at the place where it is dispensed
- Therapeutic devices or appliances, including hypodermic needles, syringes, support garments, ostomy supplies, durable medical equipment, and non-medical substances regardless of intended use
- Over-the-counter medicine, unless otherwise specified above
- Blood products or blood serum
- Experimental medicines
- Drugs for treatment of ADHD/Narcolepsy after attaining age 18
- Anorexiants (diet aids)

- Differin, Tazorac, Fabior, Tretinoin (Retin-A, Retin-A Micro, Avita, Ziana, Atralin) after attaining age 18
- Anti-smoking aid unless they qualify as Preventive Services under the ACA
- Contraceptives not required as Preventive Services under the ACA
- Cosmetic drugs, including hair loss drug, anti-wrinkle creams, hair removal creams and others even if prescribed (for example Botox Cosmetic & Dysport)
- Alcohol swabs
- Oral Glucose
- Blood Glucose Monitors
- Insulin Pumps
- Insulin Pump Supplies
- Prescribed multivitamins
- Allergy serums
- Nutritional supplements even if prescribed
- Respiratory therapy supplies, including spacers, peak flow meters, and nebulizers
- Fertility agents
- Biotech/specialty medications (including products on the CVSHealth specialty drug list)
- Growth hormones
- Topical analgesics
- Convenience kits (for example, two or more products to be used separately)

Annual and Lifetime Limits

The Fund does not impose annual or lifetime limits on Essential Health Benefits (as defined in guidance and regulations issued by the Department of Health and Human Services).

Women's Health and Cancer Rights Act

Under federal law, group health plans and health insurance issuers offering group health insurance coverage that includes medical and surgical benefits with respect to a mastectomy shall include medical and surgical benefits for breast reconstruction surgery as part of a mastectomy procedure. Breast reconstruction surgery in connection with a mastectomy shall at a minimum provide for: (1) reconstruction of the breast on which the mastectomy has been performed; (2) surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance; and (3) prostheses and physical complications for all stages of mastectomy, including lymphedemas; in a manner determined in consultation with the attending Physician and patient. As part of the Plan's Schedule of Benefits, such benefits are subject to the Plan's appropriate cost control provisions such as deductibles and coinsurance.

Newborns' and Mothers' Health Protection Act

Group health plans and health insurance issuers generally may not, under Federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, Federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, plans and issuers may not, under Federal law, require that a provider obtain authorization from the Plan or the issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours). However, to use certain providers or facilities, or to reduce your Out-of-Pocket Expenses, you may be required to obtain precertification. For more information on precertification, contact American Health Holding, Inc. at 1-800-641-5566.

Medicare Benefits For Actively Working Employees

The Fund serves as the primary payor of benefits for actively working Employees and their Spouses, age 65 and over. Medicare coverage, if available, will generally be secondary. This means your benefits will first be paid under this Fund. If there are any medical expenses not paid by the Fund, Medicare may reimburse you if those expenses are covered by Medicare. In order to obtain reimbursement from Medicare, you must enroll in Medicare. Also, to get coverage under Part B of Medicare, you must enroll and pay a monthly premium. Contact your local Social Security Administrative Office for information about enrollment procedures. Employees and their Spouses are urged to enroll in Medicare so this coverage is available when needed. Please note that if you do not enroll in Medicare Part B when you are first eligible, you **might have a late enrollment penalty** for every year you did not enroll in Medicare Part B, and you may have to wait to sign up. Typically, that penalty is 10% per year that you did not enroll in Medicare Part B. You will pay a higher premium due to this penalty for as long as you have Medicare Part B. Penalties also apply if you did not get automatically enrolled or sign up during your Medicare Part A initial enrollment period.

Medicare is complex and this is only a brief summary. You should not and cannot rely on this summary. Instead, you should visit <https://www.medicare.gov> to ensure that you timely enroll in all Medicare programs, particularly if you will turn age 65 in the next few years, become disabled, or have end stage renal disease. You can also call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or TTY 1-877-486-2048.

Genetic Information Nondiscrimination Act

The Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008 prohibits the Plan from using Employees' and family members' genetic information in deciding eligibility and contributions for group health plan benefits. In addition, the Plan cannot use genetic information for underwriting purposes.

SECTION 7

GENERAL PLAN EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

No benefits are available under this Plan for the charges listed below, and the amount of any such charges will not be included when the Plan calculates the portion of the Covered Person's expenses it will pay.

- (1) Charges that a Covered Person would not be required to pay if he was not a covered person;
- (2) Charges for services or supplies that are furnished, paid for, or otherwise provided for by reason of the past or present service in the armed forces of a government, except to the extent prohibited by law;
- (3) Charges for services or supplies that are paid by a government agency or program, unless required by law;
- (4) Charges for services or supplies received as a result of an act of war occurring while covered;
- (5) Charges for services and supplies which are not Medically Necessary for treatment of the Injury or Illness;
- (6) Charges that are not recommended and approved by the Covered Person's Physician;
- (7) Charges incurred in connection with an occupational Injury or Illness, including: (a) an Injury arising out of, or in the course of, any employment for wage or profit; or (b) Illness covered, with respect to such employment, by any Workers' Compensation Law, occupational Illness law or similar legislation;
- (8) Charge in excess of the Usual, Customary, and Reasonable Charge;
- (9) Charges for Physician's services in connection with eye refractions or hearing problems or any other examinations to determine the need for, or the proper adjustment of eye glasses or hearing aids;
- (10) Charges for the fitting or cost of hearing aids;
- (11) Charges for X-Ray examinations made without film;
- (12) Charges for treatment of periodontal or periapical Illness or any condition involving teeth, surrounding tissue, or structure, except as described herein for dental treatment due to accident;
- (13) Charges for dental work, dental x-rays and/or treatment, except as described herein for dental treatment due to accident;

- (14) Charges for treatment of: (a) weak, strained, flat, unstable, or unbalanced feet, metatarsalgia or bunions, except open cutting operations; and, (b) corns, calluses, or toenails, except removing nail roots and care prescribed by an M.D. or D.O. treating metabolic or peripheral-vascular illness;
- (15) Charges for nursing, speech therapy, or physiotherapy rendered by yourself, Spouse, or a Child, brother, sister, or parent of yourself or Spouse;
- (16) Charges for services or supplies furnished by someone who ordinarily resides in the patient's home or is related to the patient by blood or marriage;
- (17) Charges incurred as the result of self-inflicted injuries, unless such injuries were inflicted as the result of a medical condition, mental health condition, or from an act of domestic violence;
- (18) Charges incurred for services in connection with the pregnancy, child birth, miscarriage, abortion, or related event incurred by a Dependent other than a Spouse, except to the extent covered as Preventive Services under the ACA);
- (19) Charges by a hospital or a physician that does not satisfy the definition of Hospital or Physician in this booklet;
- (20) Charges made by a sanatorium, rest home, nursing home, or any institution or part of one, used principally as a facility for convalescence, nursing, rest, or for the aged;
- (21) Charges for Custodial Care or domiciliary care regardless of the facility where provided;
- (22) Charges for transportation or travel other than local use of ambulance service (and as limited herein);
- (23) Charges for cosmetic surgery or treatment, except when necessitated by an accidental bodily injury, or congenital defect or disfigurement, or disfigurement related to disease or to the extent required by law;
- (24) Charges for vision care services, except as required under the Affordable Care Act as pediatric Preventive Services;
- (25) Charges incurred in connection with treatment to reverse a voluntary sterilization procedure, such as a vasectomy;
- (26) Charges incurred in connection with gender reassignment surgery or any care or services associated with this type of operation;

- (27) Charges for medical services or supplies used primarily for dietary control (unless covered as Preventive Services);
- (28) The purchase or rental of air conditioners, humidifiers, dehumidifiers, vaporizers, or similar devices;
- (29) Food or food supplements;
- (30) Charges for services or supplies which are experimental or investigational, including:
 - Any treatment, drug, or supply which is not generally recognized as acceptable medical practice in the United States;
 - Any items requiring governmental approval which was not granted at the time the services were rendered;
 - Any service or supply that is available only upon approval of an Institutional Review Board (as required by federal statute, including ones that require completion of an Informed Consent For Experimentation on Human Subjects) as required by federal regulations;
 - Any treatment that involves drugs which are not approved by the FDA, including dosages, combinations, and uses that are not approved;
 - Any new drug or device for which investigational application has been filed with the FDA;
 - Any service or supply that has protocols or consent documents describing it as an alternative to more conventional therapies; and/or
 - Any treatment that is only available through participation in a clinical trial, unless:
 - The Covered Person is eligible, according to the trial protocol, to participate in an approved clinical trial for the treatment of cancer or other life-threatening disease or condition that is likely to result in death unless the disease or condition is interrupted and either:
 - the referring health care provider is a participating provider and has concluded that the Covered Person's participation in the clinical trial is appropriate; or
 - the Covered Person provides medical and scientific information establishing that the individual's participation in the clinical trial would be appropriate;

- The clinical trial is a phase I, phase II, phase III, or phase IV clinical trial that is conducted in connection with the prevention, detection, or treatment of cancer or other life-threatening disease or condition and is federally funded through a variety of entities or departments of the federal government; is conducted in connection with an investigational new drug application reviewed by the Food and Drug Administration; or is exempt from investigational new drug application requirements;
 - The costs are routine patient costs that the Plan typically provides to Covered Persons not enrolled in a clinical trial, but not including: (a) the investigational item, devise or service itself; (b) items and services not included in the direct clinical management of the Covered Person, but instead provided in connection with data collection and analysis; or (c) a service not consistent with widely accepted and established standards of care for the particular diagnosis; and
 - The Affordable Care Act requires the Plan to pay the cost;
- (31) Charges for vitamins, minerals, dietary supplements, dietary drugs, medications which can be legally purchased over-the-counter without a prescription, even if prescribed by a Physician, unless covered as Preventive Services;
- (32) Medications whose primary purpose is cosmetic in nature, fertility medications, serums or vaccines, and medications to promote hair growth, unless covered as Preventive Services;
- (33) Charges resulting from any injuries, including, but not limited to, vehicular accidents, which resulted from the consumption of alcohol beyond the legal blood alcohol limit in the jurisdiction where the injury occurred, from the use of illegal substances (as defined under federal law or state law), or use of prescribed medication other than as directed by a health care provider by the Covered Person;
- (34) Charges resulting from injuries which resulted from the Covered Person's use of a cellular telephone or any other telephonic or electronic device while operating a motor vehicle, if the use of such a device, or its manner of use, while operating a vehicle was illegal;
- (35) Charges for failure to keep a scheduled appointment or for the completion of any form;
- (36) Charges for an injury or illness caused by an act of war, or determined by the Secretary of Veterans' affairs to have been incurred in, or aggravated during, performance of services sustained while in the armed forces; and
- (37) Charges for services not rendered, or in amount more than the amount billed.

SECTION 8

CLAIMS AND APPEALS PROCEDURE

Enrollment Forms

Each eligible Participant must complete and submit to the Fund Office an Enrollment Form, which may be obtained from the Local Union Business Manager or the Fund Office. Claims cannot be processed until the Enrollment Form is filed with the Fund Office. If you wish to add a Dependent, you must furnish satisfactory documented proof of dependent status.

Notify Fund Office of Important Changes

After a Participant becomes eligible for benefits, he or she must notify the Fund Office of any of the following changes:

- (1) Changes in marital status (proof required);
- (2) Names and birth dates of newborn Children (proof required);
- (3) Change in address, or the address of your Spouse, and/or your Children.

To notify the Fund Office, complete and submit a new enrollment form.

Filing Claims

The Plan only covers prescriptions at pharmacies in the CVSHealth network (except in the unusual circumstance that a prescription required by the Affordable Care Act's Preventive Services requirement is not available in the CVSHealth network, in which case the Plan will cover the prescription out-of-network). When you obtain a prescription from a pharmacy in the CVSHealth network, the pharmacy will file your claim directly with CVSHealth.

However, all Participants and Dependents requesting medical or disability benefits under the Plan must file a written claim for benefits with the Third-Party Administrator at the Fund Office. In most cases, in-network claims will be submitted by your provider electronically. The Board of Trustees shall make available prescribed forms for claims applications at the Fund Office and, when possible, at the Local Union office.

Steps to Take

- (1) Get your claim form from the Fund Office or your Local Union Office.
- (2) Have the claim form completed by the Hospital and/or Physician.
- (3) Attach all receipts and bills to the claim form.
- (4) Complete your side of the Attending Physician Statement Form that requires information from you. The form must be signed by the Participant.

- (5) Mail the claim form to the Fund Office as follows:

Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Filing the prescribed form of claim application shall be considered the normal manner of applying for benefits. However, any form of written claim for benefits filed with the Fund Office and reasonably calculated to notify the Fund Office of the claim and to provide all the necessary information required in order for the Fund Office to determine the eligibility of the applicant to receive benefits shall satisfy the requirements of filing a written claim.

Time Limit For Filing A Claim: One Year

In order for a claim to be considered, it must be received in the Fund Office within one year of the date the service was provided or the good was received. Failure to make a claim within this one year period shall constitute an absolute waiver of the claim in question and shall be grounds for denial of the claim (unless the Covered Person is incapacitated during this time, under which circumstances the Trustees may provide additional time to file the claim).

Processing of Prescription Drug Claims and Appeals

The Plan only covers prescriptions at pharmacies in the CVSHealth network, unless a prescription required by the Affordable Care Act is not available in the CVSHealth network (which is rare). When you obtain a prescription from a pharmacy in the CVSHealth network, the pharmacy will file your claim with CVSHealth directly. CVSHealth is the claims administrator for all prescription drug claims and appeals. If CVSHealth denies your claim, you can file an appeal with CVSHealth, which has final authority to decide your appeal. The Board of Trustees has delegated authority to decide appeals to CVSHealth and does not consider prescription drug appeals.

Please contact CVSHealth for more information on their claims and appeals process.

Processing of Medical Claims

This procedure applies only to claims submitted for medical benefits. In addition, it applies to any rescission (as defined under the Affordable Care Act ("ACA") and guidance thereunder) of medical or prescription drug coverage that is not attributable to a failure to timely pay required premiums or contributions toward the cost of coverage. You will be provided with 30 days advance written notice of any rescission.

If you need assistance with your claim, appeal of a denied claim, or the external review process, you may contact the Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or any applicable office of health insurance consumer assistance or ombudsman established under the Public Health Service Act Section 2793.

All claims and appeals for medical benefits will be adjudicated in such a manner as to maintain the independence and impartiality of all those involved in making a benefit decision. Decisions regarding the hiring, compensation, termination, promotion, incentives, or other similar matters regarding any individual or organization making decisions in the claims an appeals process (such as a claims adjudicator, medical expert, or Independent Review Organization) will not be made based upon the likelihood that the individual or organization will support the denial of benefits.

In cases where the Department of Labor has indicated that there is a delayed enforcement deadline for a particular ACA requirement described in this section, the Plan Administrator or its delegate (the "Claims Administrator") may delay implementation of the particular delayed provision until the enforcement deadline.

The Third-Party Administrator shall examine all written claims for benefits filed with the Fund Office. The Third-Party Administrator shall have the right to require submission of all necessary information in addition to that filed with the claim application. No benefit payments will be made under the Plan until an application or written claim is made therefore to the Fund Office and all additional information required by the Third-Party Administrator to substantiate the claim has been submitted. The Plan will continue to provide coverage pending the outcome of an appeal, to the extent required by the ACA, in accordance with the requirements of 29 CFR 2560.503-1(f)(2)(ii), which generally provides that benefits for an ongoing course of treatment cannot be reduced or terminated without providing advance notice and an opportunity for advance review.

A Participant or Dependent may file a claim under this procedure through an attorney or any other authorized representative acting on the Participant's or Dependent's behalf.

The following terms are defined for purposes of this subsection:

Post-Service Claim means any claim for a benefit which is not a Pre-Service Claim as defined below.

Pre-Service Claim means any claim for benefits whereby the terms of the Plan condition receipt of the benefit, in whole or in part, on approval of the benefit in advance of obtaining health care (e.g., if the Plan requires precertification in order for a service to be covered).

Urgent Care Claim means a claim for health care or treatment with respect to which the application of the time periods for making non-urgent care determinations:

- Could seriously jeopardize the Claimant's life or health or the ability of the Claimant to regain maximum function, or
- In the opinion of a physician with knowledge of the Claimant's medical condition, would subject the Claimant to severe pain that cannot be adequately managed without the care or treatment that is the subject of the claim.

The determination of whether a claim involves Urgent Care will be made by an individual acting on behalf of the Plan applying the judgment of a prudent layperson who possesses an average knowledge of health and medicine, except that a claim shall automatically be treated as an Urgent Care claim if a physician with knowledge of the Claimant's medical condition determines that the claim involves Urgent Care.

This claims procedure applies to the medical plan described in this SPD. Claims Administrator means the person or entity responsible for the relevant claims determination under the Plan. Appeals Unit means the group or individuals employed by the Claims Administrator assigned to review appeals of adverse benefit determinations. This claims and appeals procedure does not apply to prescription drug benefits. The Claims Administrator for claims and appeals regarding prescription drug benefits is the pharmacy benefit manager and network provider, CVSHealth.

If your claim for benefits from the Plan is denied, in whole or in part, you will be notified within a reasonable period of time, but not later than the following:

- *Post-Service Claims:* The Claims Administrator will notify the Claimant of the benefits determination within a reasonable period of time after receiving the claim, but not later than 30 days after the claim is received. This period may be extended for up to 15 days, provided that the Claims Administrator both determines that such an extension is necessary due to matters beyond the control of the Plan and provides the Claimant with written notification prior to the expiration of the initial 30-day period explaining the reason for the additional extension and when the Claims Administrator expects to decide the claim. If the initial 30-day period of time is extended due to the Claimant's failure to submit information necessary to decide a claim, the written notification will set forth the specific information required and the Claimant will have at least 45 days to provide the requested information. In that case, the Plan's time frame for making a benefit determination is tolled from the date the Claims Administrator sends the Claimant an extension notification until the date the Claimant responds to the request for additional information or the Claimant's time to respond expires. If the Claimant provides additional information in response to such a request, a decision will be rendered within 15 days of when the information was received by the Plan.
- *Pre-Service Claims:* The Claims Administrator will notify the Claimant of the benefit determination (whether adverse or not) within a reasonable period of time appropriate to the medical circumstances, but not more than 15 days after receiving the claim. This period may be extended for up to 15 days, provided that the Claims Administrator both determines that such an extension is necessary due to matters beyond the control of the Plan and provides the Claimant with written notification before the expiration of the initial 15-day period explaining the reason for the additional extension and when the Claims Administrator expects to decide the claim. If the initial 15-day period of time is extended due to the Claimant's failure to submit information necessary to decide a claim, the written notification will set forth the specific information required and the Claimant will

have at least 45 days to provide the requested information. In that case, the Plan's time frame for making benefits determination is tolled from the date the Claims Administrator sends the Claimant an extension notification until the date the Claimant responds to the request for additional information or the Claimant's time to respond expires. If the Claimant provides additional information in response to such a request, a decision will be rendered within 15 days of when the information is received by the Claims Administrator. In the event the Claimant fails to follow proper Plan procedures in submitting a claim, the Claimant will be notified within five days after the Claims Administrator initially receives the claim so that the Claimant can make proper adjustments.

- *Urgent Care Claims:* The Claims Administrator will notify the Claimant of its benefit determination (whether adverse or not) as soon as reasonably possible, taking into consideration the medical circumstances involved. The Claims Administrator will always respond to an Urgent Care Claim as soon as possible, taking into account the medical exigencies, but no more than 72 hours after receipt of the claim. The Plan will defer to the attending provider with respect to the decision as to whether a claim is an Urgent Care Claim, unless the Claimant fails to submit information necessary to decide a claim. In this situation, the Claimant will be informed within 24 hours after submitting the claim the specific information necessary to complete the claim. Notification may be oral, unless the Claimant requests written notification. The Claimant will be given at least 48 hours to provide the requested information. The Claims Administrator will notify the Claimant of the benefit determination no later than 48 hours after the earlier of the Claims Administrator's receipt of the requested information or the end of the period the Claimant was given to supply the additional information. In the event the Claimant fails to follow proper Plan procedures in submitting a claim, the Claimant will be notified within 24 hours after the Claims Administrator initially receives the claim so that the Claimant can make proper adjustments. In order to expedite an Urgent Care Claim, the Claimant may initially be notified of an adverse claim determination orally, but a written notification providing the information set forth below shall follow within three days.
- *Concurrent Care Decisions:* In certain situations, the Plan may approve an ongoing course of treatment. For example, treatment provided over a period of time or approval of a certain number of treatments. If the Plan reduces or terminates the course of treatment before its completion, except in the case where the Plan is amended or terminated in its entirety, this shall constitute an adverse benefit determination. The Claims Administrator will notify the Claimant of this adverse benefit determination within sufficient time to allow the Claimant to appeal the decision and obtain a determination on review before the benefit is reduced or terminated. If the Claimant requests to extend the course of treatment and the claim involves an Urgent Care situation, the Claims Administrator will notify the Claimant of the claim determination (whether adverse or not) as soon as possible, but in no case more than 24 hours after the Claimant requests an extension, provided that the Claimant submits such claim at least 24 hours prior to the expiration of the initial treatment period.

Notification of Adverse Claim Determination

If the claim is denied in whole or in part, the Claims Administrator will provide the Claimant, within the relevant time period described above, with a written notice of the denial. The notice will be written in a culturally and linguistically appropriate manner (as defined by applicable regulations) calculated to be understood by the Claimant and will include:

- The specific reason(s) for the denial;
- Sufficient information to identify the claim involved, including the date of service, the health care provider, and if applicable, the claim amount;
- References to the specific Plan provisions on which the benefit determination was based;
- A description of any additional material or information necessary for the Claimant to perfect a claim and an explanation of why such information is necessary;
- A statement that Claimant is entitled to receive, upon request as soon as practicable, the diagnosis code and its corresponding meaning, and the treatment code and its corresponding meaning (the Plan will not consider a request for such diagnosis and treatment information, in itself, to be a request for an internal appeal or external review);
- A statement that the Claimant is entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all Plan documents, records, and other information relevant to the claim for benefits;
- A description of the Plan's internal appeals procedures, any applicable external review process, information regarding how to file an appeal, and applicable time limits, including the right to bring a civil legal action under ERISA if the claim continues to be denied on review;
- If the determination was based on an internal rule, guideline, protocol, or other similar criterion, a statement that such a rule, guideline, protocol, or criterion was relied upon in making the denial, along with either a copy of the specific rule, guideline, protocol, or criterion, or a statement that a copy will be provided to the Claimant free of charge upon request;
- If the determination is based on medical necessity or experimental treatment or similar exclusion or limit, either an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, applying the terms of the Plan to the particular medical circumstances, or a statement that this will be provided free of charge upon request;

- Identification of any medical or vocational experts whose advice was obtained in connection with the benefit determination, regardless of whether the advice was relied upon in making the benefit determination;
- The denial code and its corresponding meaning (if applicable), as well as a description of the Plan's standard, if any, that was used in denying the claim;
- The contact information for the Employee Benefits Security Administration, any applicable office of health insurance consumer assistance or ombudsman established under the Public Health Service Act; and
- In the case of an adverse determination involving Urgent Care, a description of the expedited review process available to such claims.

Filing Medical Appeals

Every Claimant whose application for benefits has been denied in whole or in part shall have the opportunity to appeal the denial to the Board of Trustees. An appeal may be filed by a duly authorized representative acting on the Claimant's behalf.

In the event a Claimant desires to take advantage of the opportunity to appeal, he/she will be required to file a written request for review with the Board of Trustees at the Fund Office.

Time Limit For Filing An Appeal (other than Urgent Care Claim): *180 Days*

If the claim is denied in whole or in part, the Claimant may appeal the denied claim in writing to the Board of Trustees within 180 days after receiving the written notice of denial. The Claimant may submit with this appeal any written comments, documents, records, and any other information relating to the claim. Upon request, the Claimant will also have access to, and the right to obtain copies of, all Plan documents, records, and information relevant to the claim free of charge. The Claimant is entitled to review the Plan's claim file and to present evidence and testimony in support of his or her claim.

The written request for review (i.e., the appeal) must be received by the Board of Trustees within 180 days of the Participant's or Dependent's receipt of the Fund Office notification of denial of claim. A request for review shall be considered received by the Board of Trustees at the time it is actually received by the Fund Office.

Failure to request in writing a review of the denial of a claim within the foregoing 180 days shall constitute a waiver of further review of the claim in question and a denial of the claim shall be binding and conclusive on all questions of fact or law.

Board of Trustees Review of Appeal

The Board of Trustees shall consider all timely filed appeals from denials of claims. In his/her written request for review, a Participant or Dependent shall submit in writing every issue, comment, argument, and all other evidence in support of the appeal. The

Board of Trustees will not have been involved in the initial benefit determination nor will the subordinate of the person making the initial determination. This review will not afford any deference to the initial claim determination. If the initial adverse decision was based in whole or in part on a medical judgment, the Board of Trustees will consult a health care professional who has appropriate training and experience in the relevant field of medicine and who was not consulted in the initial adverse benefit determination and is not a subordinate of the health care professional who was consulted in the initial adverse benefit determination. If a health care professional is contacted in connection with the appeal, the Claimant will have the right to learn the identity of such individual.

The Board may, in its discretion, conduct an informal hearing on the appeal. In such hearings, the formal rules of evidence will not apply. If the Board decides to conduct a hearing, it will provide the Participant or Dependent with notice of the time and place of the hearing. Such notice will also inform the Participant or Dependent of the specific issues to be determined at the hearing and the matter on which findings will be made and a decision rendered. The Board of Trustees shall make its determination with respect to the appeal after examination of the evidence presented by the appealing Participant or Dependent. The decision of the Board shall be final and binding upon all parties.

If the situation involves an Urgent Care Claim, the Claimant can request an expedited review process whereby the Claimant may submit the appeal orally or in writing, and all necessary information, including the Board of Trustee's benefit determination on review, shall be relayed to the Claimant by telephone, fax, or other similarly expeditious method.

The time that the Board of Trustees has to respond is based on the underlying claim for benefits:

- *Post-Service Claims*: the next Board meeting. However, for appeals filed within 30 days before the meeting, a determination shall be made at the second meeting following receipt of the appeal. If special circumstances require a further extension of time, a determination will be made at the third meeting after receiving the request for review.
- *Pre-Service Claims*: within a reasonable time appropriate to medical circumstances, but no more than 30 days after receiving appeal request.
- *Urgent Care Claims*: as soon as possible, taking into account the medical exigencies, but no more than 72 hours after receiving Claimant's appeal request.

Notification of Appeal Decision

If the claim on appeal is denied in whole or in part, the Claimant will receive a written notification of the denial. The notice will be written in a manner calculated to be understood by the Claimant and will include:

- The specific reason(s) for the denial;

- Sufficient information to identify the claim involved, including the date of service, the health care provider, and if applicable, the claim amount;
- References to the specific Plan provisions on which the benefit determination was based;
- A statement that Claimant is entitled to receive, upon request, the diagnosis code and its corresponding meaning, and the treatment code and its corresponding meaning;
- A statement that the Claimant is entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all Plan documents, records, and other information relevant to the claim for benefits;
- A description of any voluntary review procedures, internal appeals, and the external review process, including information on how to initiate an appeal and applicable time limits;
- If the determination was based on an internal rule, guideline, protocol, or other similar criterion, a statement that such a rule, guideline, protocol, or criterion was relied upon in making the denial, along with either a copy of the specific rule, guideline, protocol, or criterion, or a statement that a copy will be provided to the Claimant free of charge upon request;
- If the determination is based on medical necessity or experimental treatment or similar exclusion or limit, either an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, applying the terms of the Plan to the particular medical circumstances, or a statement that this will be provided free of charge upon request;
- Identification of any medical or vocational experts whose advice was obtained in connection with the benefit determination, regardless of whether the advice was relied upon in making the benefit determination;
- A statement describing voluntary alternative dispute resolution options that may be available by contacting the U.S. Department of Labor, and the right to bring a civil legal action under ERISA.

External Review

Two types of external review are available for health claims: standard and expedited.

Requests for Standard External Review

A Claimant may file a request for external review within four months after the date of receipt of a notice of an adverse benefit determination or final internal adverse benefit determination. If there is no corresponding date four months after the date of receipt of such notice, then the request must be filed by the first day of the fifth month following

the receipt of the notice. For example, if the date of receipt of the notice is October 30, because there is no February 30, the request must be filed by March 1. If the last filing date would fall on a Saturday, Sunday, or Federal holiday, the last filing date is extended to the next day that is not a Saturday, Sunday, or Federal holiday. External review is only available for:

- A rescission of coverage, whether or not the rescission has any effect on any particular benefit at that time; and
- Medical judgment (excluding those that involve only contractual or legal interpretation without any use of medical judgment), as determined by the external reviewer.

An adverse benefit determination that involves medical judgment includes, but is not limited to, an adverse benefit determination based on the Plan's requirements for medical necessity, appropriateness, health care setting, level of care, or effectiveness of a covered benefit, or the Plan's determination that a treatment is experimental or investigational. Additional examples of situations where a claim is considered to involve medical judgment include adverse benefit determinations based on:

- The appropriate health care setting for providing medical care to an individual (such as outpatient versus inpatient care or home care versus rehabilitation facility);
- Whether treatment by a specialist is medically necessary or appropriate (pursuant to the Plan's standard for medical necessity or appropriateness);
- Whether treatment involved "emergency care" or "urgent care", affecting coverage or the level of coinsurance;
- The Plan's general exclusion of an item or service, if the Plan covers the item or service in certain circumstances based on a medical condition;
- Whether a Participant or beneficiary is entitled to a reasonable alternative standard for a reward under the Plan's wellness program, if any;
- The frequency, method, treatment, or setting for a recommended preventive service, to the extent not specified, in the recommendation or guideline of the U.S. Preventive Services Task Force, the Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention, or the Health Resources and Services Administration (as described in PHS Act section 2713 and its implementing regulations); and
- Whether the Plan is complying with the nonquantitative treatment limitation provisions of the Mental Health Parity and Addiction Equity Act and its implementing regulations, which generally require, among other things, parity in the application of medical management techniques.

Preliminary Review of Standard External Review

Within five (5) business days after the date of receipt of the external review request, the Claims Administrator will review the request to determine whether:

- The Claimant is or was covered under the Plan at the time the health care item or service was requested or, in the case of a retrospective review, was covered under the Plan at the time the health care item or service was provided;
- The adverse benefit determination or the final adverse benefit determination does not relate to the Claimant's failure to meet the requirements for eligibility to participate under the terms of the Plan (eligibility claims are not subject to external review);
- The Claimant has exhausted the Plan's internal appeal process unless the Claimant is not required to exhaust the final internal appeals process; and
- The Claimant has provided all the information and forms required to process an external review.

Within one (1) business day after completion of the preliminary review, the Claims Administrator will issue a written notification to the Claimant. If the request is complete but not eligible for external review, the notification will include the reasons for its ineligibility and the toll-free (if available) contact information for the Employee Benefits Security Administration. If the request is not complete, the notification will describe the information or materials needed to make the request complete. The Plan will allow a Claimant to perfect the request for external review within the later of: (a) the four-month filing period, or (b) the 48 hour period after the receipt of notification.

Referral of Standard External Review to Independent Review Organization

The Claims Administrator will assign an independent review organization (IRO) accredited by a nationally recognized accrediting organization to conduct the external review. The Plan will rotate claim assignments among the IROs or incorporate other independent, unbiased methods for selection of IROs, such as random selection. The contract between the Plan and an IRO will provide the following:

- The IRO will use legal experts where appropriate to make coverage determinations under the Plan;
- The IRO will timely notify the Claimant in writing of the request's eligibility and acceptance for external review;
- The notice will include a statement that the Claimant may submit in writing to the assigned IRO within ten (10) business days after the date of receipt of the notice that the IRO must consider when conducting external review; and

- The IRO is not required to, but may, accept and consider additional information submitted after ten (10) business days.

Within five (5) business days after the date of assignment of the IRO, the Plan will provide the assigned IRO the documents and any information considered in making the adverse benefit determination or final internal adverse benefit determination. Failure by the Plan to timely provide the documents and information will not delay the conduct of the external review. If the Plan does not timely provide the documents and information, the IRO may terminate the external review and make a decision to reverse the adverse benefit determination or final internal adverse benefit determination. Within one business day after making such a decision, the IRO must notify the Claimant and the Plan.

Upon receipt of any information submitted by the Claimant, the IRO must within one (1) business day forward the information to the Plan. The Claims Administrator may, but is not required to, reconsider its adverse benefit determination or final internal adverse benefit determination. Reconsideration by the Plan will not delay the external review. If the Claims Administrator decides to reverse its adverse benefit determination or final internal adverse benefit determination and provide coverage or payment, the Claims Administrator will provide written notice of its decision to the Claimant and the IRO within one (1) business day after making its decision. The IRO will terminate the external review upon receiving this notice from the Claims Administrator.

The IRO will review all of the information and documents timely received. In reaching a decision, the IRO will review the claim *de novo* and will not be bound by any decisions or conclusions reached during the Plan's internal claims and appeals process. In addition to the documents and information provided, the IRO, to the extent the information or documents are available and the IRO considers them appropriate, will consider the following in reaching a decision:

- The Claimant's medical records;
- The attending health care professional's recommendation;
- Reports from appropriate health care professionals and other documents submitted by the Plan or issuer, Claimant, or the Claimant's treating provider; the terms of the Plan to ensure that the IRO's decision is not contrary to the Plan's terms, unless the terms are inconsistent with applicable law;
- Appropriate practice guidelines, which must include applicable evidence based standards and may include any other practice guidelines developed by the Federal government, national or professional medical societies, boards, and associations;
- Any applicable clinical review criteria developed and used by the Plan, unless the criteria are inconsistent with the Plan's terms or with applicable law; and

- The opinion of the IRO's clinical reviewer or reviewers after considering the available information or documents to the extent the clinical reviewer or reviewers consider appropriate.

Notice of Standard External Review Decision

The IRO will provide written notice to the Claimant and the Plan of the final external review decision within 45 days after the IRO receives the request for the external review. The notice will contain:

- A general description of the reason for the request for external review, including information sufficient to identify the claim (including the date or dates of service, the health care provider, and if applicable, the claim amount, the diagnosis code and its corresponding meaning, the treatment code and its corresponding meaning, and the reason for the previous denial);
- The date the IRO received the assignment to conduct the external review and the date of the IRO decision;
- References to the evidence or documentation, including the specific coverage provisions and evidence-based standards, considered in reaching the decision;
- A discussion of the principal reason or reasons for its decision, including the rationale for its decision and any evidence-based standards that were relied on in making its decision;
- A statement that the determination is binding except to the extent that other remedies may be available under State or Federal law to either the Plan or the Claimant;
- A statement that judicial review may be available to the Claimant; and
- Current contact information, including phone number, for any applicable office of health insurance consumer assistance or ombudsman established under the Public Health Service Act Section 2793.

Reversal of Plan's Decision after Standard External Review

Upon receipt of a notice of a final external review decision reversing the adverse benefit determination or final internal adverse benefit determination, the Plan will immediately provide coverage or payment (including immediately authorizing or immediately paying benefits) for the claim. The final external review decision is binding on the Plan and the Claimant, except to the extent other remedies are available under State or Federal law, and except that the requirement that the decision be binding shall not preclude the Plan from making payment on the claim or otherwise providing benefits at any time, including after a final external review decision that denied the claim or otherwise fails to require such payment or benefits. For this purpose, the Plan must provide any benefits, including by making payment on the claim, pursuant to the final external review decision

without delay, regardless of whether the Plan intends to seek judicial review of the external review decision and unless or until there is a judicial decision otherwise.

Expedited External Review

Request for Expedited External Review

When external review is otherwise available, the Plan will allow a Claimant to make a request for an expedited external review at the time the Claimant receives:

- An adverse benefit determination if the adverse benefit determination involves a medical condition for which the timeframe for completion of an expedited internal appeal would seriously jeopardize the life or health of the Claimant or would jeopardize the Claimant's ability to regain maximum function and the Claimant has filed a request for an expedited internal appeal, or
- A final internal adverse benefit determination, if the Claimant has a medical condition where the timeframe for completion of a standard external review would seriously jeopardize the life or health of the Claimant or would jeopardize the Claimant's ability to regain maximum function, or if the final internal adverse benefit determination concerns an admission, availability of care, continued stay, or health care item or service for which the Claimant received emergency services, but has not been discharged from a facility.

Preliminary Review of Expedited Review

Immediately upon receipt of the request for expedited external review, the Claims Administrator will review the request to determine whether the request meets the reviewability requirements above for *Preliminary Review of Standard External Review*. The Plan must immediately send a notice to the Claimant of its eligibility determination.

Referral of Expedited Review to Independent Review Organization

Upon determination that a request is eligible for expedited external review following preliminary review, the Claims Administrator will assign an independent review organization (IRO) in accordance with the requirements described in above for *Referral of Standard External Review to Independent Review Organization*. The Plan will provide or transmit all necessary documents and information considered in making the adverse benefit determination or final internal adverse benefits determination to the assigned IRO electronically or by telephone or fax or any other available expeditious method.

The assigned IRO, to the extent the information or documents are available and the IRO considers them appropriate, will consider the information or documents described above under the procedures for Standard External Review. In reaching a decision, the IRO will review the claim *de novo* and is not bound by any decisions or conclusions reached during the Plan's internal claims and appeals process.

Notice of Expedited External Review Decision

The IRO will provide written notice to the Claimant and the Plan of the final external review decision, in accordance with the requirements for *Notice of Standard External Review Decision*, except that the notice will be provided as expeditiously as the Claimant's medical condition or circumstances require, but in no event more than 72 hours after the IRO receives the request for an expedited external review. If the notice is not in writing, then within 48 hours after the date of providing that notice, the IRO must provide written confirmation of that decision to the Claimant and the Plan.

Reversal of Plan's Decision

Upon receipt of a notice of a final external review decision reversing the adverse benefit determination or final internal adverse benefit determination, the Plan will immediately provide coverage or payment (including immediately authorizing or immediately paying benefits) for the claim. The final external review decision is binding on the Plan and the Claimant, except to the extent other remedies are available under State or Federal law, and except that the requirement that the decision be binding shall not preclude the Plan from making payment on the claim or otherwise providing benefits at any time, including after a final external review decision that denied the claim or otherwise fails to require such payment or benefits. For this purpose, the Plan must provide any benefits, including making payment on the claim, pursuant to the final external review decision without delay, regardless of whether the Plan intends to seek judicial review of the external review decision and unless or until there is a judicial decision otherwise.

IRO Recordkeeping Requirements

After a final external review decision, the IRO must maintain records of all claims and notices associated with the external review process for six (6) years. An IRO must make such records available for examination by the Claimant, Plan, or State or Federal oversight agency upon request, except where such disclosure would violate State or Federal privacy laws.

Claims and Appeals Procedures for Weekly Accident and Sickness Benefits

You must report your absence to initiate your claim for disability benefits. When reporting your absence, the Claims Administrator will ask you to provide some basic information including:

- Personal information: Name, address, telephone number, Social Security Number, and job title;
- Job information: Employer, workplace location and address, work schedule, supervisor's name and telephone number, and date of hire;
- Sickness/Injury Information: Last day worked, nature of illness, how, when, and where the injury occurred, and when disability commenced;

- Physician information: Name, address, telephone number, and fax number for each treating physician.

The Claims Administrator will provide you with written or electronic notification of any adverse benefit determination within 45 days (although it may take up to two thirty-day extensions for matters outside of its control, if it provides you with prior notice of the delay). The notification will set forth:

- The specific reason or reasons for the adverse determination;
- Reference to the specific plan provisions on which the determination is based; and
- A description of any additional material or information necessary for you to perfect the claim and an explanation of why such material or information is necessary.

Alternatively, if the claim you filed was incomplete, the Claims Administrator may let you know that it needs more information to decide the claim. In that case, you will have 45 days to respond with the necessary information, and the Claims Administrator will make a decision on your claim within 30 days of receipt of this information.

If you dispute the response to your request for benefits, you must submit the disputed claim to the Claims Administrator. You or your authorized representative may appeal a denied claim within 180 days after you receive the notice of denial. You have the right to:

- Submit for review, written comments, documents, records, and other information relating to the claim;
- Request, free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records and other information relevant to your claim;
- A review that takes into account all comments, documents, records, and other information submitted by you, without regard to whether such information was submitted or considered in the initial claim decision;
- A review that does not afford deference to the initial adverse decision and which is conducted neither by the individual who made the adverse decision nor the person's subordinate;
- If the appeal involves an adverse decision based on medical judgment, a review of your claim by a health care professional who has appropriate training and experience in the field of medicine involved in the medical judgment, and who was neither consulted in connection with the adverse decision nor the subordinate of any such individual; and

- The identification of medical or vocational experts, if any, consulted in connection with the claim denial, without regard to whether the advice was relied upon in making the decision. The Claims Administrator will make a full and fair review of your appeal and may require additional documents, as it deems necessary in making such a review. A final decision on the review will be made within a reasonable period of time but not later than 45 days following receipt of the written request for review unless the Claims Administrator determines that special circumstances require an extension. In such case, a written notice will be sent to you before the end of the initial 45-day period. The extension notice shall indicate the special circumstances and the date by which the Claims Administrator expects to render the appeal decision. The extension cannot exceed a period of 45 days from the end of the initial period. The appeal time frames begin when an appeal is filed, without regard to whether all the information necessary to make an appeal decision accompanies the filing.

If an extension is necessary because you failed to submit necessary information, the days from the date of the extension notice until you respond to the request for additional information are not counted as part of the appeal determination period.

The Claims Administrator's notice of denial will be provided within 45 days and shall include:

- The specific reason or reasons for denial with reference to those Plan provisions on which the denial is based;
- A statement that you are entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of all documents, records, and other information relevant to your claim;
- A statement describing any voluntary appeal procedures offered by the Claims Administrator and your right to obtain the information about such procedures, and a statement of your right to bring an action under ERISA;
- If applicable, any internal rule, guideline, protocol, or other similar criterion relied upon in making the adverse decision, or a statement that such a rule, guideline, protocol, or other similar criterion was relied upon and a copy thereof will be provided free of charge upon request; and
- If the adverse decision was based on a medical necessity, experimental treatment, or similar exclusion or limit, an explanation of the scientific or clinical judgment for the adverse decision, or statement that such explanation will be provided free of charge upon request.

If there are special circumstances in the consideration of your appeal, the Third Party Administrator may extend the timeframe for deciding your appeal, for up to 45 days.

Statute of Limitations and Exhaustion of Administrative Remedies (All Claims and Appeals)

The Claimant may not commence a judicial proceeding against any person, including the Plan, the Board of Trustees, a Plan fiduciary, the Plan Administrator, the Plan Sponsor, Claims Administrator, or any other person, with respect to a claim for benefits under the Plan, without first exhausting the claims procedures set forth above. A Claimant who has exhausted these procedures and is dissatisfied with the decision on appeal of a denied claim may bring an action under Section 502 of ERISA in an appropriate court to review the decision on appeal, but only if the action is commenced no later than the earlier of: (1) three years after the date the service or treatment was provided, or the event giving rise the benefit occurred, or (2) the first anniversary of the final decision on appeal.

Notwithstanding the previous paragraph, if the Plan fails to adhere to all of the requirements of the procedures set forth above for medical claims or rescissions of medical coverage, then to the extent mandated by the ACA, the Claimant may initiate an external review or bring an action in an appropriate court under state law or section 502(a) of ERISA, but only if the action is commenced no later than the earlier of (1) three years after the date the service or treatment was provided, or the event giving rise to the benefit occurred, or (2) the first anniversary of the Claims Administrator's decision on appeal. However, the Claimant cannot initiate an external review or bring an action in an appropriate court under state law or section 502(a) of ERISA without first exhausting the claims procedures set forth above if the violation by the Plan was:

1. *De minimis*;
2. Not likely to cause prejudice or harm to the Claimant;
3. Attributable to good cause or matters beyond the Plan's control;
4. In the context of an ongoing good-faith exchange of information; and
5. Not reflective of a pattern or practice of non-compliance by the Plan.

Within 10 days of the Plan's receipt of a written request by the Claimant, a Claimant is entitled to an explanation of the Plan's basis for asserting that it meets the above exception that includes a specific description of its bases, if any, for asserting the violation should not cause the internal claims and appeals process to be deemed exhausted. If an external reviewer or a court rejects the Claimant's request for immediate review on the basis that the Plan met the requirements for the exception, then the Plan will provide the Claimant with notice of the opportunity to resubmit and pursue the internal appeal of the claim within a reasonable time after the external reviewer or court rejected the claim for immediate review (but not to exceed 10 days). Time periods for re-filing the claim shall begin to run upon Claimant's receipt of such notice.

Notices

Whenever notice is required to be made by these claims and appeals procedures, the notice shall be in writing and signed by the person sending the notice. The notice may be sent by first class mail or hand-delivered, at the option of the sender. Notices to a Claimant shall be sent to him or her at the last known address, as indicated by the files at the Fund Office.

Notice to the Fund shall be sent to the Fund Office at the following address:

Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

SECTION 9

CONTINUATION COVERAGE UNDER COBRA

If coverage (eligibility) under the Fund terminates at the result of a “qualifying event,” Covered Persons may purchase a temporary extension of Fund coverage (called “continuation coverage”) at a group rate that amounts to 102% of Plan costs. An Employee, Spouse, or Child who is a Covered Person could become “qualified beneficiaries” if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. This continuation coverage is sometimes referred to as “COBRA” coverage.

You May Have Other Options When You Lose Group Health Coverage

Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other more affordable coverage options for you and your family through the Health Insurance Marketplace, Medicaid, or other group health plan coverage options (such as a Spouse’s plan) through what is called a “special enrollment period.” Some of these options may cost less than COBRA continuation coverage.

You should compare your other coverage options with COBRA continuation coverage and choose the coverage that is best for you. For example, if you move to other coverage you may pay more out of pocket than you would under COBRA because the new coverage may impose a new deductible.

When you lose job-based health coverage, it’s important that you choose carefully between COBRA continuation coverage and other coverage options, because once you’ve made your choice, it can be difficult or impossible to switch to another coverage option.

For more information about health insurance options available through the Health Insurance Marketplace, and to locate an assister in your area who you can talk to about the different options, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

If you enroll in COBRA, you can only enroll in the Marketplace at specific times.

If you sign up for COBRA continuation coverage, you can switch to a Marketplace plan during a Marketplace open enrollment period. You can also end your COBRA continuation coverage early and switch to a Marketplace plan if you have another qualifying event such as marriage or birth of a Child through something called a “special enrollment period.” But be careful though - if you terminate your COBRA continuation coverage early without another qualifying event, you’ll have to wait to enroll in Marketplace coverage until the next open enrollment period, and could end up without any health coverage in the interim.

Once you have exhausted your COBRA continuation coverage and the coverage expires, you will be eligible to enroll in Marketplace coverage through a special enrollment period, even if Marketplace open enrollment has ended.

If you sign up for Marketplace coverage instead of COBRA continuation coverage, you cannot switch to COBRA continuation coverage under any circumstances.

“Qualifying Events” for Continuation Coverage

If you are an Employee, Spouse, or Child covered by the Fund, you have a right to purchase this continuation coverage for a period up to 18 months, if you lose your coverage because of a reduction in the Employee’s hours of employment or the termination of the Employee’s employment (for reasons other than gross misconduct).

If you are the Spouse of an Employee covered by the Fund, you have the right to purchase continuation coverage for a period up to 36 months, if you lose coverage under the Fund for any of the following reasons:

- (1) the death of the Employee;
- (2) divorce or legal separation from the Employee; or
- (3) your Spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

If you are a Child of an Employee covered by this Fund, you have the right to purchase continuation coverage for a period up to 36 months, if you lose coverage under the Fund for any of the following reasons:

- (1) the death of the Employee parent;
- (2) parents’ divorce or legal separation;
- (3) the Employee parent becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- (4) the Dependent ceases to satisfy the definition of “Dependent” under the rules of the Plan.

If you are the Spouse of a Retired Employee covered by this Fund, you have the right to purchase continuation coverage for a period up to 36 months, if you lose coverage under the Fund for any of the following reasons:

- (1) the death of the Retired Employee;
- (2) divorce or legal separation from the Retired Employee; or
- (3) the Employee parent becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

Disability Extension to Twenty-Nine (29) Months

This extension will apply when any qualified beneficiary is determined by the Social Security Administration (SSA) to have been disabled at any time prior to the end of the first sixty (60) days of COBRA coverage (resulting from a termination of employment or reduction of work hours), and continues to be disabled at the end of the initial 18 month period of coverage. For the disability extension to apply, you must provide a copy of the SSA Determination of Disability letter issued to your disabled family member within the 18 month COBRA period and no later than 60 days after the latest of: (1) the date of the SSA Determination of disability; (2) the date on which the qualifying event occurs; or (3) the date on which the Qualified Beneficiary loses coverage.

Your Reporting Responsibilities

The Employee or Retired Employee or his or her family members have the initial responsibility to inform the Board of Trustees of a divorce, legal separation, a child losing Dependent status under the Fund, the Employee becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both), or the death of the Retired Employee. Written notice must be provided no later than sixty (60) days after the event or the date coverage terminates, whichever is later. Covered Persons may be required to provide additional information to support the qualifying event (e.g. a divorce decree).

The Employee's contributing Employer has the initial responsibility to notify the Board of Trustees of the Employee's death, termination of employment, or reduction in hours.

Electing Coverage

When the Board of Trustees is notified that one of these events has happened, the Board of Trustees will in turn notify Covered Persons that they have the right to elect continuation coverage. Covered Persons must inform the Board of Trustees that they want to purchase continuation coverage within sixty (60) days from the date they would lose coverage because of one of the events described above. Covered Persons who elect coverage may be required to pay up to 102% of the applicable premium and up to 150% of the applicable premium during a disability extension. The first premium is due 45 days after the date of the election for coverage. All subsequent premiums are due the first day of the coverage period, which is the first day of each month (with a 30 day grace period).

Duration of Coverage

The time periods for continuation coverage include all months during which coverage continued after the qualifying event occurred, even if the Covered Persons were not required to self-pay for the coverage during those months. For example, if an Employee terminated employment on March 31, but his coverage under the Fund continued until June 30, he or she would be able to purchase fifteen (15) months of continuation coverage (through September of the next year) under these rules. This is a total of eighteen (18) months of continuation coverage.

If you lose coverage as a result of a qualifying event, you may elect to continue the same coverage that you had immediately preceding the qualifying event, however, that continuation coverage is subject to changes made by the Board of Trustees to the same coverage maintained by similarly situated Employees or Retired Employees (as applicable). You have the same right to change your coverage that similarly situated Employees or Retired Employees have (including any open enrollment rights to change coverage).

The premiums for continuation coverage are subject to modification by the Board of Trustees from time to time. Contact the Fund Office for information about continuation coverage premiums. If a Covered Person does not purchase continuation coverage, regular coverage under the Fund will end.

Ways In Which Continuation Coverage May Be Cut Short

Continuation coverage may be cut short for *any* of the following reasons:

- (1) the Employee's or Retired Employee's Employer no longer contributes to the Fund for purposes of providing group health coverage to its Employees;
- (2) the Covered Person does not pay the premium for continuation coverage on time;
- (3) the Covered Person becomes covered under another group health plan, whether as an Employee or otherwise;
- (4) the Covered Person becomes entitled to benefits under Medicare;
- (5) in the case of eleven (11) month extensions due to certain disabilities, a final determination that the Covered Person is no longer disabled.

Qualified beneficiaries must pay all of the premium for continuation coverage.

Please note that if a Covered Person has changed marital status or addresses, please notify the Board of Trustees immediately.

SECTION 10

OTHER PLAN RULES AND REGULATIONS

Coordination of Benefits

The purpose of the “coordination of benefits” rules is to permit Covered Persons to receive benefits from one or more group plans, but in no event, to receive more than 100% of Covered Expenses.

Since most of the insurance industry has some form of “coordination of benefits,” if this Plan did not include such a provision it would always be considered the “primary” plan, and therefore, would always pay benefits first. If that were the case, other plans would experience great savings at the expense of this Plan.

For purposes of this Plan’s coordination of benefits rule, an “allowable expense” is any Medically Necessary, Usual, Customary, and Reasonable Charge covered, at least in part, by one of the plans. “Plans” mean medical or welfare benefit coverage provided: (a) under a governmental plan established specifically for the government’s own civilian employees and their dependents, or (b) under a group insurance policy or group plan or other coverage for a group of individuals, including student coverage obtained through an educational institution.

When a claim is made, the primary plan pays its benefits without regard to any other plans. The secondary plans adjust their benefits so that the total benefits available will not exceed the allowable expenses. No plan pays more than it would without the coordination provision.

- (1) A plan covering a person as an employee will pay benefits first. A plan covering a person as a dependent will pay second.
- (2) If a dependent child is covered by both parents’ plans, the benefits of the plan which covers the child of the parent whose date of birth, excluding year of birth, occurs earlier in a calendar year will be determined as primary. The benefits of the plan which covers the child of the parent whose date of birth, excluding year of birth, occurs later in a calendar year, will be determined as secondary.

If a plan containing the “birth-date” rule is coordinating with a plan which contains the gender-based rule and as a result the plans do not agree on the order of benefits, the gender-based rule will determine the order.

- (3) When the parents are divorced or separated the order is:
 - (a) The plan of the parent with custody pays first. The plan of the parent without custody pays second.
 - (b) If the parent with custody has remarried, the order is:

- (i) the plan of the parent with custody,
- (ii) the plan of the step-parent,
- (iii) the plan of the parent without custody.

If there is a court decree which states that one of the parents is responsible for the child's health care expenses, the plan of that parent will pay first. That order will supersede any order given in (a) or (b).

- (4) If a person is covered under more than one plan, the plan he or she was covered under longer pays first. The exception to this rule is:
 - A plan that covers a person other than as a laid-off or retired employee, or dependent of such person, will determine the benefits that are paid first. A plan that covers a person as a laid-off or retired employee, or dependent of such person, will determine the benefits that are paid second.

If this Fund is secondary under the above-stated rules, this Fund will pay the amount it would have paid if it had been primary, minus whatever the primary plan paid.

Third Party Recovery (Subrogation, Reimbursement, and Offset)

This Fund has subrogation, reimbursement, and offset rules that apply when a Covered Person is injured or becomes ill and someone else is potentially responsible for the Injury or Illness. Under such a circumstance, the Fund will advance the payment of benefits to cover the Covered Person's qualified claims, however, the Fund will retain a right to subrogation, reimbursement, and/or offset with respect to any such payment as further described below.

The Fund's subrogation, reimbursement, and offset rights are three distinct rights. The Fund may elect to pursue one or more of the rights in a particular matter. Moreover, the Fund's failure to pursue a given right does not constitute a waiver by the Fund with respect to any other right, nor shall such failure diminish or otherwise alter the extent of the Fund's remaining rights. For example, if the Fund chooses not to assert its subrogation interests in a particular case, the Fund will still have the right to full reimbursement and/or offset as further described below.

The subrogation, reimbursement, and offset rules are in place to assist Covered Persons by paying qualified claims while they proceed against the responsible third party. The rules also prevent a situation where a Covered Person is compensated twice for the same Injury or Illness once by the Fund when it pays the medical bills and a second time by the third party when it pays damages for the loss. The bottom line is that the rules help to ensure that assets are available for all of the Fund's Participant's and beneficiaries.

The Fund's rights of subrogation, reimbursement, and offset arise and will be exercised when any benefits are paid by the Fund to or on behalf of the Covered Person due to a loss, injury, or illness for which another person or entity is or may be legally responsible. This would include, but is not limited to, a loss, injury, or illness compensable under Social Security, the workers' compensation system, and/or due to medical malpractice, negligence, tortious and/or criminal conduct of a third party, or any other situation. In consideration for the Fund's payment of benefits in this context, the Covered Person is subject to the Fund's rights of subrogation, reimbursement, and offset, as follows:

- The Covered Person must sign and return the Fund's subrogation and reimbursement agreement as well as any other paperwork deemed necessary by the Fund or its agents to protect the Fund's subrogation, reimbursement, and/or offset interests. Benefits will not be paid unless the Fund Office receives a copy of all required documentation, including the subrogation and reimbursement agreement, signed by the Covered Person or, in the case of incapacitation, the Covered Person's authorized guardian. Notwithstanding anything to the contrary in the immediately preceding sentence, the Fund's rights to subrogation, reimbursement, and/or offset apply regardless of whether the required documentation, including the subrogation and reimbursement agreement, is actually signed by the Covered Person and received by the Fund Office. Thus, the payment of benefits by the Fund on behalf of a Covered Person absent the receipt of the required documentation, including the signed subrogation and reimbursement agreement, by the Fund Office does not constitute a waiver of the Fund's subrogation, reimbursement, and/or offset rights with respect to such payment.
- The Covered Person will do nothing to impair or negate the Fund's right of subrogation and will fully cooperate with the Fund. To this end, no settlement shall be made with or release given to a third party for claims arising out of the Covered Person's loss, injury, or illness for which benefits have been paid under the Fund without prior written consent of the Fund. If the Covered Person performs any act or fails to act, or otherwise compromises the Fund's rights, the Fund may immediately seek recovery of all benefit amounts paid by any available means, including legal action.
- The Fund shall be reimbursed in the full gross amount of any and all benefits, of whatever type, paid or otherwise provided by the Fund. The Fund shall receive full and complete reimbursement first, and prior to any other disbursements including disbursement to the Covered Person, payment of attorneys' fees, and/or expenses. The Fund's right in first priority to full reimbursement shall not be subject to reduction for reasons including but not limited to the Covered Person's failure to recover the perceived full or actual value of his claim for whatever reason, attorneys' fees, expenses or other costs, and/or the Fund's failure to actively participate in the claim and/or recovery. Further, the Fund expressly rejects and otherwise prohibits application of the "make-whole" and "common fund" doctrines or any similar doctrines or common law rules with respect to its subrogation, reimbursement, and offset rights.

- The Fund shall be fully reimbursed from and/or granted a lien in any recovery that occurs or is available from any source, including but not limited to the person or entity that is or may, be responsible for such loss, injury, or illness, the insurer of such person or entity, the Covered Person's insurer including coverage for medical payments, underinsured and/or uninsured motorists coverage, at fault or no-fault insurance, casualty or liability insurance, Social Security, the workers' compensation system, or any other source. Such recovery includes but is not limited to court judgments, administrative or agency orders, private settlements, or any other payments.
- This repayment obligation applies to any recovery from a third party, regardless of whether the recovery is characterized as compensation for pain and suffering or something else.
- By way of example, if the Fund pays out \$15,000 in medical claims on your behalf and you later recover \$25,000 from a third party, you must reimburse the Fund for the \$15,000 of medical benefits paid on your behalf.
- If a Covered Person recovers money, but refuses to repay the Fund, future health and welfare benefits will not be paid on the Covered Person's behalf until such time as the Fund offsets the full amount due to be reimbursed under these rules plus 10% per annum. These offset benefits shall be permanently forfeited by the Covered Person and the Covered Person shall be legally responsible to any provider for any unpaid claims.

The Fund may also choose to bring legal action against a Covered Person to collect monies due under these subrogation rules. If the Fund prevails, a Covered Person must also pay interest at the rate of 10% per annum and the Fund's reasonable attorney's fees.

Penalty for Falsifying Claims or Failing to Refund Overpayment

Any Participant or Dependent who through error, misrepresentation, or otherwise receives an incorrect payment from the Fund must make immediate repayment to the Fund. If the Plan makes any payment that, according to the terms of the Plan, should not have been made, the Board of Trustees, Third-Party Administrator, or Claims Administrator (or their designee) may recover that incorrect payment, whether or not it was made due to the Plan's or its delegate's own error, from the person to whom it was made or from any other appropriate party. Failure to comply with the Fund's request for repayment within 30 days will result in imposition of the following penalties:

- (1) Interest will be added to the amount due at the rate of 10% per annum or, if less, the maximum rate permitted under applicable law.
- (2) Future benefits payable on the Participant's and his/her Dependents' behalf will be held in and used to offset (i.e., make up) the amount due the Fund plus interest at the rate specified in (1) above.

In addition, the Participant's and his/her Dependent's eligibility may be terminated by action of the Board of Trustees, and/or the Trustees may choose to file a lawsuit against the Participant, his/her Dependents, and/or other parties to recover the money due. In such a case, the Fund will also be entitled to recover its reasonable attorney's fees and costs.

Falsifying a claim for benefits is a serious offense. The Fund reserves the right to terminate a Participant and/or his/her Dependent's benefits, deny future benefits, take legal action against a Participant and/or his/her Dependents, and/or set off from any future benefits the value of benefits the Plan has paid relating to inaccurate information or misrepresentations provided to the Plan, in the case of any Participant, Dependent, or other person who obtains benefits wrongfully due to intentional misrepresentation or fraud. The Fund may also notify legal authorities if a Participant, Dependent, or other person files a false claim.

Selection of Service Providers

Use of the services of any Hospital, clinic, Physician or other provider rendering health care is the voluntary act of the Participant or Dependent. Nothing in this booklet or elsewhere is meant to be a recommendation or instruction to use any provider. You should select a provider or course of treatment based on the factors you deem appropriate. All providers are independent contractors, not employees of the Fund. The Fund makes no representation regarding the quality of service or treatment of any provider and is not responsible for any acts of commission or omission by any provider in connection with Fund coverage. The provider is solely responsible for services and treatments rendered.

IRS Information Reporting and Medicare Secondary Payer Reporting

You may get a letter from the Fund or third-party administrator asking you to confirm or provide Social Security number information for your enrolled Dependents. Generally, Medicare requires the Plan's third-party administrator to provide this information electronically. To view the CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) ALERT, which provides information on the authority for requesting the Social Security number, visit www.cms.hhs.gov/MandatoryInsRep. Go to the Downloads section and select the June 23, 2008 ALERT.

In addition, the Fund must obtain Social Security numbers for all enrolled Dependents to comply with new IRS reporting required by the ACA.

Your failure to provide this information may result in your Dependent's termination of coverage.

No Guarantee of Employment

Nothing contained in this SPD/Plan Document shall be construed as a contract of employment between an Employer and any employee, or as a right of any employee to be continued in the employment of an Employer, or as a limitation of the right of an Employer to discharge any of its employees, with or without cause.

Anti-Assignment Provision

Except for assignments to health care providers required in agreements with the Fund, your right to receive benefits under the Plan may not be assigned, voluntarily or involuntarily, to any other person. You cannot at any time assign your right to make a claim or sue to recover benefits under the Plan, to enforce rights due under the Plan, or to any other causes of action which you might have against the Plan, its delegates, its fiduciaries, its Trustees, or any other person.

Misrepresentation or Fraud

To the extent permitted by law, the Plan Administrator, Third-party Administrators, and Claims Administrators reserve the right to terminate an Employee's or Dependent's benefits, deny future benefits, take legal action against an Employee or Dependent, and/or set off from any future benefits the value of benefits the Plan has paid relating to inaccurate information or misrepresentations provided to the Plan, in the case of any person who obtains benefits wrongfully due to intentional misrepresentation or fraud.

SECTION 11

PRIVACY OF HEALTH INFORMATION

The Fund will comply with the Standards for Privacy and Security of Individually Identifiable Health Information promulgated by the Department of Health and Human Services under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"). Under these standards, the Fund will protect the privacy of HIPAA protected health information and will block or limit the disclosure of this information to the Trustees, Employers, the Union, your family members, service providers and other third parties. Protected health information will be disclosed only (1) to the extent authorized by the Covered Person; (2) as required to administer the plan, including the review and payment of claims and appeals; or (3) as otherwise allowed or required by law. You may authorize the disclosure of your protected health information to third parties by signing a written authorization and submitting it to the Fund Office. You may also cancel any previous written authorization you have provided the Fund by submitting a written cancellation of authorization with the Fund Office. You may request these forms from the Fund Office.

The Fund has provided participants with a Notice of Privacy Practices for Protected Health Information. If you need a copy of the Notice or would like additional information about the Fund's use and disclosure of protected health information or your rights with regards to this information, you may request a copy of the Notice from the Fund Office.

SECTION 12

STATEMENT OF ERISA RIGHTS

The following statement of ERISA rights is required by federal law and regulation.

As a Participant in the Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund, you are entitled to certain rights and protection under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA). ERISA provides that all Plan Participants shall be entitled to:

Receive Information About Your Plan and Benefits

- Examine, without charge, at the Plan Administrator's office and at other specified locations, such as worksites and union halls, all documents governing the Plan, including insurance contracts and Collective Bargaining Agreements, and a copy of the latest annual report (Form 5500 Series) filed by the Plan with the U.S. Department of Labor and available at the Public Disclosure Room of the Employee Benefits Security Administration.
- Obtain, upon written request to the Plan Administrator, copies of documents governing the operation of the Plan, including insurance contracts and Collective Bargaining Agreements, and copies of the latest annual report (Form 5500 Series), and updated Summary Plan Description. The administrator may make a reasonable charge for the copies.
- Receive a summary of the Plan's annual financial report. The Plan Administrator is required by law to furnish each Participant with a copy of this summary annual report.

Continue Group Health Plan Coverage

- Continue health care coverage for yourself, Spouse, or Children if there is a loss of coverage under the Plan as a result of a qualifying event. You or your dependents may have to pay for such coverage. Review this Summary Plan Description and Plan Document for more information on your COBRA Continuation Coverage rights.

Prudent Actions by Plan Fiduciaries

- In addition to creating rights for Plan Participants, ERISA imposes duties upon the people who are responsible for the operation of the employee benefit plan. The people who operate your Plan, called "fiduciaries" of the Plan, have a duty to do so prudently and in the interest of you and other Plan Participants and beneficiaries. No one, including your Employer, your Union, or any other person, may fire you or otherwise discriminate against you in any way to prevent you from obtaining a benefit or exercising your rights under ERISA.

Enforce Your Rights

- If your claim for benefits is denied in whole or in part, you have the right to know why this was done, to obtain copies of documents relating to the decision without charge, and to appeal any denial, all within certain time schedules. You have the right to have the Plan review and reconsider your claim.
- Under ERISA, there are steps you can take to enforce the above rights. For instance, if you request materials from the Plan and do not receive them within 30 days, you may file suit in Federal court. In such a case, the court may require the Plan Administrator to provide the materials and pay you up to \$110 a day until you receive the materials, unless the materials were not sent because of reasons beyond the control of the administrator. If you have a claim for benefits that is denied or ignored, in whole or in part, you may file suit in a state or Federal court. In addition, if you disagree with the Plan's decision or lack thereof concerning the qualified status of a medical child support order, you may file suit in Federal court. If it should happen that Plan fiduciaries misuse the Plan's money, or if you are discriminated against for asserting your rights, you may seek assistance from the U.S. Department of Labor, or you may file suit in a Federal court. The court will decide who should pay court costs and legal fees. If you are successful, the court may order the person you have sued to pay these costs and fees. If you lose, the court may order you to pay these costs and fees, for example, if it finds your claim is frivolous.

Assistance with Questions

- If you have any questions about your Plan, you should contact the Third-Party Administrator. If you have any questions about this statement or about your rights under ERISA or if you need assistance in obtaining documents from the Plan Administrator, you should contact the nearest office of the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, listed in your telephone directory or the Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, DC 20210. You may also obtain certain publications about your rights and responsibilities under ERISA by calling the publications hotline of the Employee Benefits Security Administration.
- Although this statement emphasizes your right to bring a lawsuit or to seek assistance from the Department of Labor Department, it is unlikely that disputes will require such action. The claims review procedure should be able to meet the needs of any Participant. In extreme cases, if legal action seems necessary, the Third-Party Administrator has been designated as the agent for service of legal process. Service of process can also be made on any Trustee.

Fondo de Bienestar de los Trabajadordes del Cemento de Washington, D.C.



RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DEL PLAN

Noviembre 2017

WASHINGTON, D.C. CEMENT MASONS WELFARE FUND

7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500 o llamada sin cargo al (888) 490-8800

Nota: Este documento está disponible en español a petición del Fondo.

Estimado participante:

Nos complace proveerle este Resumen de la Descripción del Plan y Documento del Plan actualizados para que pueda familiarizarse con los beneficios que están disponibles para usted y su familia. Léalo y manténgalo a la mano para fácil referencia.

El Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C. (Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund) es un fondo de fideicomiso administrado por el sindicato y autoasegurado, que fue establecido de conformidad con la Ley Taft-Hartley y la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados ("ERISA", por sus siglas en inglés). La Junta Directiva, mitad de la cual consiste en representantes de los Empleadores y mitad del Sindicato Local No. 891 de Albañiles del Cemento (Cement Masons Local Union No. 891, el "Sindicato"), es el Administrador del Plan. La Junta, a su vez, contrata a un administrador externo para desempeñar las funciones de administración diaria del Fondo. El administrador externo es Carday Associates, Inc.

La Junta Directiva se reúne según sea necesario y, de manera típica, al menos una vez cada trimestre. Cada año, un contador público certificado seleccionado por la Junta lleva a cabo una auditoría del Fondo. Se presenta un informe anual ante el Servicio de Impuestos Internos y el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos.

En años recientes, el costo de la atención médica ha aumentado a pasos agigantados. Como resultado de ello, todos debemos poner de nuestra parte para controlar los costos de atención médica. Si colaboramos para invertir sabiamente nuestro dinero para beneficios, esperamos que el Fondo continuará prosperando y brindando una protección importante en los años por venir. En fin, les deseamos buena salud y felicidad en los meses y años venideros. No obstante, si surge la necesidad de cobertura, creemos que compartirá con nosotros la satisfacción de saber que cuenta con la protección del Fondo.

Atentamente,

LA JUNTA DIRECTIVA

CONTENIDO

	<u>Página</u>
SECCIÓN 1 DEFINICIONES DE LOS TÉRMINOS EMPLEADOS EN ESTE MANUAL.....	1
Administrador Externo	1
Coaseguro	1
Convenio Colectivo.....	1
Cuidado de Custodia	1
Deductible	1
Dentro de la Red	2
Dependiente	2
Empleado	2
Empleado Jubilado	3
Empleador o Empleador que hace Aportaciones	3
Empleador Moroso	3
Enfermedad	3
ERISA.....	3
Fecha de Vigencia.....	3
Fondo o Plan	3
Fuera de la Red.....	3
Gasto Cubierto	3
Gastos no Reembolsables.....	4
Habitación y Comidas.....	4
Hospital	4
Instalación para Pacientes Ambulatorios.....	4
Lesión	5
Médicamente Necesario	5
Médico	5
Participante.....	6
Persona Cubierta.....	6
Plan	6
Servicios de Emergencia	6
Sindicato o Sindicato Local.....	6
SECCIÓN 2 INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL PLAN.....	8
SECCIÓN 3 REGLAS DE ELEGIBILIDAD	15
REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA MÉDICA DE EMPLEADOS ACTIVOS.....	15
Elegibilidad Inicial	15
Inscripción de Empleados	16
Elegibilidad de los Dependientes.....	16
Requisito de notificación de divorcio	16
Término de la Elegibilidad	17

CONTENIDO

(continuación)

	<u>Página</u>
Restablecimiento de la Elegibilidad	17
Restablecimiento de la Elegibilidad tras una Ausencia Militar	17
CRÉDITO DE ELEGIBILIDAD TEMPORAL PARA LOS EMPLEADOS DE UN EMPLEADOR MOROSO.....	18
REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA MÉDICA DE GRUPOS RECIÉN SINDICALIZADOS	19
Elegibilidad Inicial	19
¿Cuáles empleados califican para estas reglas especiales?	19
¿A cuál período aplican estas reglas especiales?	19
OTRAS OPORTUNIDADES PARA INSCRIBIRSE EN COBERTURA PARA USTED O SUS DEPENDIENTES	20
COBERTURA PARA EMPLEADOS QUE ESTÁN DE LICENCIA.....	21
Servicio Militar Calificado	21
REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA MÉDICA DE EMPLEADOS JUBILADOS	22
Elegibilidad Inicial	22
Elegibilidad de los Dependientes.....	22
Término de la Elegibilidad	22
SECCIÓN 4 PROGRAMA DE BENEFICIOS DE COBERTURA PARA EMPLEADOS ACTIVOS.....	24
SECCIÓN 5 PROGRAMA DE BENEFICIOS DE COBERTURA PARA EMPLEADOS JUBILADOS	27
SECCIÓN 6 DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN	28
BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD	28
General.....	28
Período de Cobertura	28
Períodos de discapacidad sucesivos.....	28
BENEFICIOS MÉDICOS	29
Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés).....	29
Designación de Proveedores de Cuidado Primario y/u Obstetras/Ginecólogos	30
Requisitos de Revisión Previa a la Admisión al Hospital.....	30
Administración de casos médicos	31
Descripción de los Beneficios de Gastos Médicos Cubiertos	31
Descripción de los Medicamentos con Receta Cubiertos.....	36
Límites anuales y vitalicios	38
Ley de Derechos de Salud de la Mujer y Cáncer	38
Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres	39

CONTENIDO

(continuación)

	<u>Página</u>
Beneficios de Medicare para Empleados que trabajan activamente	39
Ley de No Discriminación por Información Genética.....	40
SECCIÓN 7 EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES DEL PLAN	41
SECCIÓN 8 PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES Y APELACIONES	46
Formularios de Inscripción.....	46
Notifique a la Oficina del Fondo sobre cambios importantes.....	46
Presentación de reclamaciones.....	46
Pasos a tomar	47
Plazo límite para presentar una reclamación: un año.....	47
Procesamiento de reclamaciones y apelaciones por medicamentos con receta	47
Procesamiento de reclamaciones médicas	48
Presentación de apelaciones médicas	53
Plazo límite para presentar una apelación (que no sea por una Reclamación de Atención Urgente) <i>180 días</i>	53
Revisión de la apelación por la Junta Directiva	54
Notificación de la decisión sobre la apelación	55
Revisión externa	56
Revisión externa acelerada	61
Procedimientos de reclamaciones y apelaciones de los beneficios semanales por accidentes y enfermedad	63
SECCIÓN 9 CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA BAJO COBRA.....	68
“Eventos Determinantes” de Continuación de la Cobertura	69
Prórroga por discapacidad a veintinueve (29) meses.....	70
Su responsabilidad de informar	70
Elección de la Cobertura	70
Duración de la cobertura	71
Razones por las que puede interrumpirse la continuación de la cobertura	71
SECCIÓN 10 OTRAS REGLAS Y REGLAMENTOS DEL PLAN.....	73
Coordinación de beneficios	73
Recuperación de terceros (subrogación, reembolso y compensación)	74
Sanciones por la falsificación de reclamaciones o por la no devolución de montos pagados de más	77
Selección de proveedores de servicios	77
Declaraciones de información al IRS y declaraciones al pagador secundario de Medicare	78
No se garantiza el empleo	78
Representación falsa o fraude.....	78

CONTENIDO

(continuación)

	<u>Página</u>
SECCIÓN 11 PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA	80
SECCIÓN 12 DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA LEY ERISA	81

SECCIÓN 1

DEFINICIONES DE LOS TÉRMINOS EMPLEADOS EN ESTE MANUAL

Administrador Externo

La persona o empresa contratadas por la Junta Directiva para administrar el Plan día tras día. Carday Associates, Inc. es el Administrador Externo.

Coaseguro

El porcentaje de los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables por Gastos Cubiertos que usted debe pagar después de satisfacer el Deducible cada año calendario. Por ejemplo, si el Plan pagará el 70% de los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables por Gastos Cubiertos, a usted le toca pagar el 30% restante hasta que llegue al máximo de Gastos no Reembolsables. También debe pagar cualquier saldo que exceda de los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables.

Convenio Colectivo

El o los convenios laborales entre el Sindicato Local No. 891 de Albañiles del Cemento (Cement Masons Local Union No. 891) y los Empleadores participantes, que estipulan las aportaciones a este Fondo.

Cuidado de Custodia

Servicios y suministros, entre ellos habitación y comidas y otros servicios institucionales que se suministran principalmente para ayudarlo con las actividades de la vida diaria independientemente de que sea discapacitado. Estos servicios y suministros constituyen Cuidado de Custodia independientemente del médico o proveedor que los haya recetado, recomendado o realizado. Habitación y comidas, y servicios de enfermería especializada, cuando los provee un Hospital u otra institución para los cuales específicamente se provee cobertura, no constituyen Cuidado de Custodia cuando dichos servicios: (a) deben ser combinados con otros servicios y suministros Médicamente Necesarios; (b) se proporcionan de conformidad con un programa de tratamiento médico aceptado generalmente que se puede esperar razonablemente que contribuya sustancialmente a la mejora del estado médico de la persona; y (c) no son meramente para mantener o estabilizar el estado médico de la persona.

Deducible

Los Gastos Cubiertos iniciales que debe pagar cada año antes de que el Plan pague un Gasto Cubierto. El Deducible se aplica a los primeros Gastos Cubiertos en que incurra durante un año calendario. Si cumple el Deducible individual, entonces el Plan

comenzará a pagar sus Gastos Cubiertos. Una vez que se cumpla el Deducible de la familia, el Plan pagará los Gastos Cubiertos de todos los miembros de su familia, independientemente de que la Persona Cubierta satisfaga su Deducible individual.

Dentro de la Red

Para fines de beneficios médicos, un proveedor que participa en la red de la Organización de Proveedores Preferidos de CareFirst BlueCross BlueShield [CareFirst BlueCross BlueShield Preferred Provider Organization]. Para fines de beneficios de medicamentos con receta, una farmacia que participa en la red de CVSHealth.

Dependiente

Sus dependientes elegibles incluirán a su Cónyuge y ciertos Hijos, tal como se define a continuación:

El término “**Cónyuge**” significa su cónyuge legal, según lo reconocen las leyes tributarias federales, incluso un cónyuge del mismo sexo.

El término “**Hijo**” o “**Hijos**” incluirá lo siguiente (1) los hijos naturales del Participante; (2) los hijos legalmente adoptados del Participante; (3) los niños colocados legalmente en el hogar del Participante en espera de su adopción; (4) los hijastros legales del Participante; y (5) los hijos de crianza (*foster children*) elegibles colocados legalmente en el hogar del Participante por una agencia de colocación autorizada o a raíz de un fallo, decreto u otra orden de algún tribunal o agencia administrativa con jurisdicción competente.

La clasificación de un Hijo como Dependiente continuará hasta el fin del mes en que ocurra el 26.^º cumpleaños del Hijo.

La clasificación de un Hijo como Dependiente continuará también más allá del 26.^º cumpleaños si el Hijo es discapacitado debido a una afección física o mental que le impide mantenerse, la discapacidad comenzó mientras el Hijo era elegible para recibir beneficios como Dependiente, y el Hijo: (a) está total y permanentemente discapacitado, vive con el Participante más de la mitad del año y no provee más de la mitad de su propio sustento (incluyendo los beneficios federales por discapacidad), o (b) depende del Participante para más de la mitad de su sustento financiero.

El término Dependiente no incluye a un ex Cónyuge del que se haya divorciado o a un Cónyuge del que esté legalmente separado.

Empleado

Una persona actual o recientemente empleada por un Empleador.

Empleado Jubilado

Un antiguo Empleado que ha cumplido las reglas de elegibilidad del Plan para recibir “Cobertura Médica para Empleados Jubilados”.

Empleador o Empleador que hace Aportaciones

Un Empleador que ha acordado hacer aportaciones a este Fondo de conformidad con los términos y condiciones del Convenio Colectivo correspondiente u otro convenio por escrito aceptado por la Junta Directiva.

Empleador Moroso

Un Empleador que no ha efectuado puntualmente las aportaciones necesarias al Fondo.

Enfermedad

Un trastorno médico o padecimiento que resulta en una condición no sana de la mente o el organismo, y que causa una pérdida que comienza mientras los beneficios de la Persona Cubierta están vigentes.

ERISA

Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974, según enmendada.

Fecha de Vigencia

La Fecha de Vigencia de este Resumen de la Descripción del Plan y Documento del Plan es el 1º de noviembre de 2016.

Fondo o Plan

El Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C. (Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund).

Fuera de la Red

Para fines de beneficios médicos, un proveedor *que no* participa en la red de la Organización de Proveedores Preferidos de CareFirst BlueCross BlueShield [CareFirst BlueCross BlueShield Preferred Provider Organization]. Para fines de beneficios de medicamentos con receta, una farmacia *que no* participa en la red de CVSHealth.

Gasto Cubierto

Un cargo que no excede del monto Usual, Acostumbrado y Razonable permitido por el Plan por un servicio o suministro. Un gasto no constituye un Gasto Cubierto a menos que sea Médicamente Necesario para el diagnóstico, el tratamiento, la mitigación o la

cura de una enfermedad o lesión a una estructura o función de la mente o el organismo. Ningún monto que exceda del cargo real por un servicio o suministro constituye un Gasto Cubierto.

Gastos no Reembolsables

El coaseguro que una Persona Cubierta debe pagar por los Gastos Cubiertos más, si corresponde, los pagos del Deducible del año calendario. Por ejemplo, una Persona Cubierta presenta reclamaciones por servicios médicos por el monto de \$1,500. Esa Persona Cubierta tiene un Deducible individual de \$500 “Dentro de la Red” y cobertura del 70% “Dentro de la Red”, de manera que el plan paga el 70%, o \$1,000 (\$1,500 menos el Deducible de \$500), es decir, \$700. El Gasto no Reembolsable de la persona es \$800 (\$500 de Deducible más \$300 de coaseguro no pagados por el Plan). Los Gastos no Reembolsables aplican a cada Persona Cubierta. No obstante, el Plan paga el 100% de los gastos una vez que la Persona Cubierta satisface el máximo de Gastos no Reembolsables. Sin embargo, el Plan pagará el 100% de los gastos de una Persona Cubierta después de que se satisfaga el máximo de Gastos no Reembolsables, aunque la Persona Cubierta no haya satisfecho su máximo individual de Gastos no Reembolsables.

Habitación y Comidas

Habitación, comidas, enfermería general y cualquier otro servicio que se brinda regularmente en un Hospital como condición de ocupación del tipo de alojamiento proporcionado, pero sin incluir los servicios profesionales de un Médico o enfermería intensiva, independientemente de la terminología empleada.

Hospital

Una institución acreditada como Hospital por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica [Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations]. Una instalación con licencia establecida, equipada y operada bajo la dirección de un Médico únicamente como centro de alumbramiento para brindar cuidado prenatal, partos y atención inmediatamente posparto es un “hospital”. Hospital no incluye hogares de reposo o de ancianos, hogares, instituciones o sanatorios de convalecencia, o instituciones similares que operan principalmente escuelas de capacitación para pacientes o proveen principalmente cuidado de custodia o institucional. Para que se considere como un Hospital, el hospital debe poder permitir que los pacientes puedan quedarse a pasar de noche regularmente, tener instalaciones completas de diagnóstico, quirúrgicas y terapéuticas bajo la supervisión de un personal de Médicos legalmente calificados; y brindar regularmente servicios de enfermería de 24 horas por enfermeros graduados registrados.

Instalación para Pacientes Ambulatorios

Una clínica u otro establecimiento que ofrece cirugías, diagnósticos y tratamiento a pacientes no internados. La instalación debe tener un personal médico a cargo consistente en al menos un Médico y anestesista (o enfermero anestesista bajo la

supervisión de un Médico). Las Instalaciones para Pacientes Ambulatorios incluyen instalaciones alternativas de cuidado como centros de cirugía independientes o clínicas de 24 horas. Las siguientes no son Instalaciones para Pacientes Ambulatorios: Hogares de convalecencia, hogares para ancianos, hogares para personas necesitadas, hogares de cuidado de enfermería y a domicilio, enfermerías u orfanatos, sanatorios, hogares de maternidad para cuidado prenatal o posnatal, u otros hogares o instituciones que brindan principalmente Cuidado de Custodia.

Lesión

Una herida o daño al organismo que se sufre accidentalmente y a causa de fuerza externa, que ocurre directa e independientemente de otras causas, y la cual ocasiona una pérdida que comienza mientras los beneficios de la Persona Cubierta están vigentes.

Médicamente Necesario

Servicios o suministros que son:

- suministrados o recetados por un Médico u otro proveedor con licencia para identificar o tratar un diagnóstico, o una enfermedad o lesión razonablemente sospechadas;
- congruentes con el diagnóstico y tratamiento de la afección del paciente, de acuerdo con estándares de buena práctica médica;
- generalmente aceptados por la profesión médica como un tratamiento seguro, eficaz y adecuado para la afección médica del paciente;
- requeridos por motivos que no son solo la comodidad del paciente, el Médico u otro proveedor con licencia; y
- el nivel de servicio o suministro más adecuado que se puede brindar de manera segura a la Persona Cubierta.

Cuando el término “Médicamente Necesario” se usa para describir el cuidado como paciente internado en un Hospital, eso significa que sus síntomas y afección médicos son tales que el servicio o el suministro no se pueden administrar de manera segura como paciente ambulatorio. El hecho de que los servicios o suministros sean brindados o recetados por un Médico u otro proveedor con licencia no significa necesariamente que los servicios y suministros sean “Médicamente Necesarios”.

Médico

Un doctor en medicina (M.D.) con la licencia correspondiente; un doctor en osteopatía (D.O.) con la licencia correspondiente; un odontólogo (dentista) con la debida licencia para proveer los servicios dentales que constituyen Gastos Cubiertos; y un podiatra con la debida licencia para fines de tratamiento cubierto de afecciones de los pies. Médico

puede también incluir a un proveedor de atención médica reconocido por el Administrador del Plan y con la licencia o la certificación correspondientes para brindar atención médica según las leyes de la jurisdicción en la que ejerce su práctica. Esto puede incluir a especialistas en enfermería clínica, enfermeros profesionales y asistentes de médico.

Participante

Un Empleado o Empleado Jubilado que ha cumplido las reglas de elegibilidad del Fondo y está cubierto por los beneficios proporcionados por el Fondo.

Persona Cubierta

El Participante o el Dependiente elegible de un Participante que se ha inscrito en el Plan.

Plan

Individual o colectivamente, los planes de beneficios y reglas de elegibilidad que mantiene el Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C., que se describen en este manual, según se enmiendan de vez en cuando.

Servicios de Emergencia

Exámenes de evaluación médica por una afección médica de emergencia dentro de la capacidad del departamento de emergencia de un Hospital, incluyendo los servicios secundarios disponibles rutinariamente para evaluar una afección médica de emergencia, así como los análisis y tratamientos adicionales necesarios para estabilizar al paciente. Una afección médica de emergencia se manifiesta por síntomas agudos lo suficientemente graves como para que una persona lega con un conocimiento promedio de salud y medicina pueda esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata pondría la salud de la persona en grave peligro, o bien gravemente menoscabaría las funciones del organismo, los órganos o partes del cuerpo.

Sindicato o Sindicato Local

Sindicato Local No. 891 de los Albañiles del Cemento.

Cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (Fuera de la Red)

Los cargos por Gastos Cubiertos de un proveedor de servicios que son razonables y no exceden del monto predominante que los proveedores generalmente cobran en la localidad por servicios o suministros parecidos o comparables. "Localidad" significa un área geográfica que incluye una sección cruzada de personas o entidades que regularmente brindan el tipo de tratamiento, servicios o suministros por los cuales se cobra el cargo. Los beneficios se pagan conforme a la escala de cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables del Fondo, según la establecen y cambian de vez en

cuando los Síndicos. Donde corresponde, un cargo Usual, Acostumbrado y Razonable se basa en la escala publicada por la Asociación de Seguros Médicos de América [Health Insurance Association of America] que también se conoce como FAIR Health, Inc. No obstante, se usan otras fuentes de la industria si la escala de FAIR Health, Inc. no está disponible o no corresponde. Los cargos cubiertos por el Plan no pueden exceder del monto real cobrado por un servicio o suministro, hasta el monto Usual, Acostumbrado y Razonable. Antes de imponer el costo compartido que aplicaría dentro de la red, el Plan reembolsará los Gastos Cubiertos por Servicios de Emergencia fuera de la red a un monto equivalente al que sea mayor entre los siguientes: (1) el monto medio negociado para el Servicio de Emergencia con los proveedores dentro de la red; (2) el monto del Servicio de Emergencia calculado usando el mismo método que el Plan generalmente usa para determinar el pago de servicios fuera de la red; o (3) el monto que se pagaría bajo la regla de pago mínimo de Medicare por el servicio de emergencia. No obstante, el monto que el Plan paga por Servicios de Emergencia obtenidos fuera de la red nunca excederá del monto facturado menos cualquier compartición de costos que aplique a los Servicios de Emergencia dentro de la red.

SECCIÓN 2

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL PLAN

Nombre del Plan

El nombre del Plan es "Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund".

Administrador del Plan

El Administrador del Plan responsable de mantener el Plan es:

Board of Trustees (Junta Directiva)
Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.)
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Administrador Externo

El Administrador Externo responsable de la administración diaria del Plan es Carday Associates, Inc. Debe presentar las reclamaciones médicas y por discapacidad ante Carday Associates, Inc., que administra dichas reclamaciones. Su dirección y números de teléfono son:

Carday Associates, Inc.
Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.)
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
Teléfono: (410) 872-9500 o llamada sin cargo al (888) 490-8800

Oficina del Fondo

La Oficina del Fondo está ubicada en:

Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.)
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046
Teléfono: (410) 872-9500 o llamada sin cargo al (888) 490-8800

Los Participantes y Dependientes podrán recibir de la Oficina del Fondo, pidiéndola por escrito, información sobre si un Empleador determinado o una organización de empleados hace aportaciones al Plan y, de ser así, la dirección.

Número de Identificación del Empleador (“EIN”):

El Número de Identificación del Empleador (“EIN”) asignado por el Servicio de Impuestos Internos es: 52-6038505.

Número del Plan

El número de Plan asignado por la Junta Directiva es: 501.

Este Plan es un **plan médico grupal** que por lo general provee ingresos por discapacidad y cobertura de hospitalización, atención de Médicos y gastos de medicamentos con receta.

Diligencia Judicial

El nombre y la dirección de las personas designadas como **agentes para recibir notificaciones de diligencia judicial** es:

Presidente
Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Las notificaciones de diligencia judicial también pueden ser dirigidas individualmente a un Síndico del Fondo.

Se indican a continuación el nombre, cargo y dirección de la oficina principal de negocios de cada Síndico del Fondo:

SÍNDICOS DEL SINDICATO	SÍNDICOS DE LOS EMPLEADORES
Carl Carson Cement Masons Local 891 1517 Kenilworth Avenue, NE Washington, DC 20019	George Maloney c/o Carday Associates, Inc. 7130 Columbia Gateway Drive, Suite A Columbia, MD 21046
Richard Bailey Cement Masons Local 891 1517 Kenilworth Avenue, NE Washington, DC 20019	Dennis Carlisle Buch Construction 11292 Buch Way Laurel, MD 20723
Juan C. Jimenez Cement Masons Local 891 1517 Kenilworth Avenue, NE Washington, DC 20019	Cherie Pleasant Construction Contractors Council 3033 Wilson Blvd., Suite 700 Arlington, VA 22201

Fiduciario Nombrado

El Fiduciario Nombrado del Plan, que es la entidad con la autoridad para controlar y administrar las operaciones y administración del Plan, es la Junta Directiva del Fondo.

Convenios Colectivos

El Plan funciona conforme a uno o más Convenios Colectivos y los Participantes o Dependientes pueden obtener una copia de cualquiera de dichos convenios solicitándola por escrito al Administrador del Plan.

Todo Participante o Dependiente que solicite copias de los Convenios Colectivos, el acuerdo de fideicomiso, el Resumen de la Descripción del Plan más reciente, el informe anual más reciente u otros instrumentos bajo los cuales el Plan fue establecido u operado deberá pagar los costos razonables del Plan por suministrar estos materiales: La información de los costos de las copias de los materiales descritos anteriormente se pueden obtener comunicándose con la Oficina del Fondo. Los materiales descritos anteriormente también están disponibles para ser revisados por los Participantes y Dependientes en la Oficina del Fondo y, dentro de un plazo de diez (10) días calendario después de solicitarlo por escrito al Administrador del Plan, en la oficina principal de la organización de empleados:

Cement Masons Local Union No. 891
1517 Kenilworth Avenue, NE
Washington, DC 20019

Estos materiales también se pueden obtener de cada Empleador donde al menos 50 Participantes cubiertos bajo el Plan usualmente trabajan.

Descalificación o Pérdida de los Beneficios

Ciertas circunstancias podrían dar lugar a la descalificación, inelegibilidad, denegación, pérdida, renuncia o suspensión de los beneficios. Los siguientes son ejemplos comunes de cómo se puede perder la cobertura. No obstante, los Síndicos pueden eliminar la cobertura por otros motivos también:

- (1) Pérdida de la elegibilidad del Participante (por ejemplo, una reducción de las horas de trabajo por las cuales su(s) Empleador(es) aporta(n) al Fondo en nombre suyo);
- (2) Pérdida de la elegibilidad de los Dependientes (por ejemplo, cumplir 26 años de edad);
- (3) No haber presentado los formularios necesarios para sustentar una reclamación de elegibilidad bajo el Plan;

- (4) No haber presentado reclamaciones dentro del plazo estipulado en el Plan (un año);
- (5) Haber presentado reclamaciones falsas o información falsa en apoyo de una reclamación de elegibilidad bajo el Plan;
- (6) Que su Empleador no haya efectuado aportaciones a este Fondo en nombre suyo;
- (7) Que su Empleador no haya cumplido con su responsabilidad bajo el Acuerdo del Fondo y la Declaración de Fideicomiso;
- (8) Que usted no reembolse los montos que le adeuda al Fondo;
- (9) Eliminación del Plan;
- (10) Que usted no presente la documentación de condición de dependiente solicitada para verificar la condición de dependiente; o
- (11) Fraude o tergiversación por parte de usted y/o sus Dependientes.

De vez en cuando, usted debe suministrar documentación para probar la elegibilidad de su Cónyuge y/o su Hijo. Los Síndicos, a su sola discreción, determinarán la información que usted debe suministrar. Ejemplos de la información que los Síndicos podrían requerir incluyen su acta de matrimonio, el acta de nacimiento de su Hijo y/o documentos de adopción. El no proporcionar la documentación suficiente, según los determinen los Síndicos a su sola discreción, podría resultar en la cancelación de la cobertura de la(s) persona(s) afectada(s). Tome nota de que COBRA **no** se proporcionará a personas cuya cobertura se cancele porque el Plan no recibió documentación suficiente.

La cobertura de dependientes no elegibles constituye una violación de las políticas del Fondo. Los empleados que se determine que cubren a dependientes no elegibles podrían quedar sujetos a acciones legales y a que se les cancele la cobertura del Plan.

Financiamiento del Fondo

El Fondo se financia mediante las aportaciones hechas por Empleadores individuales bajo las disposiciones de Convenios Colectivos o acuerdos de participación, por Empleados activos (en ciertas situaciones) y por Empleados Jubilados y sus Cónyuges. El Fondo también se financia mediante los ingresos devengados de la inversión de esas aportaciones. Todo el dinero se utiliza exclusivamente para fines de proveer beneficios a los Empleados, Empleados Jubilados y/o sus Dependientes elegibles y para el pago de todos los gastos en que se incurra con respecto a la operación del Plan. La Junta Directiva mantiene en fideicomiso los activos del Fondo. Todos los beneficios se proveen directamente de los activos del Fondo. El Fondo ha celebrado

contratos con CareFirst y American Health Holding, Inc., para revisión previa a la admisión, administración de casos grandes y servicios de organizaciones de proveedores preferidos (“PPO”, por sus siglas en inglés).

Año del Plan

El Año del Plan es del 1 de noviembre al 31 de octubre.

Órdenes QMCSO

El Fondo honrará las Órdenes Calificadas de Apoyo Médico de Menores (“QMCSO”) que satisfagan los requisitos de la ley ERISA. Por lo general, una orden QMCSO es una orden de apoyo médico de menores que crea o reconoce el derecho de un hijo a recibir beneficios del Fondo y cumple con ciertos requisitos de la ley ERISA. Bajo una orden QMCSO, los hijos que de otro modo perderían los derechos a recibir beneficios bajo un plan médico grupal tendrían derecho a inscribirse en el plan médico grupal de uno de los padres como “beneficiarios alternos”. Tanto usted como sus beneficiarios pueden obtener del administrador del Plan, sin cargo alguno, una copia de los procedimientos del Plan relacionados con órdenes QMCSO.

Siempre que una orden de apoyo de menores sea dictada por un tribunal o agencia administrativa, deberá ser enviada a la Oficina del Fondo, la cual, a su vez, determinará si se trata de una orden “calificada” bajo ERISA. Cuando usted presente tal orden en la Oficina del Fondo, recibirá un ejemplar de los procedimientos del Fondo para determinar si dicha orden es calificada. La Oficina del Fondo les avisará a usted y a cada beneficiario alterno oportunamente, dentro de un período razonable, sobre si la orden es calificada. Un representante de un hijo puede ser nombrado para recibir copias de todos los avisos que se le envíen al hijo. Si se ha determinado que la orden es una Orden Calificada de Apoyo Médico de Menores, el hijo se considerará una Persona Cubierta.

Autoridad de los Síndicos

La habilidad del Fondo de proporcionar beneficios depende de ciertos factores que podrían variar de un año a otro, incluso de un mes a otro. Por consiguiente, los Síndicos se reservan el derecho de modificar, eliminar o reducir los beneficios brindados a los Empleados, Empleados Jubilados y sus Dependientes. Los Síndicos también se reservan el derecho de eliminar, suspender, enmendar o modificar el Plan, parcial o totalmente y en cualquier momento, por medio de un documento por escrito adoptado por la Junta Directiva, así como de adoptar nuevas reglas y reglamentos del Fondo o bien modificar las reglas y los reglamentos vigentes. Nada de lo indicado en el presente manual o en otros documentos deberá interpretarse como que los beneficios del Fondo, incluidas las tarifas de aportación, están garantizados o tienen “derechos adquiridos”. El Convenio de Fideicomiso del Fondo permite que el Plan sea eliminado suspendido, enmendado o modificado por una mayoría de votos de los Síndicos. Todo cambio efectuado al Plan deberá quedar reflejado en las actas de las reuniones, en los Resúmenes de Modificaciones al Material o documentación por escrito archivados en la Oficina del Fondo. Si el Plan se cancela, todos los fondos en el Fideicomiso se deben

usar exclusivamente en nombre de los Participantes del Plan y para sufragar los costos de administración y cancelación razonables o según de otro modo lo permita la ley. En ningún caso se devolverá ningún activo a un Empleador o al Sindicato.

Solo la Junta Directiva (o su representante) está autorizada para interpretar las reglas, los reglamentos y los beneficios establecidos en el presente documento. Esta interpretación es final y vinculante para todas las personas o entidades que tratan o reclaman un beneficio del Fondo. Ningún representante de ningún Empleador, el Sindicato ni el Administrador Externo tiene autoridad para expresarse en nombre de la Junta Directiva, y cualquier declaración emanada de cualquiera de estas partes no cambiará los términos del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad o desea obtener información adicional, comuníquese con el Administrador Externo. Los asuntos que requieran alguna interpretación serán remitidos a la Junta Directiva.

Salvo en la medida que haya sido delegado por los Síndicos, los Síndicos tienen el poder exclusivo de verificar las reclamaciones de pago de beneficios y determinar si las condiciones de pago de beneficios han sido satisfechas. Los Síndicos también se reservan la autoridad discrecional exclusiva de determinar la elegibilidad para beneficios y de interpretar los términos de Plan.

La Junta Directiva puede delegar a otras personas algunos de sus deberes del Plan y puede solicitar el asesoramiento que la Junta estime razonablemente necesario respecto del Plan. La Junta Directiva tendrá el derecho de confiar en la información y el asesoramiento proporcionados por dichos delegados y expertos, a menos que sepa que dicha información o asesoramiento son erróneos o ilícitos.

Cómo usted puede poner de su parte para ayudar a mantener el Plan

Los beneficios de atención médica que se describen en este manual fueron diseñados para pagar los costos de una amplia gama de servicios, tratamientos y suministros Médicamente Necesarios.

Como toda buena herramienta, para que perdure, el Plan se debe usar de la debida manera. Por consiguiente, los costos del Plan deben permanecer razonables. Además, como sin duda ya sabe, los costos del Plan se rigen, en gran medida, por las reclamaciones presentadas por los Participantes y Dependientes.

Al hacer arreglos para recibir servicios de Hospital, médicos y otros relacionados, hable con su médico, el Hospital y otros sobre los cargos que esperan cobrar. Por lo general, a su proveedor de atención médica u Hospital les complacerá hablar con usted sobre ello. De hecho, la mayoría de las asociaciones médicas animan a los pacientes a hablar con sus proveedores de atención médica sobre los cargos antes de recibir tratamiento.

Quede satisfecho de que los cargos no excederán lo que usted pagaría si lo hiciera por su cuenta, ni más de lo que se cobra generalmente en su zona por servicios similares.

Recuerde, el Plan no paga cargos que excedan los Cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables por reclamaciones fuera de la red. Los montos que

excedan los Cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables son su responsabilidad.

Además, trate de asegurarse de que su proveedor de atención médica ordene solo los servicios necesarios. De esa manera, usted pondrá de su parte para mantener los beneficios del Plan y ayudará a reducir sus propios Gastos no Reembolsables.

SECCIÓN 3

REGLAS DE ELEGIBILIDAD

REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA MÉDICA DE EMPLEADOS ACTIVOS

Elegibilidad Inicial

Un Empleado que trabaje conforme a un Convenio Colectivo que: (1) requiera que un Empleador haga aportaciones al Fondo en nombre suyo, y (2) haya sido aceptado por la Junta Directiva, pasará a ser elegible para recibir “Cobertura Médica de Empleados Activos” el primer día del segundo trimestre calendario que siga a un período no mayor de cuatro trimestres calendario consecutivos durante los cuales él o ella haya trabajado al menos 550 horas en no más de tres de los cuatro trimestres calendario de ese período.

Veamos algunos ejemplos para ver lo que esto significa. Como sabe, el año calendario consiste en cuatro (4) trimestres calendario, a saber:

- (1) Enero, febrero y marzo
- (2) Abril, mayo y junio
- (3) Julio, agosto y septiembre
- (4) Octubre, noviembre y diciembre

La elegibilidad se calcula a partir del último día de cada trimestre calendario.

Ejemplo 1:

Digamos que trabaja al menos 100 horas en cada uno de los seis meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio, lo que constituye dos trimestres calendario consecutivos. Ha trabajado un total de 600 horas en dos trimestres consecutivos de manera que pasa a ser elegible el 1.^º de octubre, que es el primer día del segundo trimestre calendario siguiente a un período que no excedió de cuatro trimestres calendario consecutivos durante los cuales usted trabajó al menos 550 horas en un máximo de tres de los cuatro trimestres calendario.

Como puede ver, para ser elegible debe trabajar un total de al menos 550 horas en uno, dos o tres de cuatro trimestres calendario consecutivos y luego debe esperar un trimestre calendario antes de recibir su elegibilidad. Una vez que sea elegible, seguirá siendo elegible por un trimestre calendario completo.

Ahora examinemos otro ejemplo.

Ejemplo 2:

Supongamos que trabaja 200 horas durante el trimestre de enero, febrero y marzo, otras 250 horas durante el trimestre de abril, mayo y junio, y otras 275 horas durante el trimestre de octubre, noviembre y diciembre. Eso le resulta en 725 horas en tres de los cuatro trimestres consecutivos. Tras esperar el trimestre de enero, febrero y marzo, usted pasa a ser elegible el 1.^º de abril y es elegible durante abril, mayo y junio.

Tome nota de que las aportaciones efectuadas por el Empleador en nombre suyo deben ser recibidas por la Oficina del Fondo antes de que sus horas cuenten para su elegibilidad bajo el Plan. Sin embargo, su Empleador paga su cobertura y no se requiere que usted haga aportaciones como Empleado activo a menos que así lo estipule el Convenio Colectivo con su Empleador.

Inscripción de Empleados

Cada Participante elegible debe completar y presentar ante la Oficina del Fondo un Formulario de Inscripción que se puede obtener del Agente Comercial del Sindicato Local o de la Oficina del Fondo. El Administrador del Plan o su representante tienen la discreción de permitir la inscripción por otros medios, entre ellos electrónicos, según lo estimen conveniente y a su sola discreción.

Elegibilidad de los Dependientes

Los Empleados también pueden obtener cobertura para sus Dependientes elegibles. Por lo general, sus Dependientes incluyen a su Cónyuge e Hijo(s). Vea la sección de Definiciones para obtener más información sobre los Dependientes elegibles.

La cobertura de Dependientes termina en la fecha más temprana de las siguientes, o según de otro modo lo estipulen los Síndicos de manera uniforme y no discriminatoria:

1. la fecha que termine la cobertura del Empleado;
2. para su Cónyuge e hijastros, de haberlos, la fecha en que usted y su Cónyuge se divorcien o separen legalmente;
3. la fecha en que su Dependiente pase a ser elegible para recibir beneficios como Empleado bajo este Plan; o bien
4. el último día del mes en que un Hijo cumpla 26 años de edad;

Requisito de notificación de divorcio

Además de los requisitos de notificación bajo COBRA, usted tiene la obligación de notificar oportunamente a la Oficina del Fondo, por escrito, tras un divorcio. A menos que se elija COBRA, el Cónyuge divorciado y los hijos del Cónyuge divorciado (hijastros del Participante) pasarán a ser no elegibles para recibir beneficios tras un divorcio. **Si no se le proporciona una notificación de divorcio a la Oficina del**

Fondo y, como resultado de ello, los beneficios se pagan a una persona que no califica como Dependiente, los Síndicos podrían decidir recuperar esos beneficios entablando un proceso legal y/o tratando dichos beneficios como un adelanto para usted, tras deducir esos montos de los beneficios que de otro modo serían pagaderos a sus Dependientes, hasta que el monto total de beneficios pagados por error se recupere. Además, si no se provee una notificación de divorcio a la Oficina del Fondo dentro de un plazo de 60 días, usted y su Cónyuge y los hijos de su Cónyuge divorciado perderán sus derechos a elegir la Continuación de la Cobertura de COBRA.

Término de la Elegibilidad

La elegibilidad suya y de sus Dependientes terminará si deja de trabajar al menos 550 horas en tres (3) de cuatro (4) trimestres calendario consecutivos. La elegibilidad para cobertura terminará el último día del primer trimestre calendario que siga a dicho período. (Consulte a continuación para ver las excepciones durante ciertas licencias o ausencia por servicio militar).

Si un Empleado fallece mientras es elegible para recibir cobertura, la elegibilidad de los Dependientes del Empleado terminará en la fecha en que la elegibilidad del Empleado hubiese terminado si este simplemente hubiera dejado de trabajar en la fecha del fallecimiento de dicho Empleado. No obstante, la elegibilidad de un Dependiente que se pierda solo por su edad continuará hasta el fin del mes en que cumpla 26 años.

Consulte la sección de COBRA para obtener más información sobre cualquier derecho que usted o sus Dependientes pudieran tener a continuar la cobertura bajo COBRA después de que su cobertura termine.

Restablecimiento de la Elegibilidad

Si la elegibilidad de un Empleado termina, y él o ella subsiguientemente regresa a trabajar en un Empleo Cubierto para un Empleador, la elegibilidad puede ser restablecida tras cumplir las disposiciones de elegibilidad inicial.

Restablecimiento de la Elegibilidad tras una Ausencia Militar

Si usted ingresa a los servicios uniformados, según se define en la Ley de los Derechos de Empleo y Recontratación de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés) para el servicio militar o entrenamiento activos, servicio militar o entrenamiento inactivos, servicios a tiempo completo en la Guardia Nacional o el Servicio de Salud Pública, o un examen para determinar su aptitud para el servicio, y de otro modo cumple con los requisitos de la ley USERRA (véase a continuación), su cobertura y la de sus Dependientes elegibles cesará de acuerdo con las reglas para empleados activos.

Si lo dan de baja de los Servicios Uniformados, salvo deshonrosamente, y de otro modo cumple con los requisitos de la ley USERRA (vea a continuación), la cobertura

del Plan para usted y sus dependientes elegibles será restablecida el día que regrese a trabajar como Empleado para un Empleador. Para que se restablezca, la ley USERRA generalmente requiere que:

- Usted (o un oficial militar correspondiente) provea aviso por escrito o verbal por adelantado a su Empleador de que usted va a ingresar a los servicios uniformados (a menos que dar tal aviso por escrito sea imposible, irrazonable o prohibido por necesidad militar);
- No lo han dado de baja deshonrosamente de los servicios uniformados;
- La duración acumulativa de todas sus ausencias de empleo con su Empleador debido a los servicios uniformados por lo general no debe exceder de cinco años; y
- Al dejar los servicios uniformados, debe reportarse nuevamente al Empleador para el cual trabajaba antes del servicio para ser recontratado y/o reportarse a su sindicato local para que lo refieran a un empleo cubierto dentro de los plazos correspondientes:
 - Servicio uniformado por menos de 31 días o por cualquier duración para un examen de idoneidad para el servicio -- por lo general debe reportarse a trabajar el primer día regular de trabajo programado por lo menos 8 horas después de regresar a casa del servicio, o
 - Servicio uniformado por más de 30 días, pero menos de 181 días -- por lo general debe reportarse a trabajar dentro de un plazo de 14 días después de completar el servicio.

Si cumple los requisitos de la ley USERRA, usted y sus Dependientes elegibles tendrán derecho a un período tras su regreso que podría ser equivalente al período de elegibilidad después de la fecha en que dejó a su Empleador. Si aún no ha trabajado horas suficientes en un empleo cubierto para satisfacer nuevamente los requisitos de continuación de la elegibilidad al final de ese período, es posible que pueda elegir continuación de la cobertura de COBRA. Debe elegir COBRA dentro de un plazo de 60 días de la fecha en que termine su cobertura. Usted puede continuar a la tarifa de COBRA hasta que cumpla los requisitos de elegibilidad nuevamente o su período máximo de COBRA transcurra, lo que ocurra primero.

CRÉDITO DE ELEGIBILIDAD TEMPORAL PARA LOS EMPLEADOS DE UN EMPLEADOR MOROSO

Si usted es el Empleado de un Empleador Moroso que corre el peligro de perder su elegibilidad debido a la falta de pago de aportaciones de su Empleador, el Fondo le dará crédito por las horas en efecto trabajadas hasta un **máximo** de un trimestre (tres meses), mientras el Fondo se ocupa del cobro de los montos morosos del Empleador. En el caso de una mora de varios meses, las horas acreditadas serán las más antiguas.

En el caso que el Empleador Moroso también haya dejado de presentar las horas trabajadas por sus empleados, podría ser necesario que usted provea prueba de las horas trabajadas (por ejemplo, talonarios de paga) a fin de proveerle este crédito temporal.

REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA MÉDICA DE GRUPOS RECIÉN SINDICALIZADOS

Si es Empleado de un Grupo Recién Sindicalizado, será elegible para recibir beneficios el primer día del mes que siga al mes en que se completen al menos 550 horas de aportaciones reportadas al Fondo en nombre suyo por los seis meses inmediatamente anteriores.

Elegibilidad Inicial

Si es Empleado de un Grupo Recién Sindicalizado, será elegible para recibir beneficios el primer día del mes que siga al mes en que se completen al menos 550 horas de trabajo en un Empleo Cubierto por los seis (6) meses calendario inmediatamente anteriores por los cuales el Fondo reciba aportaciones. Los nombres de los Empleados nuevos cubiertos bajo esta disposición deben ser recibidos en la Oficina del Fondo antes del primer día del primer mes de cobertura.

¿Cuáles empleados califican para estas reglas especiales?

El Fondo de Bienestar ha establecido reglas de elegibilidad especiales para "Empleados en Grupos Recién Sindicalizados". Los empleados que califiquen para estas reglas especiales son individuos que no son Participantes en el Plan y actualmente tienen cobertura proporcionada por el Empleador. Pueden ser empleados actuales de una compañía recién organizada que firma un Convenio Colectivo con el Sindicato o empleados recién sindicalizados representados por el Sindicato que luego son contratados por un Empleador que ya efectúa aportaciones al Fondo. El propósito de estas reglas especiales de elegibilidad es animar la adición de Participantes nuevos al Plan. Estas reglas de elegibilidad especiales no están disponibles para Empleados actuales representados por el Sindicato.

¿A cuál período aplican estas reglas especiales?

El Convenio Colectivo describe los requisitos de elegibilidad y los beneficios correspondientes a Empleados en Grupos Recién Sindicalizados por un período limitado antes de que un Empleado establezca elegibilidad bajo la reglas de Elegibilidad Inicial regulares del Plan.

Después de que un Empleado en un Grupo Recién Sindicalizado haya mantenido su elegibilidad por un año, todas las reglas y beneficios del Plan corresponderán según se describe en este Resumen de la Descripción del Plan y estas reglas especiales ya no serán aplicables. Además, si un Empleado en un Grupo Recién Sindicalizado pierde su elegibilidad bajo las Reglas de Continuación de la Elegibilidad especiales que se describen en este Resumen de la Descripción del Plan, esas reglas especiales ya no

serán aplicables a menos que así lo estipule el Convenio Colectivo y por acuerdo previo de la Junta Directiva. En esta circunstancia, el Empleado puede entonces pasar a ser elegible para recibir beneficios solo si cumple con las reglas de Elegibilidad Inicial regulares del Plan según se describe en la Sección 3 de este Resumen de la Descripción del Plan y el Documento del Plan.

OTRAS OPORTUNIDADES PARA INSCRIBIRSE EN COBERTURA PARA USTED O SUS DEPENDIENTES

Si rechaza la inscripción para usted mismo o sus Dependientes debido a otra cobertura de seguro médico, hay tres categorías de situaciones de “inscripción especial” conforme a la Ley de Responsabilidad y Transferencia de los Seguros Médicos (“HIPAA”) que le podrían permitir cambiar su elección e inscribirse en cobertura médica bajo el Plan.

Primero, cuando se casa, le nace un Hijo, adopta un Hijo, o un Hijo se coloca con usted para su adopción, el Plan le permite inscribirse usted mismo, a su Cónyuge elegible y a su Hijo recién nacido/adoptado dentro de un plazo de 30 días de la fecha del suceso.

Segundo, si usted rechazó la cobertura para usted mismo, su Cónyuge o su Hijo debido a otra cobertura, y su(s) Dependiente(s) experimenta(n) una “pérdida de la elegibilidad” de esa otra cobertura, entonces se puede inscribir usted mismo, su Cónyuge y/o sus Hijos que pierdan la elegibilidad dentro de un plazo de 30 días del suceso.

Una “pérdida de la elegibilidad” resulta si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pérdida de la elegibilidad por motivos que no sean la falta de pago de las primas o fraude;
- Cese de todas las aportaciones de los empleadores;
- Traslado fuera del área de servicio de un plan médico HMO si el otro plan no ofrece otra cobertura; o
- Dejar de ser un “dependiente” según lo define el otro plan.

Tercero, si usted solicita la inscripción dentro de un plazo de 60 días, se podrá inscribir usted mismo y a un Hijo elegible si se satisface cualquiera de las siguientes condiciones:

- Usted o su Hijo elegible pierden la elegibilidad para Medicaid o un plan de salud estatal para niños; o
- Se determina que usted o su Hijo elegible son elegibles para recibir asistencia con el pago de las primas del seguro médico bajo un plan de Medicaid o un plan de salud estatal para niños.

La inscripción especial de HIPAA es generalmente prospectiva. No obstante, si un hijo recién nacido o un hijo adoptado o colocado para adopción quedan inscritos durante el

período de inscripción especial, entonces la cobertura del hijo (y la cobertura de otros que puedan ser agregados conforme a los requisitos de HIPAA, como el Cónyuge del Empleado) es retroactiva a la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción si usted solicita la inscripción dentro de un plazo de 30 días.

COBERTURA PARA EMPLEADOS QUE ESTÁN DE LICENCIA

La Ley de Ausencias por Motivos Médicos y de Familia [Family and Medical Leave Act ("FMLA", por sus siglas en inglés)] de 1993 les da derecho a los empleados elegibles conforme a la Ley a tomar hasta 12 semanas de licencia sin paga con protección del empleo cada año por motivos de la enfermedad del empleado mismo, o para cuidar de un hijo, cónyuge o parente gravemente enfermos; el nacimiento o colocación de un hijo con el empleado en el caso de una adopción o de cuidado en hogar de crianza, o bien una "exigencia calificada", según la definen los reglamentos correspondientes, que surge del hecho de que un miembro de la familia cubierto está en el servicio activo o ha sido llamado al servicio activo en la Guardia Nacional o las Reservas en apoyo a una operación de contingencia federal. Además, la ley FMLA estipula que cualquier Empleado elegible que sea miembro de la familia o parente calificado de un miembro del servicio cubierto puede tomarse una licencia de hasta 26 semanas de trabajo durante un período único de 12 meses para cuidar del miembro del servicio con una enfermedad o lesión graves ocurridas durante el desempeño de sus deberes.

Por lo general, los empleados elegibles para ausentarse de conformidad con la ley FMLA son aquellos que han sido empleados del empleador al menos por 12 meses y le han proporcionado al menos 1,250 horas de servicio a dicho empleador. Un empleado en un lugar de trabajo donde hay menos de 50 empleados no es elegible para ausentarse conforme a la ley FMLA a menos que el número total de empleados de ese empleador dentro de un radio de 75 millas de ese empleado equivalga o sea más de 50. Comuníquese con la Oficina del Fondo si planifica ausentarse de conformidad con la ley FMLA para que el Fondo esté al tanto de la responsabilidad de su empleado de reportar el período de su ausencia. Además, si tiene alguna pregunta sobre la ley FMLA, debe comunicarse con su empleador o con la oficina más cercana de la División de Salarios y Horas (Wage and Hour Division) que aparece en la mayoría de los directorios telefónicos bajo Gobierno de EE. UU. (U. S. Government), Departamento del Trabajo (Labor Department), Administración de Estándares de Empleo (Employment Standards Administration).

SERVICIO MILITAR CALIFICADO

Si usted deja un empleo para integrarse al Servicio Militar Calificado a tiempo completo, según se define en las leyes federales, se permite que usted y sus Dependientes elegibles elijan continuar la cobertura de atención médica bajo el Plan, sujeto a ciertos límites de las leyes federales. Esta cobertura, sujeta a las disposiciones del Plan, debe durar hasta por veinticuatro (24) meses, comenzando en la fecha de su ausencia del empleo. No obstante, la cobertura terminará antes de finalizar el período de veinticuatro (24) meses si se integra al Servicio Militar Calificado y lo dan de baja antes pero no presenta una solicitud de recontratación en el empleo oportunamente tras ser dado de baja (consulte "Restablecimiento de la Elegibilidad tras una Ausencia Militar" arriba).

Si elige esa continuación de la cobertura, no tendrá que pagar ninguna prima por los primeros treinta (30) días de tal cobertura. No obstante, de ahí en adelante, y hasta que

cese dicha cobertura, se le requerirá que efectúe un pago de prima mensual al Plan que se basará en el costo promedio en que el Plan incurre anualmente por Participante, más un cargo administrativo del dos por ciento (2%).

REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA MÉDICA DE EMPLEADOS JUBILADOS

Elegibilidad Inicial

Un albañil del cemento jubilado será elegible para recibir beneficios como Empleado Jubilado bajo el Fondo si él o ella:

- elige la Cobertura Médica para Empleados Jubilados dentro de un plazo de 90 días calendario de la fecha de comienzo de los beneficios como Jubilado bajo el Plan de Pensión y Jubilación del Fondo de Fideicomiso de Pensiones de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.
- si no es elegible para Medicare (p. ej., es menor de 65 años de edad y no está discapacitado);
- se ha jubilado de un empleo activo; y
- Ya sea:
 - (a) cumplió los requisitos de jubilación bajo el Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C. Antes de 1970, o
 - (b) es un participante que recibe beneficios bajo el Fondo de Jubilación de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C. y fue elegible para recibir beneficios médicos bajo este Fondo por cinco (5) de los siete (7) años inmediatamente previos a la fecha de vigencia de este beneficio de pensión del Fondo de Jubilación de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.; y
- efectúa el pago de primas mensuales por adelantado a la Oficina del Fondo por un monto establecido de vez en cuando por los Síndicos.

Elegibilidad de los Dependientes

Solo los Cónyuges de Empleados Jubilados elegibles califican como Dependientes bajo las disposiciones de “Cobertura Médica de Empleados Jubilados” del Plan. Los pagos de primas por la cobertura de Cónyuges se deben efectuar por adelantado cada mes en la Oficina del Fondo por el monto establecido de vez en cuando por los Síndicos.

Término de la Elegibilidad

Un Empleado Jubilado pierde su elegibilidad si él o ella:

- pasa a ser elegible para Medicare (p. ej. Cumple 65 años de edad o se discapacita total o permanentemente); o
- no efectúa el pago de la prima mensual por adelantado a la Oficina del Fondo.

El Cónyuge de un Empleado Jubilado pierde la elegibilidad para beneficios por motivo de que:

- el Cónyuge pasa a ser elegible para Medicare (p. ej. Cumple 65 años de edad o se discapacita total o permanentemente); o
- el divorcio o la separación legal del Empleado Jubilado;
- el pago de la prima mensual del Cónyuge no se efectúa por adelantado a la Oficina del Fondo.

Bajo ciertas circunstancias, los Cónyuges de Empleados Jubilados podrían tener el derecho de continuación de la cobertura bajo COBRA. Consulte la Sección 9, Continuación de la Cobertura bajo COBRA, para obtener más información.

SECCIÓN 4

PROGRAMA DE BENEFICIOS DE COBERTURA PARA EMPLEADOS ACTIVOS

Beneficios Médicos Mayores Completos (Empleados y Dependientes)*

Porcentaje de gastos cubiertos pagados por el Plan	70%
Porcentaje de gastos cubiertos pagados por el Empleado/Dependiente	30% (tras pago del deducible)
Porcentaje de gastos cubiertos pagados por el Plan – Servicios Preventivos (Dentro de la Red)	100%
Porcentaje de gastos cubiertos pagados por el Plan - Servicios Preventivos (Fuera de la Red)	0% (sin deducible)***
Deducible individual (incluye los costos de recetas)	\$500
Deducible de familia (incluye los costos de recetas)	\$1,000
Máximo de gastos médicos no reembolsables por individuo	\$5,000
Máximo de gastos médicos no reembolsables por familia	\$10,200
Beneficio máximo pagado por el Plan (por individuo)	El Plan no tiene un límite monetario por beneficios médicos esenciales, según se definen en la ley ACA. **

* Beneficios dentro y fuera de la red, a menos que se especifique algo distinto.

** Determinados de conformidad con las directrices correspondientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos

*** Excepto cuando lo exija la ley.

Beneficios de Medicamentos con Receta (Empleados y Dependientes)

Deducible individual (incluye los costos médicos)	\$500
Deducible de familia (incluye los costos médicos)	\$1,000
Máximo de gastos de recetas no reembolsables por individuo	\$1,600
Máximo de gastos de recetas no reembolsables por familia	\$3,200
Beneficio máximo pagado por el Plan (por individuo)	El Plan no tiene un límite monetario por

beneficios médicos esenciales, según se definen en la ley ACA.**

Tipo de Medicamento	Precio Minorista (30 días)	Pedido por Correo o Farmacia CVS (90 días)
Genéricos (<i>excepto Preventivos preferidos</i>)	\$10	\$20
Marcas preferidas (<i>cuando no haya genéricos</i>)	30% hasta \$50	30% hasta \$100
Preventivos preferidos* (<i>Ley de Cuidado de Salud Asequible</i>)	Sin costo	Sin costo
Marcas no preferidas (<i>con autorización previa</i>)	30% hasta \$100	30% hasta \$200
Medicamentos especializados	No se cubren	No se cubren

*Un Medicamento Preventivo Preferido (que no está sujeto a copagos o deducibles) es un medicamento o artículo de la Lista de Medicamentos Preventivos Preferidos de CVSHealth (Preferred Preventive Drug List) que un proveedor receta por escrito bajo ciertos criterios médicos - aspirina, ácido fólico, fluoruro, suplementos de hierro, productos para dejar de fumar, y anticonceptivos aprobados por la FDA para las mujeres.

Tenga en cuenta lo siguiente respecto del Programa de Medicamentos con Receta:

- El Administrador de Beneficios de Recetas es CVSHealth (antiguamente Caremark). Eso significa que usted puede comprar su(s) receta(s) en cualquier farmacia CVS o en cualquier otra farmacia que participe en la red de CVSHealth (por ejemplo, Giant, Safeway, RiteAid, Target, Walgreens).
- El Programa de Medicamentos con Receta solo provee beneficios por medicamentos genéricos y ciertos medicamentos de marca cuando no hay uno genérico disponible.
- Si pide un medicamento de marca cuando hay uno genérico disponible, usted es responsable de pagar la diferencia del costo entre el medicamento Genérico y el medicamento de Marca. Por lo general, tiene que pagar la diferencia entre el medicamento de marca y el genérico, aunque su proveedor de atención médica diga que la receta tiene que ser surtida según está escrita.
- En el caso de anticonceptivos que se consideran cuidado preventivo, el Plan hará arreglos para las personas para quienes un medicamento genérico (o un medicamento de marca) sería médicaamente inadecuado, según lo determine el proveedor de atención médica de la persona, exonerando el costo compartido por la versión de marca. Además, si no hay una versión genérica disponible, o si no fuera médicaamente adecuado como el método anticonceptivo de marca (según la determinación del proveedor a cargo, en consulta con el paciente), entonces el Plan cubrirá el medicamento de marca sin compartición del costo, sujeto a un control médico razonable.
- No se cubren los medicamentos especializados.

- Aplica un límite separado de gastos no reembolsables por recetas. El máximo de gastos no reembolsables es \$1,600 por persona o \$3,200 por familia. Una vez que satisface el límite de gastos no reembolsables, usted no paga nada por las recetas cubiertas, salvo la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y su equivalente genérico.
- Se cubren las recetas de suministros de hasta 30 días (al por menor) o hasta 90 días (por correo o en farmacia CVS).
- Los medicamentos de mantenimiento se deben comprar a través del programa de pedido por correo o en una Farmacia CVS.

Si pide un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible, usted es responsable de pagar la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el de marca. De manera similar, si un proveedor de atención médica receta un medicamento que tiene un equivalente genérico, el Plan reembolsará solo el costo del equivalente genérico, aunque su proveedor de atención médica diga que la receta se debe surtir según está escrita. Además, la diferencia del costo entre el genérico y el de marca no contará para su deducible o el máximo de gastos no reembolsables.

Como se describe a continuación, el Plan cubre el cuidado preventivo que se exige bajo la ley ACA, sin costo alguno. Eso incluye ciertos medicamentos con receta y sin receta. En el caso de anticonceptivos que se consideran cuidado preventivo bajo la ley ACA, el Plan hará arreglos para las personas para quienes un medicamento genérico (o medicamento de marca) cubierto por el Plan sería médicalemente inadecuado, según lo determine el proveedor de atención médica de la persona, exonerando el costo compartido por la versión de marca preferida o no preferida. Además, si no hay una versión genérica disponible, o si no fuera médicalemente adecuado como el método anticonceptivo de marca (según la determinación del proveedor a cargo, en consulta con el paciente), entonces el Plan cubrirá el medicamento de marca sin compartición del costo, sujeto a un control médico razonable.

Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedad (Solo Empleados)

Beneficio pagado por el Plan	\$200 por semana
Programa de pago máximo	26 semanas por discapacidad

Consulte las descripciones de los Gastos Cubiertos e información en la Sección 6 de este manual para ver más detalles sobre los beneficios que cubre el Plan.

SECCIÓN 5

PROGRAMA DE BENEFICIOS DE COBERTURA PARA EMPLEADOS JUBILADOS

(Para empleados jubilados y sus cónyuges)

Los beneficios se basan en el Programa de Beneficios proporcionado a los Empleados Activos, salvo:

1. Sin beneficios semanales por accidente y enfermedad;
2. Los beneficios se proveen solo a Empleados Jubilados (y sus Cónyuges) que no califican para Medicare;
3. Los Jubilados y/o sus Cónyuges elegibles para Medicare (ya sea por edad o discapacidad) no son elegibles para esta porción del Plan; y
4. Se requiere un pago de prima mensual por persona.

SECCIÓN 6

DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN

BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

(Solo para empleados activos)

General

Se paga un beneficio semanal a un Empleado mientras esté discapacitado y no pueda trabajar como resultado de un accidente o lesión no relacionados con el trabajo por los cuales no haya beneficios pagaderos bajo una Ley de Compensación a los Trabajadores.

No es necesario que un Empleado esté confinado a casa para cobrar beneficios pero sí debe estar bajo el cuidado de un Médico con licencia y no puede dedicarse a ningún tipo de empleo, remunerado en efectivo o de otra manera, durante el período de discapacidad.

Una vez que el Empleado ha comenzado a recibir estos beneficios, de vez en cuando se le requerirá que un médico complete un formulario suplementario para indicar si el Empleado aún está discapacitado. Este formulario le será enviado al Empleado por la Oficina del Fondo y debe ser devuelto a la Oficina del Fondo dentro de un plazo de dos semanas de su recepción.

Período de Cobertura

El beneficio semanal de \$200 al que tiene derecho un Empleado comenzará el primer día de la discapacidad que resulte de un accidente o si está hospitalizado, o el octavo día de discapacidad si la discapacidad no resultó de un accidente o no requirió hospitalización, y será pagadero por el período que dure la discapacidad hasta el número máximo de semanas especificado en el Programa de Beneficios.

Se efectuarán pagos por todos los períodos de discapacidad individuales que ocurran, sin exceder el pago por el número máximo de semanas que se especifica en el Programa de Beneficios. No se efectuarán pagos si recibe una pensión o pagos del Seguro Social por discapacidad. Si la discapacidad termina durante una semana laboral, los beneficios por accidente y enfermedad se pagarán a la tasa de \$40 por día de discapacidad durante esa semana laboral, con un pago máximo de \$200.

Períodos de discapacidad sucesivos

Causas no relacionadas: Si un Empleado regresa a trabajar tras una ausencia por la cual se han pagado beneficios semanales por accidente y enfermedad, y

nuevamente queda discapacitado, ambos períodos de ausencia se considerarán como una discapacidad a menos que la discapacidad subsiguiente se deba a una lesión o enfermedad totalmente no relacionada con la(s) causa(s) de la discapacidad anterior y comience después de que el empleado regrese a un empleo completamente activo con un Empleador.

La misma causa o causas relacionadas: En el caso de una discapacidad subsiguiente ocasionada por la misma causa o por una causa relacionada, el Empleador debe haberse recuperado totalmente y debe haber completado al menos dos semanas de empleo activo a tiempo completo con un Empleador después de la primera discapacidad a fin de que la segunda ausencia se considere una segunda discapacidad por la cual se pueden pagar beneficios semanales por accidente y enfermedad. Además, el Médico del Empleador debe confirmar que el Empleador se recuperó totalmente y regresó al trabajo con el permiso del Médico.

En todos los casos, los Síndicos, a su discreción, pueden requerir que el Empleador que manifiesta tener derecho a los beneficios sea examinado por un Médico seleccionado por los Síndicos.

BENEFICIOS MÉDICOS

Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)

Los Síndicos han contratado los servicios de “OneNet” Preferred Provider Organizations (PPO), un grupo de Médicos, especialistas y Hospitales que han acordado proporcionar sus servicios a los Participantes del Fondo a un precio con descuento.

No es obligatorio usar la red PPO. No obstante, si usa la red PPO hay ahorros considerables tanto para usted como para el Fondo. Recuerde, bajo este Plan, usted es responsable de pagar el 30% de los cargos tras el deducible. Mientras más altos los cargos, más tendrá que pagar usted.

El directorio de CareFirst BlueCross BlueShield PPO tiene una lista de los Médicos y Hospitales participantes. Es una guía que le ayuda a identificar a los proveedores y está organizada por especialidad y ubicación geográfica. Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener una copia del directorio.

Como se puede esperar, la lista de proveedores de atención médica que participan en la red PPO cambia periódicamente. Dicha lista del directorio contiene la información más completa que nuestros procedimientos nos permiten suministrar al momento de su publicación. No obstante, como es posible que algunos de los proveedores de la lista ya no participen en la red PPO, debe verificar con su proveedor cada vez que solicite servicios de atención médica. Eso le garantizará que su proveedor aún sea participante, de manera que usted y el Fondo obtengan los descuentos correspondientes.

Designación de Proveedores de Cuidado Primario y/u Obstetras/Ginecólogos

Usted tiene el derecho de seleccionar cualquier proveedor de cuidado primario que participe en la red del Fondo y esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. En el caso de niños, puede seleccionar a un pediatra como proveedor de cuidado primario. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de cuidado primario y ver una lista de los proveedores de cuidado primario participantes, comuníquese con CareFirst llamando al 1-800-235-5160 o visite www.carefirst.com.

No necesita autorización previa del Fondo o de ninguna otra persona (incluidos proveedores de cuidado primario) para obtener acceso a cuidado de obstetricia o ginecología de un profesional de atención médica de la red que se especializa en obstetricia o ginecología. No obstante, es posible que el profesional de atención médica tenga que cumplir con ciertos procedimientos, entre ellos la obtención de autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o bien seguir las directrices para hacer referidos. Para ver una lista de los profesionales médicos que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con CareFirst llamando al 1-800-235-5160 o visite www.carefirst.com.

Requisitos de Revisión Previa a la Admisión al Hospital

Cuando una Persona Cubierta debe ser hospitalizada, el Plan cubrirá muchos de los cargos del Hospital. No obstante, todas las Personas Cubiertas deben seguir estos procedimientos de revisión previa a la admisión para ayudar a garantizar que los cargos de la estadía en el Hospital sean necesarios y apropiados:

- (1) Al menos de 7 a 10 días antes de una hospitalización programada, usted o su médico deben llamar a American Health Holding, Inc. (el proveedor de Revisión Previa a la Admisión y PPO del Fondo) al 1-800-641-5566 (si la admisión al Hospital ocurre después de recibir Servicios de Emergencia, la llamada debe ser efectuada en un plazo de 48 horas de su admisión).
- (2) Los médicos y enfermeras de American Health Holding, Inc. hablarán con su médico sobre la duración propuesta de su estadía. La aprobarán o recomendarán una alternativa, como tratamiento en calidad de paciente ambulatorio. Usted y su médico recibirán confirmación sobre la decisión.
- (3) American Health Holding, Inc. supervisará la estadía en el Hospital y, de ser necesario, aprobará días adicionales de cobertura de beneficios.
- (4) Como proveedor de la Revisión Previa a la Admisión, American Health Holding, Inc. se desempeña como asesor del Fondo para fines de recomendar el número de días de Hospital que el Fondo deberá pagar de conformidad con su Programa de Beneficios.

Tome nota de que la revisión previa a la admisión al hospital le ayuda a determinar si un gasto en particular será cubierto bajo el Plan y, de ser así, la

tasa de reembolso. Si se solicita la precertificación y esta se deniega, la denegación solo significa que el gasto no será cubierto o será cubierto a una tasa de reembolso más baja bajo el Plan. No representa un juicio médico sobre si debe someterse al tratamiento o procedimiento médico; esa decisión le corresponde solo a usted en consulta con sus proveedores seleccionados. El hecho de que un tratamiento o procedimiento médico podría no estar cubierto por el Plan, o el que se reembolse a una tasa más baja, es simplemente un asunto del diseño del plan -- brindar el mayor beneficio al mayor número de personas a un costo asequible.

Administración de casos médicos

Si se espera que el confinamiento al Hospital sea inusualmente largo y costoso, se podría asignar un “administrador de casos” de American Health Holding, Inc. para ayudar a determinar la manera más adecuada y eficaz en función de los costos de brindar la atención necesaria. El Fondo cubre su porción de los cargos por el cuidado alternativo recomendado por el administrador del caso.

El administrador del caso colaborará con su médico para desarrollar un plan de tratamiento y hacer los arreglos necesarios. Él o ella continuará supervisando el caso hasta que el tratamiento especializado ya no sea necesario.

Tome nota de que la administración de casos médicos es un procedimiento que le ayuda a determinar si los gastos serán cubiertos bajo el Plan y, de ser así, la tasa de reembolso. Si se solicita un servicio o suministro y se le deniega, la denegación solo significa que el gasto no será cubierto o será cubierto a una tasa de reembolso más baja bajo el Plan. No representa un juicio médico sobre si debe someterse al tratamiento o procedimiento médico; esa decisión le corresponde solo a usted en consulta con sus proveedores seleccionados. El hecho de que un tratamiento o procedimiento médico podría no estar cubierto por el Plan, o el que se reembolse a una tasa más baja, es simplemente un asunto del diseño del plan -- brindar el mayor beneficio al mayor número de personas a un costo asequible.

Descripción de los Beneficios de Gastos Médicos Cubiertos

Como se muestra en el Programa de Beneficios, el Fondo provee cobertura de conformidad con un “programa médico mayor completo” en el que el Fondo paga el 70% de muchos Gastos Cubiertos y usted paga el 30%. Esta cobertura fue diseñada para reembolsarle, en gran medida, los gastos incurridos como resultado de lesiones o enfermedades no relacionadas con una ocupación.

Los gastos médicos que son Gastos Cubiertos bajo el Plan son:

- (1) Habitación y Comidas y otros cargos que el Hospital cobra como condición de ocupación de manera regular o semanal. No obstante, si se usa una habitación de Hospital privada, cualquier cargo que exceda de los cargos promedio de

Habitación y Comidas del Hospital, el cargo de habitación semiprivada no contará como cargo médico cubierto;

- (2) Costos por salas y equipo de cirugía, parto, recuperación y tratamiento;
- (3) Pruebas de laboratorio de diagnóstico y patología cuando son Médicamente Necesarios y generalmente aceptados como pruebas estándar o razonables para la afección, incluidos exámenes radiográficos, electrocardiogramas y electroencefalogramas;
- (4) Radioterapia, que incluye el uso de radiografías, radón, radio, cobalto y otras sustancias radiactivas;
- (5) Servicios o suministros proporcionados por el hospital para tratamiento en el departamento de pacientes ambulatorios, sala de emergencia o instalación quirúrgica ambulatoria;
- (6) Vendajes y vendas quirúrgicas en un Hospital o consultorio de un Médico;
- (7) Medicamentos con receta tomados o administrados durante la hospitalización;
- (8) Sangre entera, plasma sanguíneo, sustitutos de plasma y transfusiones sanguíneas;
- (9) Cuidado rutinario en la unidad neonatal de un hijo recién nacido de una Persona Cubierta;
- (10) Tratamiento como paciente hospitalizado de un trastorno mental o de los nervios;
- (11) Confinamiento por las complicaciones médicas del alcoholismo o el abuso de drogas, entre ellas cirrosis, *delirium tremens*, hepatitis;
- (12) Servicios de cuidado de enfermería general de un profesional con licencia;
- (13) La incisión, extirpación o electrocauterización de cualquier órgano o parte del cuerpo;
- (14) Pruebas prequirúrgicas;
- (15) Tratamiento por una fractura;
- (16) Reducción de una dislocación;
- (17) Procedimientos endoscópicos;
- (18) Terapia radiográfica o con radio, o terapia láser en lugar de una cirugía con incisión;

- (19) Anestesia y su administración;
- (20) Los honorarios del asistente de cirujano que no excedan del 20% del gasto de cirugía cuberto;
- (21) Los servicios de un Médico legalmente calificado (pero no consultas en el Hospital en conexión con un procedimiento quirúrgico o cuidado posquirúrgico a menos que la consulta sea de un Médico que no fue el cirujano que practicó la cirugía);
- (22) Los servicios de una enfermera partera (solo para Empleados y sus Cónyuges) hasta un monto que no exceda del monto que sería pagadero si un Médico realizará los servicios;
- (23) Los servicios de un enfermero registrado o graduado (R.N. -- que no sea un enfermero que ordinariamente reside en su hogar o que es miembro de la familia suya o la de su Cónyuge);
- (24) Terapia por radiografía, radio e isótopos radiactivos;
- (25) Anestesia, incluida su administración;
- (26) Alquiler de un pulmón de acero y otros equipos duraderos, médicos o quirúrgicos, como sillas de rueda o camas tipo hospital;
- (27) Extremidades artificiales, dispositivos ortopédicos implantados, aparatos y dispositivos ortopédicos, laringes y ojos artificiales, pero no audífonos, exámenes de la vista o anteojos;
- (28) Servicios de fisioterapia, hidroterapia o terapia ocupacional prestados por un profesional con licencia;
- (29) Terapia del habla mediante el uso de programas adecuados para el tratamiento de la disfunción del desarrollo del habla resultante de una lesión o enfermedad;
- (30) Diálisis renal cuando se realiza en una instalación aprobada por Medicare;
- (31) Oxígeno;
- (32) Servicio de ambulancia local cuando se usa para transportar a la persona del lugar donde sufrió una lesión por accidente o enfermedad al primer Hospital donde se pueda brindar tratamiento. Sin embargo, no se incluye ningún otro cargo en conexión con el traslado en ambulancia;
- (33) Los gastos incurridos en relación con trabajos dentales o cirugía oral cuando se lleven a cabo para reparar daños a los dientes naturales u otros tejidos del organismo resultantes de una lesión accidental no ocupacional sufrida mientras la persona es una Persona Cubierta, siempre que los servicios se reciban

durante los doce (12) meses posteriores al accidente, o por cirugía relacionada directamente con cirugía de cáncer bucal;

- (34) La cirugía plástica se cubre solo cuando es necesaria para la reparación oportuna de una lesión accidental no relacionada con la ocupación que ocurra mientras la persona sea elegible, por un defecto o una desfiguración congénitos relacionados con una enfermedad. No se proporcionan otros gastos de cirugía plástica a menos que de otro modo lo exija la ley;
- (35) Yesos, férulas, bragueros, otros dispositivos ortopédicos para las piernas y muletas;
- (36) Marcapasos cardíaco electrónico;
- (37) Hay disponibles beneficios de fertilización *in vitro* para los Pacientes y sus Cónyuges elegibles (pero no para otros Dependientes) si se siguen las siguientes directrices para pacientes ambulatorios y otros gastos fuera del hospital:
 - (a) Los óvulos de la paciente se fertilizan con el esperma del Cónyuge de la paciente;
 - (b) La paciente y el Cónyuge de la paciente tienen un historial de infecundidad de al menos cinco (5) años de duración o la infecundidad está asociada con una o más de las siguientes afecciones médicas:
 - i. endometriosis;
 - ii. exposición a dietilestilbestrol (DES) en útero; o
 - iii. un bloqueo o la remoción quirúrgica de una o ambas trompas de Falopio.
 - (c) La paciente no ha podido quedar embarazada a través de otros tratamientos de infecundidad menos costosos y adecuados por los cuales hay cobertura disponible bajo el Plan, de haberlos.
 - (d) Los procedimientos de fertilización *in vitro* se practican en instalaciones médicas que cumplen con las directrices para clínicas de fertilización *in vitro* del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología o con las normas mínimas de la Sociedad Americana de Fecundidad para los programas de fertilización *in vitro*.
- (38) El cuidado médico preventivo se provee de la manera siguiente:

El término “Servicios Preventivos” generalmente incluye atención médica rutinaria como exámenes de detección, chequeos y asesoramiento a pacientes para evitar enfermedades, afecciones u otros problemas médicos. El Plan

cubre una gama completa de Servicios Preventivos que se requieren bajo la ley ACA sin compartir costos (en otras palabras, sin cargos como copagos, coaseguros o deducibles) cuando los servicios son brindados por un proveedor que participa en la red. Específicamente, los Servicios Preventivos cubiertos incluyen los siguientes:

- Servicios preventivos basados en evidencia: Los artículos o servicios basados en evidencia con una “calificación de” A o B de la Fuerza Conjunta de Servicios Preventivos, como exámenes de detección de cáncer de seno o colon, detección de deficiencias vitamínicas durante el embarazo, detección de diabetes, alto colesterol y alta presión sanguínea, así como asesoramiento para dejar de fumar.
- Vacunas de rutina: Inmunizaciones de uso de rutina en niños, adolescentes o adultos recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización [Advisory Committee on Immunization Practices] de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades [Centers for Disease Control and Prevention].
- Prevención para niños: Cuidado y exámenes de detección informados por evidencia estipulados en las directrices completas apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration - HRSA) para bebés, niños y adolescentes, como visitas regulares al pediatra, evaluación de la vista y la audición, evaluaciones del desarrollo, inmunizaciones, así como exámenes de detección y asesoramiento para abordar la obesidad y ayudar a los niños a mantener un peso saludable.
- Prevención para mujeres: Cuidado y exámenes de detección informados por evidencia estipulados en las directrices completas apoyadas por la HRSA para mujeres, anticonceptivos, apoyo y suministros de lactancia, así como exámenes de detección y asesoramiento por violencia interpersonal y doméstica.

Según se aprueben servicios nuevos, el Plan los cubrirá sin compartir los costos para los años del Plan comenzando un año después. Una lista de los servicios cubiertos está disponible en:

- <https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/>
- <https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/women/>
- <https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/children/>

Algunas veces los Servicios Preventivos se incluyen con otros servicios como parte de una visita al consultorio. El Plan podría imponer un costo compartido a una visita al consultorio: (a) si el Servicio Preventivo se cobra por separado (o se contabiliza por separado como información de un encuentro individual)

de la visita oficial, o (b) si el Servicio Preventivo recomendado no se cobra por separado (o no se contabiliza por separado como información de un encuentro individual) de la visita al consultorio, el propósito principal de la visita al consultorio es distinto a la prestación del Servicio Preventivo recomendado. En tal caso, el Plan aún podría imponer un copago, coaseguro o deducible.

De conformidad con la ley correspondiente y las directrices de una agencia administrativa, el Plan exige que se compartan los costos por estos Servicios Preventivos cuando los provee un proveedor que no participa en la red, a menos que el Servicio Preventivo no esté disponible Dentro de la Red. Además, los medicamentos con receta que constituyen Servicios Preventivos están disponibles solamente Dentro de la Red a menos que no estén disponibles de tal manera.

Asegúrese de verificar la Sección de Exclusiones y Limitaciones Generales del Plan de este manual (Sección 7) antes de obtener algún tratamiento médico.

Descripción de los Medicamentos con Receta Cubiertos

El Plan paga beneficios por medicamentos con receta elegibles según se ilustra en el Programa de Beneficios. Esta cobertura fue diseñada para reembolsarle, en gran medida, los gastos incurridos como resultado de lesiones o enfermedades no relacionadas con una ocupación. Los Gastos Cubiertos bajo esta parte del Plan incluyen:

- Medicamentos con leyenda
- Medicamentos DESI (siglas en inglés del Estudio de Implementación de Eficacia de los Medicamentos) -- Medicamentos DESI son medicamentos que la FDA determina que carecen de prueba sustancial de su eficacia. Los medicamentos DESI no cuentan con estudios que apoyen sus usos, pero siguen usándose en el mercado actual porque han sido usados y aceptados por muchos años sin problemas de seguridad.
- Medicamento de Venta Libre (“OTC”, por sus siglas en inglés) que constituye una sustancia controlada 5 (CV, por sus siglas en inglés) (p. ej. jarabe Robitussin AC y Naldecon-CX) - Aunque designado OTC bajo las leyes federales, estos son medicamentos con leyenda en algunos estados, por lo que están todos cubiertos.
- Vitaminas individuales recetadas - Vitaminas con indicaciones además de su uso como suplementos alimentarios para el tratamiento de enfermedades específicas relacionadas con deficiencias vitamínicas. Por ejemplo, la vitamina B12 (cianocobalamina) para la anemia y la degeneración del sistema nervioso, vitamina K (fitonadiona) para la hipoprotrombinemia o hemorragias, y ácido fólico para las anemias megaloblásticas y macrocíticas

- Vitaminas prenatales recetadas
- Vitaminas pediátricas que requieren receta (en la medida que lo requiera la ley ACA como cuidado preventivo)
- Tratamiento para hongos de las uñas

Los Gastos Cubiertos bajo el programa de medicamentos con receta no incluyen:

- Drogas, medicinas o medicamentos sin leyenda, con patente o de propiedad que no requieren receta, salvo la insulina (excepto como de otro modo lo estipule este Resumen de la Descripción del Plan), a menos que la droga, medicina o medicamento sea un compuesto de dos o más drogas, medicinas o medicamentos, cuyo compuesto, por ley, tiene que ser recetado.
- Cargos por separado por medicamentos, con o sin leyenda, que se consumen o administran, total o parcialmente, en el lugar donde se surten
- Dispositivos o aparatos terapéuticos, entre ellos agujas hipodérmicas, jeringuillas prendas de soporte, suministros de ostomía, equipo médico duradero y sustancias no médicas independiente de su uso
- Medicamentos de venta sin receta, a menos que se especifique algo distinto arriba
- Productos sanguíneos o suero sanguíneo
- Medicamentos experimentales
- Medicamentos para el tratamiento del TDAH/la narcolepsia después de cumplir 18 años de edad
- Anoréxicos (ayudas asociadas con la dieta)
- Differin, Tazorac, Fabior, Tretinoin (Retin-A, Retin-A Micro, Avita, Ziana, Atralin) después de cumplir 18 años de edad
- Ayuda para dejar de fumar a menos que califiquen como Servicios Preventivos según la ley ACA
- Anticonceptivos no requeridos como Servicios Preventivos según la ley ACA
- Medicamentos cosméticos, entre ellos medicamentos para la pérdida del cabello, cremas antiarrugas, cremas depiladoras y otros, aunque sean recetados (como Botox Cosmetic y Dysport)
- Hisopillos de alcohol

- Glucosa oral
- Monitores de glucosa en la sangre
- Bombas de insulina
- Suministros para bombas de insulina
- Multivitaminas recetadas
- Sueros antialérgicos
- Suplementos de nutrición, aunque sean recetados
- Suministros de terapia respiratoria, entre ellos espaciadores, flujómetros y pulverizadores
- Agentes para la fertilidad
- Medicamentos biotécnicos/especializados (incluidos productos de la lista de medicamentos especializados de CVSHealth)
- Hormonas de crecimiento
- Analgésicos cutáneos
- Kits de conveniencia (por ejemplo, dos o más productos que se usan por separado)

Límites anuales y vitalicios

El Fondo no impone límites anuales o vitalicios por Beneficios Médicos Esenciales (según se definen en las directrices y los reglamentos publicados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos).

Ley de Derechos de Salud de la Mujer y Cáncer

Conforme a la ley federal, los planes de salud grupales y los aseguradores médicos que ofrezcan cobertura de seguro médico grupal que incluya beneficios médicos y quirúrgicos con respecto a una mastectomía deberán incluir los beneficios médicos y quirúrgicos de cirugía reconstructiva de los senos como parte del procedimiento de mastectomía. La cirugía reconstructiva de los senos en relación con una mastectomía deberá proporcionar, como mínimo: (1) la reconstrucción del seno en el cual se realice la mastectomía; (2) la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y (3) las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfoedemas; de la manera que determinen en consulta con el médico a cargo y la paciente. Como parte del Programa

de Beneficios del Plan, dichos beneficios están sujetos a las disposiciones de control de costos correspondientes del Plan, tales como deducibles y coaseguro.

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Los planes de salud grupales y las compañías aseguradoras por lo general no pueden, conforme a las leyes federales, restringir la duración de ninguna estancia en el hospital debida a un parto, ni de la madre ni del recién nacido, a menos de 48 horas en el caso de un parto vaginal, o a menos de 96 horas en el caso de una cesárea. No obstante, las leyes federales por lo general no prohíben que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, los dé de alta a ella o al recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En todo caso, los planes y las aseguradoras no pueden, conforme a las leyes federales, exigir que un proveedor obtenga la autorización del Plan o del asegurador para recetar una estancia que no exceda de 48 horas (o 96 horas). No obstante, para usar ciertos proveedores o instalaciones, o para reducir sus Gastos No Reembolsables, es posible que se le requiera obtener una certificación previa. Para obtener más información sobre la certificación previa, comuníquese con American Health Holding, Inc. al 1-800-641-5566.

Beneficios de Medicare para Empleados que trabajan activamente

El Fondo sirve de pagador principal de los beneficios de Empleados que trabajan activamente y sus Cónyuges de 65 años de edad y mayores. La cobertura de Medicare, si está disponible, por lo general será la secundaria. Eso significa que sus beneficios se pagarán primero bajo este Fondo. Si hay otros gastos médicos que no los paga el Fondo, Medicare podría reembolsárselos si dichos gastos están cubiertos por Medicare. Para obtener reembolso de Medicare, debe inscribirse en Medicare. Además, para obtener cobertura bajo la Parte B de Medicare, primero tiene que inscribirse y pagar una prima mensual. Comuníquese con su oficina local de la Administración del Seguro Social para obtener información sobre los procedimientos de inscripción. Se anima a los Empleados y sus Cónyuges a inscribirse en Medicare para que esa cobertura esté disponible cuando sea necesaria. Tome nota de que si no se inscribe en la Parte B de Medicare cuando primero adquiere la elegibilidad, **podría quedar sujeto a una multa por inscripción tardía** por cada año que no se inscriba en la Parte B de Medicare y podría tener que esperar para inscribirse. Típicamente, esa multa constituye 10% por cada año que no se haya inscrito en la Parte B de Medicare. Pagará una prima más alta debido a esta multa todo el tiempo que tenga la Parte B de Medicare. Las multas también aplican si usted no fue inscrito automáticamente o se inscribió durante su período inicial de inscripción en la Parte A de Medicare.

Medicare es complejo y este es solo un breve resumen. No debe y no puede confiar solo en este resumen. En lugar de ello, debe visitar <https://www.medicare.gov> para garantizar que se inscriba a tiempo en todos los programas de Medicare, en particular si va a cumplir 65 años de edad en los próximos años, se discapacita o tiene enfermedad renal en las últimas etapas. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY al 1-877-486-2048.

Ley de No Discriminación por Información Genética

La Ley de No Discriminación por Información Genética [Genetic Information Nondiscrimination Act] de 2008 prohíbe que el Plan use la información genética de los Empleados y los miembros de su familia para decidir sobre la elegibilidad y las aportaciones a los beneficios del plan médico grupal. Además, el Plan no puede usar información genética para fines de suscripción.

SECCIÓN 7

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES DEL PLAN

No hay beneficios disponibles bajo este Plan por los cargos enumerados a continuación, y el monto de dichos cargos no será incluido cuando el Plan calcule la porción de los gastos de la Persona Cubierta que pagará.

- (1) Los cargos que no se requeriría que una Persona Cubierta pagara si no fuera una persona cubierta;
- (2) Los cargos por servicios o suministros que se proporcionen, paguen o de otro modo se provean por motivo de servicio pasado o presente en las fuerzas armadas de un gobierno, salvo en la medida que lo prohíba la ley;
- (3) Los cargos por servicios o suministros pagados por una agencia o programa del gobierno, a menos que lo exija la ley;
- (4) Los cargos por servicios o suministros recibidos como resultado de un acto bélico ocurrido mientras estaba cubierto;
- (5) Los cargos por servicios y suministros que no son Médicamente Necesarios para el tratamiento de la Lesión o Enfermedad;
- (6) Los cargos que no hayan sido recomendados y aprobados por el Médico de la Persona Cubierta;
- (7) Cargos incurridos en conexión con una Lesión o Enfermedad ocupacional, entre ellos: (a) una lesión resultante de o sufrida durante el desempeño de cualquier empleo remunerado o (b) una enfermedad cubierta respecto de tal empleo por cualquier Ley de Compensación a Trabajadores, ley de enfermedades ocupacionales o leyes similares.
- (8) Los cargos en exceso de los Costos Usuales, Acostumbrados y Razonables;
- (9) Los cargos por servicios de un Médico en conexión con refacciones oculares o problemas de audición, o cualquier otro examen para determinar la necesidad o el debido ajuste de anteojos o audífonos;
- (10) Los cargos de ajuste o compra de audífonos;
- (11) Los cargos por radiografías tomadas sin película.

- (12) Los cargos por el tratamiento de enfermedad periodontal o periausal, o bien cualquier afección que implique los dientes, tejidos o estructuras adyacentes, salvo según se describe aquí para el tratamiento dental por accidente;
- (13) Cargos por trabajo dental, radiografías y/o tratamientos dentales, salvo según se describe aquí para el tratamiento dental por accidente;
- (14) Los cargos por el tratamiento de: (a) pies débiles, cansados, planos, inestables o desequilibrados, metatarsalgia o juanetes, salvo cirugías de corte abierto; y (b) callos, callosidades o uñas de los pies, salvo la remoción de las raíces de las uñas y el cuidado recetado por un M.D. o D.O. que trata enfermedades metabólicas o vasculares periféricas;
- (15) Los cargos por servicios de enfermería, terapia del habla o fisioterapia prestados por usted mismo, su Cónyuge o un Hijo, hermano, hermana, padre o madre suyo o de su Cónyuge.
- (16) Los cargos por servicios o suministros brindados por alguien que ordinariamente reside en el hogar del paciente o está relacionado con el paciente por consanguinidad o matrimonio;
- (17) Los cargos en que se incurra por lesiones autoinfligidas, a menos que dichas lesiones se hayan infligido a causa de un estado médico o debido a un acto de violencia doméstica;
- (18) Cargos incurridos por servicios en conexión con el embarazo, nacimiento, aborto espontáneo, aborto provocado o evento relacionado por un Dependiente que no sea el Cónyuge, salvo en la medida que estén cubiertos como Servicios Preventivos por la ley ACA;
- (19) Los cargos de un hospital o médico que no cumplan con la definición de Hospital o Médico que se describe en este manual;
- (20) Los cargos cobrados por un sanatorio, una clínica de reposo, un hogar de ancianos o cualquier institución o parte de la misma que se use principalmente como instalación de convalecencia, el cuidado de enfermería, reposo o para ancianos;
- (21) Los cargos por Cuidado de Custodia o cuidado a domicilio independientemente de la instalación donde se brinden;
- (22) Los cargos de transporte o viaje, salvo el uso de un servicio de ambulancia local (y según los límites del mismo);
- (23) Los cargos de cirugía o tratamiento cosméticos, salvo cuando son necesarios por una lesión física accidental o un defecto o desfiguración congénitos, o bien desfiguración relacionada con una enfermedad, o en la medida que lo requiera la ley;

- (24) Los cargos por servicios de cuidado de la vista, salvo según lo requiera la Ley de Cuidado de Salud Asequible como Servicios Preventivos pediátricos;
- (25) Los cargos incurridos en conexión con el tratamiento de reversión de un procedimiento de esterilización voluntaria, como una vasectomía;
- (26) Los cargos incurridos en conexión con la cirugía de cambio de género o cualquier atención o servicios asociados con ese tipo de operación;
- (27) Los cargos por servicios o suministros médicos usados principalmente para el control de la dieta (a menos que estén cubiertos como Servicios Preventivos);
- (28) La compra o el alquiler de acondicionadores de aire, humidificadores, deshumidificadores, vaporizadores o dispositivos similares;
- (29) Alimentos o suplementos alimentarios;
- (30) Los cargos por servicios o suministros experimentales de investigación, entre ellos:
- Cualquier tratamiento, medicamento o suministro que no sea generalmente reconocido como práctica médica aceptable en los Estados Unidos;
 - Cualquier artículo que requiera aprobación del gobierno que no haya sido otorgada el momento de prestarse los servicios;
 - Cualquier servicio o suministro que esté disponible solo con la aprobación de una Junta de Revisión Institucional (según lo requieren las leyes estatales, entre ellas las que requieren que se complete un formulario de Consentimiento Informado para Experimentar en Sujetos Humanos), según lo exigen los reglamentos federales;
 - Cualquier tratamiento que implique medicamentos que no están aprobados por la FDA, entre ellos combinaciones de dosis, y usos no aprobados;
 - Cualquier medicamento o dispositivo para el cual una solicitud de investigación haya sido presentada ante la FDA;
 - Cualquier servicio o suministro que tenga protocolos o documentos de consentimiento que lo describen como una alternativa a otras terapias más convencionales; y/o
 - Cualquier tratamiento que solo esté disponible a través de la participación en un ensayo clínico, a menos que:
 - La Persona Cubierta sea elegible, conforme a un protocolo de ensayo, para participar en un ensayo clínico aprobado para el tratamiento de cáncer u otra enfermedad o afección que amenace la vida que probablemente

resultaría en la muerte a menos que la enfermedad o afección se interrumpan, y:

- el proveedor de atención médica que refiere es un proveedor participante y ha concluido que la participación de la Persona Cubierta en el ensayo clínico es adecuada; o
- la Persona Cubierta provea información médica y científica que establezca que la participación de la persona en el ensayo clínico sería adecuada;
- El ensayo clínico es un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se realiza en conexión con la prevención, detección o tratamiento de cáncer u otra enfermedad u afección potencialmente mortal y está financiado a través de una variedad de entidades o departamentos del gobierno federal; se realiza en conexión con una solicitud de medicamento nuevo bajo investigación revisado por la Administración de Alimentos y Medicamentos; o está exento de los requisitos de solicitud de medicamento nuevo bajo investigación;
- Los costos son costos de rutina del paciente que el Plan típicamente proporciona a las Personas Cubiertas que no están inscritas en un ensayo clínico, pero no incluyen: (a) el artículo, dispositivo o servicio mismo bajo investigación; (b) artículos y servicios no incluidos en la administración clínica directa de la Persona Cubierta, sino suministrados en conexión con la recolección y el análisis de datos; o (c) un servicio no congruente con estándares de cuidado aceptados y establecidos ampliamente para el diagnóstico en particular; y
- La Ley de Cuidado de Salud Asequible exige que el Plan pague el costo;

- (31) Los cargos por vitaminas, minerales, suplementos alimentarios, medicamentos alimentarios, medicamentos de venta libre que se pueden comprar legalmente sin receta, aunque los recete un médico, a menos que se cubran como Servicios Preventivos;
- (32) Medicamentos cuyo propósito principal es de naturaleza cosmética, medicamentos de fecundidad, sueros o vacunas y medicamentos para promover el crecimiento del cabello, a menos que se cubran como Servicios Preventivos;
- (33) Los cargos resultantes de lesiones, incluso entre otras, por accidentes automovilísticos que hayan sido causados por el consumo de alcohol hasta exceder del límite legal de nivel de alcohol en la sangre en la jurisdicción donde haya ocurrido la lesión, por el uso de sustancias ilegales (según lo definen las leyes federales o estatales) o bien el uso de medicamentos recetados de manera distinta a las indicaciones del proveedor de atención médica por parte de la Persona Cubierta;

- (34) Los cargos resultantes de lesiones que hayan sido causadas por el uso de un teléfono celular o algún otro dispositivo telefónico o electrónico por parte de la Persona Cubierta mientras operaba un vehículo de motor, si el uso de dicho dispositivo, o la manera de usarlo, era ilegal mientras operaba el vehículo;
- (35) Los cargos por no presentarse a una cita programada o por llenar algún formulario;
- (36) Los cargos por cualquier enfermedad o lesión ocasionadas por un acto de guerra, o si el Secretario de Asuntos de Veteranos determina que ocurrieron o empeoraron durante el cumplimiento del servicio en los servicios uniformados; y
- (37) Los cargos por servicios no prestados o por un monto que excede del monto facturado.

SECCIÓN 8

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

Formularios de Inscripción

Cada Participante elegible debe completar y presentar ante la Oficina del Fondo un Formulario de Inscripción que se puede obtener del Agente Comercial del Sindicato Local o de la Oficina del Fondo. Las reclamaciones no se pueden procesar hasta que el Formulario de Inscripción sea presentado ante la Oficina del Fondo. Si desea agregar un Dependiente debe presentar pruebas documentadas satisfactorias de la condición de dependiente.

Notifique a la Oficina del Fondo sobre cambios importantes

Después de que un Participante pasa a ser elegible para recibir beneficios, él o ella debe notificarle a la Oficina del Fondo sobre cualquiera de los siguientes cambios:

- (1) Cambios de estado civil (se requiere prueba);
- (2) Los nombres y las fechas de nacimiento de hijos recién nacidos (se requiere prueba);
- (3) Cambio de su dirección o de la dirección de su Cónyuge y/o sus Hijos.

Para notificar a la Oficina del Fondo, complete y presente un formulario de inscripción nuevo.

Presentación de reclamaciones

El Plan solo cubre las recetas compradas en farmacias de la red de CVSHealth (excepto bajo la circunstancia poco usual de que una receta exigida por el requisito de Servicios Preventivos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible no esté disponible en la red de CVSHealth, en cuyo caso el Plan cubrirá la receta fuera de la red). Cuando usted obtiene una receta de una farmacia dentro de la red de CVS Health, la farmacia presenta la reclamación directamente ante CVSHealth.

No obstante, todos los Participantes y Dependientes que soliciten beneficios médicos o por discapacidad bajo el Plan deben presentar una reclamación de beneficios por escrito ante el Administrador Externo en la Oficina del Fondo. En la mayoría de los casos, las reclamaciones dentro de la red serán presentadas electrónicamente por su proveedor. La Junta Directiva pondrá a su disposición formularios estipulados para presentar solicitudes de reclamación en la Oficina del Fondo y, cuando sea posible, en la oficina del Sindicato Local.

Pasos a tomar

- (1) Obtenga su formulario de reclamación de la Oficina del Fondo o de la Oficina del Sindicato Local.
- (2) Haga que el Hospital o el Médico llenen el formulario.
- (3) Adjunte al formulario de reclamación todos los recibos y facturas.
- (4) Complete el lado que le corresponde a usted del Formulario de Declaración del Médico a Cargo que pide información sobre usted. El Participante debe firmar el formulario.
- (5) Envíe el formulario por correo a la Oficina del Fondo:

Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.)
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

Llenar el formulario o la solicitud de reclamación estipulados se considerará la manera normal de solicitar beneficios. No obstante, cualquier forma de reclamación de beneficios por escrito que se presente ante la Oficina del Fondo y se calcule razonablemente que provee la información necesaria requerida para que la Oficina del Fondo determine la elegibilidad del solicitante para recibir beneficios cumplirá con los requisitos de presentación de una reclamación por escrito.

Plazo límite para presentar una reclamación: *un año*

Para que una reclamación se tome en cuenta, debe ser recibida en la Oficina del Fondo dentro de un plazo de un año de la fecha en que se brindó el servicio o se recibió el bien. El no presentar una reclamación dentro de este plazo de un año constituirá una renuncia absoluta a la reclamación en cuestión y será motivo de denegación de la reclamación (a menos que la Persona Cubierta quede incapacitada durante este período, en cuyo caso los Síndicos podrán conceder tiempo adicional para presentar la reclamación).

Procesamiento de reclamaciones y apelaciones por medicamentos con receta

El Plan solo cubre las recetas compradas en farmacias de la red de CVSHealth a menos que una receta exigida por la Ley de Cuidado de Salud Asequible no esté disponible en la red de CVSHealth (lo que es raro). Cuando usted obtiene una receta de una farmacia dentro de la red de CVS Health, la farmacia presenta su reclamación directamente ante CVSHealth. CVSHealth es el administrador de todas las reclamaciones y apelaciones relacionadas con medicamentos con receta. Si CVSHealth rechaza su reclamación, puede presentar una apelación ante CVSHealth, quien tiene la autoridad final de tomar una decisión sobre su apelación. La Junta

Directiva ha asignado la autoridad para tomar decisiones a CVSHealth y no considera las apelaciones sobre medicamentos con receta.

Comuníquese con CVSHealth para obtener más información sobre su proceso de reclamaciones y apelaciones

Procesamiento de reclamaciones médicas

Este procedimiento aplica únicamente a reclamaciones presentadas para recibir beneficios médicos. Además, aplica a cualquier anulación (según lo define la Ley de Cuidado de Salud Asequible (“ACA”, por sus siglas en inglés) y directrices bajo la misma) de cobertura médica o de medicamentos con receta que no se pueda atribuir a la falta de pago oportuno de las primas requeridas por el costo de la cobertura. Se le dará un aviso por escrito con 30 días de anticipación de cualquier anulación.

Si necesita ayuda con su reclamación, apelación o reclamación denegada, o con el proceso de revisión externa, se puede comunicar con la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados al 1-866-444-EBSA (3272) o con cualquier oficina correspondiente de ayuda o representante del consumidor de seguros médicos conforme a la Sección 2793 de la Ley de Servicio de Salud Pública.

Todas las reclamaciones y apelaciones de beneficios médicos serán decididas de tal manera que se mantenga la independencia e imparcialidad de todos aquellos implicados en la toma de una decisión de beneficios. Las decisiones relacionadas con la contratación, la compensación, el despido, el ascenso, los incentivos y otros asuntos similares relacionados con alguna persona u organización que tome decisiones sobre reclamaciones en un proceso de apelaciones (como un adjudicador de reclamaciones, experto médico u Organización de Revisión Independiente) no se tomarán sobre la base de la probabilidad de que la persona u organización apoye la denegación de los beneficios.

En casos en los que el Departamento del Trabajo haya indicado que hay una fecha límite de cumplimiento prorrogada para un requisito particular de la ley ACA descrito en esta sección, el Administrador del Plan o su representante (el “Administrador de Reclamaciones”) podrá retrasar la implementación de la disposición particular prorrogada hasta la fecha límite de cumplimiento.

El Administrador Externo examinará todas las reclamaciones de beneficios presentadas por escrito ante la Oficina del Fondo. El Administrador Externo tendrá el derecho de requerir la presentación de toda la información necesaria, además de la presentada con la solicitud de reclamación. No se efectuarán pagos de beneficios bajo el Plan hasta que se presente una solicitud o reclamación por escrito ante la Oficina del Fondo y toda la información adicional requerida por el Administrador Externo para sustanciar la reclamación haya sido presentada. El Plan seguirá brindando cobertura mientras está pendiente el resultado de una apelación, en la medida que lo requiera la ley ACA, de conformidad con los requisitos de la Sección 2560.503-1(f)(2)(ii) del Título 29 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés), que generalmente estipula que los beneficios de un tratamiento en curso no se pueden reducir o eliminar

sin proveer aviso por escrito por adelantado y una oportunidad de revisión por adelantado.

Un Participante o Dependiente puede presentar una reclamación conforme a este procedimiento por medio de un abogado u otro representante autorizado que se desempeñe en nombre del Participante o Dependiente.

Los siguientes términos se definen para fines de este apartado:

Reclamación posterior al servicio significa cualquier reclamación de beneficios que no es una Reclamación Previa al Servicio según se define a continuación.

Reclamación previa al servicio significa cualquier reclamación de beneficios respecto de la cual los términos del Plan imponen la condición para recibir dichos beneficios, total o parcialmente, de que se apruebe el beneficio antes de obtener la atención médica (p. ej., cuando el Plan requiere una certificación previa para que se cubra un servicio).

Reclamación por atención urgente significa una reclamación de atención o tratamiento médico respecto de la cual la aplicación de los plazos para hacer determinaciones sobre atención no urgente:

- podría poner en grave peligro la vida o la salud del Reclamante o su habilidad de recuperar la función máxima, o
- en la opinión de un médico que conozca el estado médico del Reclamante, lo expondría a un dolor grave que no se puede controlar debidamente sin la atención o el tratamiento que son el objeto de la reclamación.

La determinación de si una reclamación implica Atención Urgente la tomará una persona desempeñándose en nombre del Plan y aplicando el juicio de una persona prudente con conocimientos promedio sobre la salud y la medicina, excepto que una reclamación se considerará automáticamente como Atención Urgente si un médico que conoce el estado médico del Reclamante determina que la reclamación implica Atención Urgente.

Este proceso de reclamaciones aplica al plan médico descrito en este Resumen de la Descripción del Plan. Administrador de Reclamaciones significa la persona o entidad responsable de tomar las determinaciones relevantes bajo el Plan. Unidad de Apelación significa el grupo o las personas empleadas por el Administrador de Reclamaciones asignadas a revisar las apelaciones de determinaciones adversas de beneficios. Este procedimiento de reclamaciones y apelaciones no aplica en el caso de beneficios de medicamentos con receta. El Administrador de Reclamaciones y apelaciones relacionadas con beneficios de medicamentos con receta es el administrador del beneficio de farmacia y proveedor de la red, CVSHealth.

Si se le niega su reclamación de beneficios del Plan, total o parcialmente, se le notificará dentro de un plazo razonable, pero a más tardar en los plazos siguientes:

- *Reclamaciones posteriores al servicio:* El Administrador de Reclamaciones le notificará al Reclamante su determinación respecto de los beneficios en un plazo razonable después de recibir la reclamación, pero a más tardar 30 días después de haber recibido la reclamación. Este plazo se puede prorrogar hasta por 15 días, siempre y cuando el Administrador de Reclamaciones determine tanto que tal prórroga es necesaria por motivos fuera del control del Plan y le notifique por escrito al Reclamante, antes de transcurrido el plazo inicial de 30 días, de las circunstancias que requieren la prórroga y cuándo el Administrador del Plan prevé que tomará una decisión sobre la reclamación. Si el período inicial de 30 días se prorroga debido a que el Reclamante no suministró la información necesaria para tomar una decisión de reclamación, la notificación por escrito estipulará la información específica que se necesita y el Reclamante tendrá al menos 45 días para suministrar la información solicitada. En ese caso, el plazo del Plan para tomar una determinación de beneficios se suspende desde la fecha que el Administrador del Plan le envíe al Reclamante el aviso de prórroga, hasta la fecha en que el Reclamante responda a la solicitud de información adicional, o bien el plazo de respuesta del Reclamante venza. Si el Reclamante provee información adicional en respuesta a tal solicitud, se tomará una decisión dentro de un plazo de 15 días de cuando el Plan haya recibido la información.
- *Reclamaciones previas al servicio:* El Administrador del Plan le notificará al Reclamante sobre su determinación de beneficios (independientemente de que sea o no sea adversa) dentro de un plazo razonable y apropiado según las circunstancias médicas, pero a más tardar 15 días después de recibir la reclamación. Este período se puede extender hasta por 15 días, siempre y cuando el Administrador de Reclamaciones determine tanto que tal prórroga es necesaria por motivos fuera del control del Plan y le notifique por escrito al Reclamante, antes de transcurrido el período inicial de 15 días, de las circunstancias que requieren la prórroga adicional y la fecha en la cual el Administrador de Reclamaciones prevé que tomará una decisión respecto de la reclamación. Si el período inicial de 15 días se prorroga debido a que el Reclamante no suministró la información necesaria para tomar una decisión de reclamación, la notificación por escrito estipulará la información específica que se necesita y el Reclamante tendrá al menos 45 días para suministrar la información solicitada. En ese caso, el plazo del Plan para tomar una determinación de beneficios se suspende desde la fecha que el Administrador del Plan le envíe al Reclamante el aviso de prórroga, hasta la fecha en que el Reclamante responda la solicitud de información adicional, o bien el plazo de respuesta del Reclamante venza. Si el Reclamante provee información adicional en respuesta a tal solicitud, se tomará una decisión dentro de un plazo de 15 días de cuando el Administrador de Reclamaciones haya recibido la información. En caso que el Reclamante no siga los procedimientos pertinentes del Plan al presentar la reclamación, se le notificará al Reclamante dentro de un plazo de cinco días después de que el Administrador de Reclamaciones reciba la reclamación inicialmente de manera que el Reclamante pueda hacer los ajustes necesarios.

- *Reclamaciones de Atención Urgente:* El Administrador de Reclamaciones le notificará al Reclamante de su determinación de beneficios (sea o no sea adversa) tan pronto como sea razonablemente posible y tomando en cuenta las circunstancias médicas correspondientes. El Administrador de Reclamaciones siempre responderá a una Reclamación de Atención Urgente tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar a las 72 de haber recibido la reclamación. El Plan deferirá al proveedor a cargo respecto de la decisión de si una reclamación constituye una Reclamación de Atención Urgente, a menos que el Reclamante no presente la información necesaria para tomar una decisión sobre la reclamación. En tal situación, se le informará al Reclamante, dentro de un plazo de 24 horas de haber presentado la reclamación, sobre la información específica necesaria para completar la reclamación. La notificación podrá ser verbal a menos que el Reclamante pida que sea por escrito. El Reclamante tendrá al menos 48 horas para suministrar la información solicitada. El Administrador del Plan le notificará al Reclamante sobre la determinación de beneficios a más tardar 48 horas después de lo que suceda primero entre el recibo de la información solicitada por parte del Administrador de Reclamaciones o la conclusión del período que se le otorgó al Reclamante para proveer la información adicional. En caso que el Reclamante no siga los procedimientos pertinentes del Plan al presentar la reclamación, se le notificará al Reclamante dentro de un plazo de 24 horas después de que el Administrador de Reclamaciones reciba la reclamación inicialmente, de manera que el Reclamante pueda hacer los ajustes necesarios. A fin de acelerar una Reclamación de Atención Urgente, inicialmente, al Reclamante se le podría notificar verbalmente de una decisión adversa sobre una reclamación; pero, dentro de un plazo de tres días le seguirá una notificación por escrito con la información detallada a continuación.
- *Decisiones sobre atención concurrente:* En ciertas situaciones, el Plan podrá aprobar un curso de tratamiento continuo. Por ejemplo, tratamiento proporcionado dentro de un plazo determinado, o la aprobación de cierto número de tratamientos. Si el Plan reduce o cancela el curso de tratamiento antes de que esté completo, salvo en el caso que el Plan se enmiende o elimine totalmente, ello constituirá una decisión adversa sobre beneficios. El Administrador de Reclamaciones le notificará al Reclamante de esta decisión adversa sobre beneficios con tiempo suficiente para permitirle al Reclamante apelar la decisión y obtener una determinación tras una revisión antes de que el beneficio se reduzca o elimine. Si el Reclamante solicita que se prolongue el curso de tratamiento y la reclamación implica una situación de Atención Urgente, el Administrador de Reclamaciones le notificará al Reclamante sobre la determinación de la reclamación (independientemente de que sea o no sea adversa) tan pronto como sea posible; pero, en ningún caso, más de 24 horas después de que el Reclamante solicite una prolongación, siempre y cuando el Reclamante presente dicha reclamación a más tardar 24 horas antes de caducar el período de tratamiento inicial.

Aviso de determinación adversa sobre una reclamación

Si la reclamación se deniega total o parcialmente, el Administrador de Reclamaciones le proveerá al Reclamante, dentro del plazo relevante descrito anteriormente, un aviso por escrito sobre la denegación. El aviso deberá estar redactado de una manera cultural y lingüísticamente adecuada (según lo definen los reglamentos aplicables) de tal manera que sea comprensible para el Reclamante, y deberá incluir:

- La razón o las razones específicas de la denegación;
- Información suficiente para identificar la reclamación en cuestión, incluida la fecha del servicio, el proveedor de atención médica y, si corresponde, el monto de la reclamación;
- Referencias a las disposiciones específicas del Plan en las que se basó la determinación;
- Una descripción de cualesquier materiales o información adicionales necesarios para que el Reclamante perfeccione una reclamación, y una explicación de por qué tal información es necesaria;
- Una declaración de que el Reclamante tiene derecho a recibir, si lo solicita y tan pronto como sea posible, el código de diagnóstico y su significado correspondiente, así como el código de tratamiento y su significado correspondiente (el Plan no considerará que la solicitud de tal información de diagnóstico y tratamiento, de por sí, constituye una solicitud de apelación interna o revisión externa);
- Una declaración en el sentido de que el Reclamante tiene derecho a recibir, a su solicitud y gratuitamente, acceso razonable a los documentos, registros y demás información relacionados con la reclamación de beneficios, y copias de los mismos;
- Una descripción de los procedimientos de apelación interna del Plan, del proceso de revisión externa correspondiente, información sobre cómo presentar una reclamación y los plazos límite, incluido el derecho de entablar una acción legal civil conforme a la ley ERISA si se sigue denegando la reclamación tras revisión;
- Si la determinación se basó en alguna regla, directriz, protocolo o criterio internos, una explicación de que se confió en tal regla, directriz, protocolo o criterio para hacer la denegación, junto con una copia de la regla, directriz, protocolo o criterio específicos, o bien una declaración de que se le proporcionará al Reclamante dicha copia gratuitamente si así lo solicita;
- Si la determinación se basa en una exclusión por necesidad médica o tratamiento experimental, o en una exclusión o limitación similar, se suministrará una explicación del juicio científico o clínico de la determinación,

- aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas particulares, o una declaración de que se proporcionará gratuitamente si así lo solicita;
- La identificación de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en relación con la determinación de beneficios, independientemente de que se haya confiado en el asesoramiento para hacer la determinación de beneficios;

- El código de denegación y su significado correspondiente (si corresponde), así como una descripción de la norma del Plan, de haberla, que se usó para denegar la reclamación;
- La información de contacto de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados, cualquier oficina correspondiente de ayuda o representante del consumidor de seguros médicos conforme a la Ley de Servicio de Salud Pública;
- En el caso de una determinación adversa que implique Atención Urgente, una descripción del proceso de revisión acelerado disponible para tales reclamaciones.

Presentación de apelaciones médicas

Todo Reclamante cuya solicitud de beneficios haya sido denegada total o parcialmente tendrá la oportunidad de apelar la denegación ante la Junta Directiva. Una apelación puede ser presentada por un representante debidamente autorizado que actúe en nombre del Reclamante.

En el caso que el Reclamante desee aprovechar la oportunidad de apelar, se le requerirá que presente una solicitud por escrito de revisión ante la Junta Directiva en la Oficina del Fondo.

Plazo límite para presentar una apelación (que no sea por una Reclamación de Atención Urgente) 180 días

Si la reclamación se deniega total o parcialmente el Reclamante puede apelar por escrito la reclamación denegada ante la Junta Directiva dentro de un plazo de 180 días de recibir el aviso por escrito sobre la denegación. El Reclamante puede presentar comentarios por escrito, documentos, registros y cualquier otra información relacionada con su reclamación junto con esta apelación. Si lo solicita, el Reclamante también tendrá, gratuitamente, acceso y el derecho de obtener copias de todos los documentos, registros e información relevantes a su reclamación. El Reclamante tiene el derecho de revisar el expediente de la reclamación del Plan y presentar pruebas y testimonio para apoyar su reclamación.

La solicitud de revisión por escrito (o sea, la apelación) debe ser recibida por la Junta Directiva a más tardar 180 días después de que el Participante o Dependiente reciban la notificación de denegación de una reclamación de la Oficina del Fondo. Una solicitud

de revisión se considerará recibida por la Junta Directiva en el momento en que la Oficina del Fondo en efecto la reciba.

El no solicitar por escrito una revisión de la denegación de una reclamación dentro del plazo de 180 días anteriores constituirá una renuncia a la revisión adicional de la reclamación en cuestión y una denegación de la reclamación será vinculante y final para toda cuestión de hecho y de derecho.

Revisión de la apelación por la Junta Directiva

La Junta Directiva considerará todas las apelaciones de denegaciones de reclamaciones presentadas oportunamente. En su solicitud de revisión por escrito, un Participante o Dependiente deberá presentar por escrito todo asunto, comentario, argumento y demás pruebas en apoyo de la apelación. La Junta Directiva no habrá estado implicada en la determinación de beneficios inicial ni será subordinada a la persona que tomó la determinación inicial. Esta revisión no dará preferencia a la determinación inicial de la reclamación. Si la decisión adversa inicial se basó total o parcialmente en un juicio médico, la Junta Directiva consultará a un proveedor de atención médica que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina relevante, y que no haya sido consultado en la determinación adversa de beneficios inicial y no esté subordinado al profesional de atención médica que fue consultado por la determinación adversa de beneficios inicial. Si un profesional de atención médica es contactado en conexión con la apelación, el Reclamante tendrá el derecho de conocer la identidad de dicha persona.

A su discreción, la Junta puede realizar una audiencia informal sobre la apelación. En esas audiencias, no aplicarán las reglas formales de evidencia. Si la Junta decide llevar a cabo una audiencia, le proveerá al Participante o Dependiente un aviso de la hora y el lugar de la audiencia. Tal aviso también le informará al Participante o Dependiente de los asuntos específicos que se determinarán en la audiencia y la base sobre la cual se fundamentarán los hallazgos y se tomará una decisión. La Junta Directiva hará su determinación respecto de la apelación tras examinar las pruebas presentadas por el Participante o Dependiente apelante. La decisión de la Junta Directiva será final y vinculante para todas las partes.

Si la situación implica una Reclamación de Atención Urgente, el Reclamante puede solicitar un proceso de revisión acelerada en el cual el Reclamante puede presentar la apelación verbalmente o por escrito, y toda la información necesaria, incluida la determinación de beneficios tras revisión de la Junta Directiva, le será comunicada al Reclamante por teléfono, fax u otro método similarmente expedito.

El plazo de respuesta de la Junta Directiva se basa en la reclamación de beneficios subyacente:

- *Reclamaciones posteriores al servicio:* la próxima reunión de la Junta. No obstante, en el caso de apelaciones presentadas en el plazo de 30 días antes de la reunión, se tomará una determinación en la segunda reunión siguiente a la recepción de la apelación. Si hay circunstancias especiales que requieren una

prórroga adicional de tiempo, se hará una determinación en la tercera reunión después de recibir la solicitud de revisión.

- *Reclamaciones previas al servicio*: dentro de un plazo razonable y adecuado para las circunstancias médicas, pero a más tardar 30 días después de recibir la solicitud de apelación.
- *Reclamaciones de Atención Urgente*: tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud de apelación del Reclamante.

Notificación de la decisión sobre la apelación

Si le niegan total o parcialmente su reclamación tras su apelación, el Reclamante recibirá una notificación por escrito sobre la denegación. Las notificaciones deberán ser escritas de tal manera que sean comprensibles para el Reclamante, y deberán incluir:

- La razón o las razones específicas de la denegación;
- Información suficiente para identificar la reclamación en cuestión, incluida la fecha del servicio, el proveedor de atención médica y, si corresponde, el monto de la reclamación;
- Referencias a las disposiciones específicas del Plan en las que se basó la determinación;
- Una declaración de que el Reclamante tiene derecho a recibir, si lo solicita, el código de diagnóstico y su significado correspondiente, así como el código de tratamiento y su significado correspondiente;
- Una declaración en el sentido de que el Reclamante tiene derecho a recibir, a su solicitud y gratuitamente, acceso razonable a los documentos, registros y demás información relacionados con la reclamación de beneficios, y copias de los mismos;
- Una descripción de los procesos de revisión voluntaria, apelaciones internas y el proceso de revisión externa, incluida información sobre cómo iniciar una apelación y los plazos límite correspondientes;
- Si la determinación se basó en alguna regla, directriz, protocolo o criterio internos, una explicación de que se confió en tal regla, directriz, protocolo o criterio para hacer la denegación, junto con una copia de la regla, directriz, protocolo o criterio específicos, o bien una declaración de que se le proporcionará al Reclamante dicha copia gratuitamente si así lo solicita.
- Si la determinación se basa en una exclusión por necesidad médica o tratamiento experimental, o en una exclusión o limitación similar, se suministrará una explicación del juicio científico o clínico de la determinación, aplicando los

términos del Plan a las circunstancias médicas particulares, o una declaración de que se proporcionará gratuitamente si así lo solicita.

- La identificación de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en relación con la determinación de beneficios, independientemente de que se haya confiado en el asesoramiento para hacer la determinación de beneficios;
- Una declaración que describa las opciones alternativas de resolución de disputas que pudieran estar disponibles si se comunica con el Departamento del Trabajo de EE. UU., así como el derecho de entablar una acción legal civil conforme a la ley ERISA.

Revisión externa

Hay dos tipos distintos de revisión externa disponibles para reclamaciones médicas: estándar y acelerada.

Solicitudes de revisión externa estándar

Un Reclamante puede presentar una solicitud de revisión externa dentro de un plazo de cuatro meses de la fecha de haber recibido un aviso de determinación adversa sobre los beneficios o la determinación interna adversa final sobre los beneficios. Si no hay fecha exacta correspondiente cuatro meses después de la fecha de haber recibido tal aviso, entonces la solicitud debe ser presentada el primer día del quinto mes siguiente a la recepción del aviso. Por ejemplo, si la fecha de recepción del aviso es el 30 de octubre, como no hay un 30 de febrero, la solicitud se debe presentar el 1 de marzo. Si la última fecha de presentación cae sábado, domingo o en un día feriado federal, la última fecha de presentación se prorroga hasta el día siguiente que no sea sábado, domingo o día feriado federal. La revisión externa está disponible solamente en casos de:

- Rescisión de la cobertura, independientemente de que la rescisión afecte algún beneficio particular en esa fecha; y
- Juicios médicos (excluyendo aquellos que implican solo interpretaciones de contratos o legales sin uso de ningún juicio médico), según lo determine el revisor externo.

Una determinación adversa sobre los beneficios que implica juicio médico incluye, entre otros elementos, una determinación adversa sobre los beneficios que se basa en los requisitos de necesidad médica del Plan, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de cuidado o eficacia de un beneficio cubierto, o bien la determinación del Plan de que un tratamiento es de carácter experimental o bajo investigación. Ejemplos adicionales de situaciones en las que se considera que una reclamación implica juicio médico incluye determinaciones adversas sobre los beneficios que se basan en:

- El entorno de atención médica apropiado para proveerle atención médica a una persona (como cuidado como paciente ambulatorio en comparación con como paciente hospitalizado, o cuidado en el hogar en comparación con una instalación de rehabilitación);
- Si el tratamiento de un especialista es médicaamente necesario o adecuado (según las normas del Plan sobre necesidad o idoneidad médica);
- Si el tratamiento implicó “cuidado de emergencia” o “cuidado urgente” que afectó la cobertura o el nivel de coaseguro;
- La exclusión general de algún artículo o servicio por parte del Plan, si el Plan cubre el artículo o servicio bajo ciertas circunstancias sobre la base de una afección médica;
- Si un Participante o beneficiario tiene derecho a un estándar alternativo razonable de recompensa bajo el programa de bienestar del Plan, de haberlo;
- La frecuencia, el método, el tratamiento o el entorno de un servicio preventivo recomendado, en la medida que no se especifique en las recomendaciones o directrices de la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de los EE. UU. [U.S. Preventive Services Task Force], el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades [Advisory Committee on Immunization Practices] de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades [Centers for Disease Control and Prevention] o la Administración de Recursos y Servicios de Salud [Health Resources and Services Administration] (según se describe en la Sección 2713 de la ley PHS y sus reglamentos de implementación); y
- Si el Plan cumple con las disposiciones de limitación de tratamientos no cuantitativos de la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción [Mental Health Parity and Addiction Equity Act] y sus reglamentos de implementación que por lo general requieren, entre otras cosas, igualdad en la aplicación de técnicas de administración médica.

Revisión preliminar de una revisión externa estándar

Dentro de un plazo de cinco (5) días hábiles después de la fecha de recepción de la solicitud de revisión externa, el Administrador de Reclamaciones revisará la solicitud para determinar si:

- El Reclamante está o estaba cubierto bajo el Plan cuando el artículo o servicio médico fue solicitado o, en el caso de una revisión retrospectiva, estaba cubierto bajo el Plan cuando se suministró el artículo o servicio médico;
- La determinación adversa sobre los beneficios o la determinación adversa final sobre los beneficios no se relaciona con que el Reclamante no haya cumplido

los requisitos de elegibilidad para participar conforme a los términos del Plan (las reclamaciones de elegibilidad no están sujetas a una revisión externa);

- El Reclamante ha agotado los recursos de apelación internos del Plan, a menos que no se requiera que el Reclamante agote el proceso de apelación interna final; y
- El Reclamante ha suministrado toda la información y los formularios requeridos para procesar una revisión externa.

Dentro de un (1) día hábil después de completar la revisión preliminar, el Administrador de Reclamaciones le dará una notificación por escrito al Reclamante. Si la solicitud está completa pero no es elegible para revisión externa, la notificación incluirá los motivos de su falta de elegibilidad y la información de contacto gratuita (si está disponible) de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados. Si la solicitud no está completa, la notificación describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud. El Plan permitirá que un Reclamante perfeccione la solicitud de revisión externa a más tardar en el plazo posterior entre: (a) el período de presentación de cuatro meses, o (b) el período de 48 horas después de recibir la notificación.

Remisión de la revisión externa estándar a la organización de revisión independiente

El Administrador del Plan asignará una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) acreditada por una organización de acreditación reconocida independientemente para que realice la revisión externa. El Plan rotará las asignaciones de reclamación entre las IRO o incorporará otros métodos independientes e imparciales de selección de IRO, como selección al azar. El contrato entre el Plan y una IRO estipulará lo siguiente:

- La IRO usará expertos legales cuando corresponda para hacer las determinaciones de cobertura bajo el Plan;
- La IRO le notificará al Reclamante, oportunamente y por escrito, sobre la elegibilidad de la solicitud y su aceptación para revisión externa.
- El aviso incluirá una declaración que el Reclamante le podrá presentar por escrito a la IRO asignada dentro de diez (10) días hábiles después de la fecha de recibir el aviso que la IRO debe considerar al realizar la revisión externa; y
- No se requiere que la IRO, aunque esta puede, aceptar y considerar información adicional presentada después de diez (10) días.

Dentro de un plazo de cinco (5) días hábiles de la fecha de asignación de la IRO, el Plan le proveerá a la IRO asignada los documentos e información que fueron tomados en cuenta al tomar la determinación adversa sobre los beneficios para que se haga una determinación interna final adversa sobre los beneficios. Si el Plan no provee los documentos e información oportunamente, eso no retrasará la realización de la revisión externa. Si el Plan no provee los documentos e información oportunamente, la IRO

podrá terminar la revisión externa y tomar una decisión de revocar la determinación adversa sobre los beneficios o la determinación final interna adversa sobre los beneficios. La IRO debe notificarle al Reclamante y al Plan dentro del plazo de un día hábil de haber tomado tal decisión.

Al recibir información presentada por el Reclamante, la IRO debe, dentro de un (1) día hábil, transmitir la información al Plan. El Administrador de Reclamaciones puede, aunque no se requiere que lo haga, reconsiderar su determinación adversa sobre los beneficios o la determinación final interna adversa sobre los beneficios. Una reconsideración por parte del Plan no retrasará la revisión externa. Si el Administrador de Reclamaciones decide revocar una determinación adversa sobre los beneficios o una determinación final interna adversa sobre los beneficios y proveer cobertura o pago, el Administrador de Reclamaciones le proveerá al Reclamante y a la IRO un aviso por escrito de su decisión, dentro del plazo de un (1) día hábil después de tomar la decisión. La IRO cancelará la revisión externa tras recibir este aviso del Administrador de Reclamaciones.

La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. Al tomar una decisión, la IRO revisará la reclamación nuevamente y no quedará sujeta a ninguna decisión o conclusión tomadas durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones. Además de los documentos e información suministrados, la IRO, en la medida que la información o los documentos estén disponibles y la IRO los considere adecuados, tomará lo siguiente en cuenta al tomar una decisión:

- Los expedientes médicos del Reclamante;
- La recomendación del profesional de atención médica a cargo;
- Informes de profesionales médicos correspondientes y otros documentos presentados por el Plan o emisor, el Reclamante o el proveedor que brinda tratamiento al Reclamante; los términos del Plan para garantizar que la decisión de la IRO no vaya en contra de los términos del Plan, a menos que los términos no sean congruentes con la ley correspondiente;
- Directrices de práctica adecuadas, las cuales deben incluir estándares aplicables basados en la evidencia y pueden incluir otras directrices de práctica elaboradas por el gobierno federal, sociedades, juntas y asociaciones médicas nacionales o profesionales;
- Cualesquier criterios de revisión clínica desarrollados y usados por el Plan, a menos que los criterios sean incongruentes con los términos del Plan o las leyes aplicables; y
- La opinión del revisor o los revisores clínicos de la IRO tras considerar la información o los documentos disponibles en la medida en que el revisor o los revisores clínicos lo consideren adecuado.

Aviso de la decisión de la revisión externa estándar

La IRO les proveerá al Reclamante y al Plan un aviso por escrito sobre la decisión final tras la revisión externa dentro de un plazo de 45 días de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa. La notificación contendrá:

- Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa, que incluirá información suficiente para identificar la reclamación (incluidas las fechas de servicio, el proveedor de atención médica y, si corresponde, el monto de la reclamación, el código de diagnóstico y su significado correspondiente, el código de tratamiento y su significado correspondiente, así como el motivo de la denegación anterior);
- La fecha que la IRO recibió la tarea de realizar la revisión externa y la fecha de la toma de decisión por parte de la IRO;
- Referencias a las pruebas o documentación, entre ellas las disposiciones específicas de cobertura y estándares basados en evidencia, tomados en cuenta para llegar a una decisión;
- Un planteamiento del motivo o los motivos principales de la decisión, incluidas las razones de la decisión y cualesquier estándares basados en evidencia en los que se confió para tomar esta decisión;
- Una declaración de que la determinación es final, salvo en la medida que otros remedios puedan estar disponibles bajo las leyes estatales o federales para el Plan o el Reclamante;
- Una declaración de que una revisión judicial podría estar disponible para el Reclamante; y
- La información de contacto actual, incluido el número telefónico, de cualquier oficina correspondiente de ayuda o representante del consumidor de seguros médicos conforme a la Sección 2793 de la Ley de Servicio de Salud Pública.

Reversión de la decisión del Plan tras una Revisión Externa Estándar

Al recibir un aviso de decisión tras una revisión externa final que revoca la determinación adversa sobre los beneficios o una determinación adversa interna final sobre los beneficios, el Plan proveerá cobertura o pago inmediatamente (lo que incluye autorizar inmediatamente o comenzar inmediatamente a pagar beneficios) de la reclamación. La decisión final de revisión externa es vinculante para el Plan y el Reclamante, salvo en la medida que otros recursos estén disponibles bajo las leyes estatales o federales y salvo que el requisito de que la decisión sea vinculante no impida que el Plan efectúe pago por la reclamación o de otro modo provea beneficios en cualquier oportunidad, incluso tras una decisión final de revisión externa que denegó la reclamación o de otro modo no exija dichos pagos o beneficios. Por este motivo, el Plan deberá proveer cualesquier beneficios, incluyendo efectuar el pago de la reclamación, de conformidad con la decisión final de revisión externa sin demora, independientemente de que el Plan se proponga solicitar una revisión judicial de la

decisión de revisión externa y a menos que, o hasta que de otro modo haya una decisión judicial.

Revisión externa acelerada

Solicitud de revisión externa acelerada

Cuando la revisión externa esté por lo demás disponible, el Plan permitirá que un Reclamante haga una solicitud de revisión externa acelerada al momento que el Reclamante reciba:

- Una determinación adversa sobre los beneficios, si la determinación adversa sobre los beneficios implica una afección médica por la cual el período para completar una apelación interna acelerada pondría en grave peligro la vida o la salud del Reclamante o pondría en peligro la habilidad del Reclamante de recuperar la máxima función y el Reclamante ha presentado una solicitud de apelación interna acelerada, o
- Una determinación final interna adversa sobre los beneficios, si el Reclamante tiene una afección médica por la cual el período para completar una apelación interna acelerada pondría en grave peligro la vida o la salud del Reclamante o pondría en peligro la habilidad del Reclamante de recuperar la máxima función o si la determinación final interna adversa sobre los beneficios implica una admisión, la disponibilidad del cuidado, continuación de la estadía o artículo o servicio de atención médica por el cual Reclamante recibió servicios de emergencia, pero aún no ha sido dado de alta de una instalación.

Revisión preliminar de una revisión acelerada

Inmediatamente tras recibir la solicitud de revisión externa acelerada, el Administrador de Reclamaciones revisará la solicitud para determinar si dicha solicitud cumple con los requisitos enumerados anteriormente para una *Revisión preliminar de una revisión externa estándar*. El Plan debe, inmediatamente, enviarle un aviso al Reclamante sobre su determinación de elegibilidad.

Remisión de la revisión acelerada a la organización de revisión independiente

Al tomar una determinación de que una solicitud es elegible para revisión externa acelerada tras una revisión preliminar, el Administrador de Reclamaciones asignará una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) de conformidad con los requisitos descritos en el párrafo anterior para la *Remisión de la revisión externa estándar a la organización de revisión independiente*. El Plan proveerá o transmitirá electrónicamente o por teléfono o fax, o cualquier otro método acelerado disponible, todos los documentos e información necesarios que se tomaron en cuenta para tomar la determinación adversa sobre los beneficios o la determinación final interna adversa sobre los beneficios a la IRO asignada.

La IRO asignada, en la medida que la información o los documentos estén disponibles y la IRO los considere adecuados, tomará en consideración la información o los documentos descritos anteriormente bajo los procedimientos de Revisión externa estándar. Al tomar una decisión, la IRO revisará la reclamación nuevamente y no quedará sujeta a ninguna decisión o conclusión tomadas durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones.

Aviso de la decisión de la revisión externa acelerada

La IRO le proveerá aviso por escrito al Reclamante y al Plan sobre la decisión externa final, de conformidad con los requisitos del Aviso de la decisión de la revisión externa estándar, salvo que el aviso se proveerá de manera tan acelerada como lo requieran el estado o las circunstancias médicas del Reclamante, pero a más tardar 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa acelerada. Si el aviso no es por escrito, entonces, dentro de un plazo de 48 horas después de la fecha de proveer tal aviso, la IRO deberá proveer confirmación por escrito de esa decisión al Reclamante y al Plan.

Reversión de la decisión del plan

Al recibir un aviso de decisión tras una revisión externa final que revoca la determinación adversa sobre los beneficios o una determinación adversa interna final sobre los beneficios, el Plan proveerá cobertura o pago inmediatamente (lo que incluye autorizar inmediatamente o comenzar inmediatamente a pagar beneficios) de la reclamación. La decisión final de revisión externa es vinculante para el Plan y el Reclamante, salvo en la medida que otros recursos estén disponibles bajo las leyes estatales o federales y salvo que el requisito de que la decisión sea vinculante no impida que el Plan efectúe pago por la reclamación o de otro modo provea beneficios en cualquier momento, incluso tras una decisión final de revisión externa que denegó la reclamación o de otro modo no exija dichos pagos o beneficios. Por este motivo, el Plan deberá proveer cualesquier beneficios, incluyendo efectuar el pago de la reclamación, de conformidad con la decisión final de revisión externa sin demora, independientemente de que el Plan se proponga solicitar una revisión judicial de la decisión de revisión externa y a menos que, o hasta que de otro modo haya una decisión judicial.

Requisitos de registro de la IRO

Tras una revisión externa final, la IRO debe mantener registros de todas las reclamaciones y avisos asociados con el proceso de revisión externa, por un plazo de seis (6) años. Una IRO debe tener esos registros disponibles para que sean examinados por el Reclamante, el Plan o la agencia supervisora estatal o federal, si se solicita, salvo si dicha divulgación infringiría las leyes de privacidad estatales o federales.

Procedimientos de reclamaciones y apelaciones de los beneficios semanales por accidentes y enfermedad

Debe reportar su ausencia para iniciar su reclamación de beneficios por discapacidad. Al reportar su ausencia, el Administración de Reclamaciones le pedirá que provea cierta información básica, incluyendo:

- Información personal: Nombre, dirección, número telefónico, número de Seguro Social y puesto de trabajo;

- Información del trabajo; Empleador, lugar de trabajo y dirección, horario de trabajo, nombre y número telefónico del supervisor, así como la fecha de contratación;
- Información sobre la enfermedad/lesión; El último día trabajado, la naturaleza de la enfermedad, cómo, cuándo y dónde ocurrió la lesión, y cuándo comenzó la discapacidad.
- Información sobre el médico: El nombre, la dirección, el número telefónico y el número de fax de cada médico que brinda tratamiento.

El Administrador de Reclamaciones le dará un aviso por escrito o electrónico sobre cualquier determinación adversa sobre los beneficios dentro de un plazo de 45 días (aunque podría tomar hasta dos prórrogas de treinta días cada una por asuntos que están fuera de su control, si le da un aviso por adelantado sobre el retraso). La notificación indicará:

- La razón o las razones específicas de la determinación adversa;
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la determinación; y
- Una descripción de cualquier material o información adicionales necesarios para perfeccionar la reclamación, y una explicación de por qué tales materiales o información son necesarios.

De manera alternativa, si la reclamación que usted presentó estaba incompleta, el Administrador de Reclamaciones podría dejarle saber que necesita más información para decidir la reclamación. En ese caso, tendrá 45 días para responder con la información necesaria, y el Administrador de Reclamaciones tomará una decisión sobre su reclamación dentro de un plazo de 30 días de recibir esta información.

Si disputa la respuesta a su solicitud de beneficios, debe presentar la reclamación en disputa ante el Administrador de Reclamaciones. Usted o su representante autorizado pueden apelar una reclamación denegada dentro de un plazo de 180 días de recibir la notificación de denegación: Usted tiene derecho a:

- Presentar para revisión comentarios por escrito, documentos, registros y cualquier otra información relacionada con la reclamación;
- Solicitar, gratuitamente, acceso razonable a todos los documentos, registros y demás información relevantes para su reclamación, así como copias de los mismos;
- Una revisión que tome en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y demás información presentados por usted, independientemente de que dicha información haya sido presentada o considerada en la decisión de la reclamación inicial;

- Una revisión que no le dé preferencia a la decisión adversa inicial y que no sea realizada ni por la persona que tomó la decisión adversa, ni por un subalterno de esa persona;
- Si la apelación implicó una decisión adversa basada en un juicio médico, una revisión de su reclamación por un profesional médico con la capacitación y experiencia apropiadas en el campo de la medicina implicado en el juicio médico y que ni fue consultado en conexión con la decisión adversa ni es subalterno de ninguna persona que lo fue; y
- La identificación de expertos médicos o vocacionales, de haberlos, consultados en conexión con la denegación de la reclamación, independientemente de que se haya confiado en el asesoramiento para tomar la decisión. El Administrador de Reclamaciones hará una revisión completa y justa de su apelación y podrá requerir documentos adicionales, según lo estime necesario, para realizar dicha revisión. Se tomará una decisión final sobre la revisión dentro de un plazo razonable, pero a más tardar 45 días después de recibir la solicitud de revisión por escrito, a menos que el Administrador de Reclamaciones determine que circunstancias especiales requieren de una prórroga. En tal caso, se le enviará un aviso por escrito antes de que finalice el período inicial de 45 días. El aviso de prórroga deberá indicar las circunstancias especiales y la fecha para la cual el Administrador de Reclamaciones prevé que tomará la decisión sobre la apelación. La prórroga no puede exceder de un período de 45 días del fin del período inicial. Los plazos de apelación comienzan cuando se presenta una apelación, independientemente de que toda la información necesaria para tomar una decisión de apelación acompañe a la presentación.

Si una prórroga es necesaria porque usted dejó de presentar información necesaria, los días desde la fecha del aviso de prórroga hasta que usted responda a la solicitud de información adicional no se cuentan como parte del período de determinación de la apelación.

El aviso de denegación del Administrador de Reclamaciones se proveerá dentro de un plazo de 45 días e incluirá:

- La razón o las razones específicas de la denegación con referencia a las disposiciones del Plan sobre las cuales se basó la denegación;
- Una declaración de que tiene derecho a recibir, si así lo solicita y gratuitamente, acceso razonable a los documentos, registros y demás información relevantes para su reclamación, así como copias de los mismos;
- Una declaración que describa los procedimientos de apelación voluntaria que ofrece el Administrador del Plan y de su derecho de obtener información sobre dichos procedimientos, así como una declaración de su derecho de entablar una acción de conformidad con la ley ERISA;

- Si corresponde, cualquier regla, directriz, protocolo o criterio similar internos en los que se confió para tomar la decisión adversa, o bien una declaración de que se confió en dicha regla, directriz, protocolo u otro criterio y una copia de los mismos que se proporcionará libre de cargo si lo solicita; y
- Si la decisión adversa se basó en una exclusión por necesidad médica, tratamiento experimental, o exclusión o limitación similares, se suministrará una explicación del criterio científico o clínico de la decisión adversa, o una declaración de que tal explicación será proporcionada gratuitamente si así lo solicita.

Si hay circunstancias especiales en la consideración de su apelación, el Administrador Externo podrá prorrogar el plazo para decidir su apelación, hasta por 45 días.

Ley de prescripción y agotamiento de los recursos administrativos (todas las reclamaciones y apelaciones)

El Reclamante no podrá iniciar un procedimiento judicial en contra de ninguna persona, incluido el Plan, la Junta Directiva, un fiduciario del Plan, el Administrador del Plan, el Patrocinador del Plan, el Administrador de Reclamaciones, ni ninguna otra persona, respecto de una reclamación de beneficios bajo el Plan, sin antes agotar los procedimientos de reclamaciones enumerados anteriormente. Un Reclamante que ha agotado estos procedimientos y no está satisfecho con la decisión bajo apelación de una reclamación denegada podrá entablar una acción conforme a la Sección 502 de ERISA en un tribunal con la jurisdicción para revisar la decisión bajo apelación, pero solo si la acción se comienza a más tardar la fecha más pronta entre: (1) tres años después de la fecha que se proporcionó el servicio o tratamiento, o en que ocurrió el evento que ocasionó que se proporcionara el beneficio, o (2) el primer aniversario de la decisión final bajo apelación.

Independientemente de lo que indique el párrafo anterior, si el Plan no observa todos los requisitos de los procedimientos establecidos anteriormente para las reclamaciones médicas o rescisiones de cobertura médica, entonces, en la medida en que lo ordene la ley ACA, el Reclamante podrá iniciar una revisión externa o entablar una acción ante un tribunal correspondiente bajo la ley estatal o la Sección 502(a) de la ley ERISA, pero solo si la acción se inicia a más tardar en lo que ocurra primero entre (1) tres años después de la fecha en que se proporcionó el servicio o tratamiento, o que ocurrió el evento que ocasionó que se proporcionara el beneficio, o (2) el primer aniversario de la decisión del Administrador de Reclamaciones bajo apelación. No obstante el Reclamante no puede iniciar una revisión externa ni entablar una acción ante un tribunal correspondiente bajo las leyes estatales o la sección 502(a) de la ley ERISA sin antes agotar los procedimientos de reclamación estipulados anteriormente, si la infracción por parte del Plan:

1. Fue de *minimis* (mínima);
2. Tiene poca probabilidad de ocasionarle perjuicios o daños al Reclamante;

3. Se puede atribuir a buena causa o a asuntos fuera del control del Plan;
4. Ocurrió dentro del contexto de un intercambio de información continuo y en buena fe; y
5. No refleja un patrón o práctica de falta de cumplimiento por parte del Plan.

Dentro de un plazo de 10 días de que el Plan reciba una solicitud por escrito del Reclamante, el Reclamante tiene el derecho de recibir una explicación de los fundamentos del Plan para manifestar que cumple con la excepción anterior que incluye una descripción específica de sus fundamentos, de haberlos, para reclamar que la infracción no debería ocasionar que el proceso de reclamación y apelación interno se considere agotado. Si un revisor externo o un tribunal rechazan la solicitud del Reclamante de revisión inmediata sobre la base de que el Plan cumple con los requisitos de la excepción, entonces el Plan le proveerá al Reclamante un aviso de la oportunidad de volver a presentar y seguir el proceso de apelación interno por la reclamación dentro de un plazo razonable después de que el revisor externo o el tribunal hayan rechazado la reclamación de revisión inmediata (pero no después de 10 días). Los plazos límite para volver a presentar la reclamación comenzarán a transcurrir cuando el Reclamante reciba dicho aviso.

Avisos

Siempre que estos procedimientos de reclamación y apelación requieran que se efectúe dicho aviso, el aviso se hará por escrito y tendrá la firma de la persona que lo envía. El aviso se puede enviar por correo de primera clase o se puede entregar en persona, a opción del remitente. Los Avisos al Reclamante se le enviarán a él o ella a su dirección más reciente conocida, según lo indican los expedientes de la Oficina del Fondo

Los avisos al Fondo se deberán enviar a la Oficina del Fondo, a la siguiente dirección:

Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (Fondo de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C.)
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, MD 21046

SECCIÓN 9

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA BAJO COBRA

Si se cancela la cobertura (elegibilidad) bajo el Fondo como resultado de un “evento determinante”, las Personas Cubiertas podrán comprar una extensión temporal de la cobertura del Fondo (llamada “continuación de la cobertura”) a una tarifa de grupo que represente el 102% del costo del Plan. Un Empleado, Cónyuge o Hijo que sea una Persona Cubierta podrían convertirse en “beneficiarios calificados” si pierden la cobertura bajo el Plan debido al evento determinante. Esta continuación de la cobertura algunas veces se conoce como cobertura “COBRA”.

Es posible que tenga otras opciones si pierde la cobertura médica grupal

En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que haya otras opciones de cobertura más asequibles para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud (el “Mercado”), Medicaid u otras opciones de cobertura médica grupal (como el plan de un Cónyuge) durante lo que se conoce como un “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones podrían costar menos que la continuación de la cobertura bajo COBRA.

Debe comparar sus otras opciones de cobertura con la continuación de la cobertura de COBRA y elegir la cobertura que más le convenga. Por ejemplo, si se cambia a otra cobertura, es posible que pague más de su propio bolsillo de lo que tendría que pagar bajo COBRA porque la cobertura nueva podría imponer un deducible nuevo.

Cuando usted pierde la cobertura médica proporcionada por un empleo, es importante que elija cuidadosamente entre la continuación de cobertura de COBRA y otras opciones de cobertura porque una vez que tome una decisión, podría ser difícil o imposible cambiar a otra opción de cobertura.

Para obtener más información sobre las opciones de seguro médico disponibles a través del Mercado de Seguros de Salud y para encontrar un asistente en su área con quien pueda hablar sobre las distintas opciones, visite www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-800-318-2596.

Si se inscribe en COBRA puede inscribirse en el Mercado de Seguros solo en oportunidades específicas.

Si se inscribe en la continuación de la cobertura de COBRA puede cambiar a un plan del Mercado de Seguros durante un período de inscripción abierta del Mercado de Seguros. También puede cancelar su continuación de la cobertura de COBRA anticipadamente y cambiar a un plan del Mercado si tiene otro evento determinante

como un matrimonio o el nacimiento de un Hijo a través de algo denominado un “período de inscripción especial”. Sin embargo, tenga cuidado - si cancela su continuación de la cobertura de COBRA anticipadamente sin otro evento determinante, tendrá que esperar para inscribirse en la cobertura del Mercado de Seguros hasta el próximo período de inscripción abierta y podría terminar sin cobertura médica alguna en el ínterin.

Una vez que haya agotado su continuación de la cobertura de COBRA y la cobertura caduque, será elegible para inscribirse en la cobertura del Mercado de Seguros durante un período de inscripción especial, aunque haya terminado dicho período de inscripción abierta del Mercado de Seguros.

Si se inscribe para la cobertura del Mercado de Seguros en lugar de la continuación de la cobertura de COBRA, no puede cambiar a continuar con la cobertura de COBRA bajo ninguna circunstancia.

“Eventos Determinantes” de Continuación de la Cobertura

Si usted es un Empleado, Cónyuge o Hijo cubierto por el Fondo, tiene el derecho de comprar esta continuación de la cobertura por un período de hasta 18 meses si pierde su cobertura debido a una reducción de las horas de empleo del Empleado o la terminación del empleo del Empleado (por motivos que no sean grave mala conducta).

Si usted es el Cónyuge de un Empleado cubierto por el Fondo, tiene derecho a comprar esta continuación de la cobertura por un período de hasta 36 meses, si pierde la cobertura que ofrece el Fondo por cualquiera de las siguientes razones:

- (1) la muerte del Empleado;
- (2) el divorcio o separación legal del Empleado; o
- (3) su Cónyuge adquiere derecho a recibir los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B, o ambas).

Si usted es el Hijo de un Empleado cubierto por este Fondo, tiene derecho a comprar la continuación de la cobertura por un período de hasta 36 meses, si pierde la cobertura que ofrece el Fondo por cualquiera de las siguientes razones:

- (1) la muerte del padre que es el Empleado;
- (2) el divorcio o separación legal de los padres;
- (3) el padre que es el Empleado adquiere derecho a recibir los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B, o ambas); o
- (4) el Dependiente deja de cumplir con la definición de “Dependiente” conforme a las reglas del Plan.

Si usted es el Cónyuge de un Empleado Jubilado cubierto por este Fondo, tiene derecho a comprar la continuación de la cobertura por un período de hasta 36 meses, si pierde la cobertura que ofrece el Fondo por cualquiera de las siguientes razones:

- (1) la muerte del Empleado Jubilado;
- (2) el divorcio o la separación legal del Empleado Jubilado; o
- (3) el padre que es el Empleado adquiere derecho a recibir los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B, o ambas); o

Prórroga por discapacidad a veintinueve (29) meses

Esta prórroga aplicará cuando la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) determine que un beneficiario calificado estuvo discapacitado en algún momento antes de transcurridos los primeros sesenta (60) días de cobertura de COBRA (resultantes de la terminación de un empleo o la reducción de las horas de trabajo) y sigue estando discapacitado al final del período inicial de 18 meses de cobertura. Para que aplique la prórroga por discapacidad, tiene que proveer una copia de la carta de Determinación de Discapacidad de la SSA que le fue enviada a su familiar discapacitado dentro del plazo de 18 meses de COBRA y, a más tardar, 60 días después de la fecha posterior entre: (1) la fecha de determinación de la discapacidad por la SSA; (2) la fecha en que ocurra el evento determinante; o (3) la fecha en que el Beneficiario Calificado pierda la cobertura.

Su responsabilidad de informar

El Empleado o Empleado Jubilado, o bien los miembros de su familia, tienen la responsabilidad inicial de informarle a la Junta Directiva sobre un divorcio, separación legal, que un hijo pierda su clasificación como Dependiente bajo el Fondo, que el Empleado adquiera derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas), o la muerte del Empleado Jubilado. Se debe proveer un aviso por escrito a más tardar sesenta (60) días después del evento o de la fecha de término de la cobertura, lo que suceda más tarde. Se podría requerir que las Personas Cubiertas provean información adicional para justificar el evento determinante (p. ej. un fallo de divorcio).

El Empleador que hace aportaciones en nombre del Empleado tiene la responsabilidad inicial de notificar a la Junta Directiva sobre el fallecimiento del Empleado, su despido del empleo o la reducción de horas.

Elección de la Cobertura

Cuando se le notifica a la Junta Directiva que ha ocurrido uno de estos eventos, la Junta Directiva, a su vez, les notificará a las Personas Cubiertas que tienen el derecho de elegir continuación de la cobertura. Las Personas Cubiertas deben informarle a la Junta Directiva que desean comprar continuación de la cobertura dentro de un plazo de sesenta (60) días de la fecha en que perderían la cobertura debido a uno de los

eventos descritos anteriormente. Podría requerirse que las Personas Cubiertas que elijan cobertura paguen hasta el 102% de la prima correspondiente y hasta el 150% de la prima correspondiente durante una prórroga por discapacidad. La primera prima vence 45 días después de la fecha de elección de la cobertura. Todas las primas subsiguientes vencen el primer día del período de cobertura, que es el primer día de cada mes (con un período de gracia de 30 días).

Duración de la cobertura

Los períodos de continuación de la cobertura incluyen todos los meses durante los cuales la cobertura continuó después de que ocurrió el "evento determinante", incluso si las Personas Cubiertas no tuvieron que pagar ellas mismas por la cobertura durante esos meses. Por ejemplo, si el empleo de un Empleado terminó el 31 de marzo, pero su cobertura a través del Fondo continuó hasta el 30 de junio, él o ella podrá comprar quince (15) meses de continuación de la cobertura (hasta septiembre del año siguiente) bajo estas reglas. Esto es un total de dieciocho (18) meses de continuación de la cobertura.

Si usted pierde la cobertura a causa de un evento determinante, puede elegir continuar la misma cobertura que tenía inmediatamente antes del evento determinante; no obstante, esa continuación de la cobertura queda sujeta a los cambios efectuados por la Junta Directiva a la misma cobertura mantenida por Empleados o Empleados Jubilados en situaciones similares (según corresponda). Usted tiene el mismo derecho a cambiar su cobertura que tienen otros Empleados o Empleados Jubilados en situaciones similares (entre ellos derechos de inscripción abierta para cambiar la cobertura).

Las primas de la continuación de la cobertura están sujetas a modificaciones periódicas efectuadas por la Junta Directiva. Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener información acerca de las primas de continuación de la cobertura. Si una Persona Cubierta no compra continuación de la cobertura, terminará la cobertura regular a través del Fondo.

Razones por las que puede interrumpirse la continuación de la cobertura

La continuación de la cobertura puede ser interrumpida por *cualquiera* de las siguientes razones:

- (1) el Empleador del Empleado o del Empleado Jubilado ya no hace aportaciones al Fondo para fines de proporcionar cobertura médica grupal a sus Empleados;
- (2) la Persona Cubierta no paga a tiempo la prima de continuación de la cobertura;
- (3) Si la Persona Cubierta queda cubierta por otro plan médico grupal, ya sea como Empleado o de otro modo;
- (4) la persona Cubierta adquiere derecho a recibir los beneficios bajo Medicare;

- (5) en el caso de las prórrogas de once (11) meses debido a ciertas discapacidades, una determinación final de que la Persona Cubierta ya no está discapacitada.

Los beneficiarios calificados deben pagar la prima total de continuación de la cobertura

Sírvase observar que si la Persona Cubierta cambia de estado civil o de dirección, debe notificarlo de inmediato a la Junta Directiva.

SECCIÓN 10

OTRAS REGLAS Y REGLAMENTOS DEL PLAN

Coordinación de beneficios

El propósito de las reglas de “coordinación de beneficios” es permitir que las Personas Cubiertas reciban beneficios de uno o más planes grupales, aunque en ningún caso más del 100% de los Gastos Cubiertos.

Como la mayor parte de la industria de seguros tiene algún tipo de “coordinación de beneficios”, si este Plan no incluyera tal disposición, siempre se le consideraría el plan “principal” y, por lo tanto, siempre pagaría los beneficios primero. Si fuera ese el caso, otros planes experimentarían grandes ahorros a costa de este Plan.

Para fines de la regla de coordinación de beneficios de este Plan, un “gasto permitido” es cualquier Cargo Usual, Acostumbrado y Razonable que sea Médicamente Necesario y esté cubierto, al menos en parte, por uno de los planes. “Planes” significa cobertura de beneficios médicos o de bienestar proporcionada: (a) bajo un plan del gobierno establecido específicamente para los empleados civiles del gobierno mismo y sus dependientes, o (b) bajo una póliza de seguro grupal o plan grupal, o bien otra cobertura ofrecida a un grupo de personas, incluida la cobertura estudiantil obtenida a través de una institución educativa.

Cuando se hace una reclamación, el plan principal paga sus beneficios sin tomar en cuenta ningún otro plan. Los planes secundarios ajustan sus beneficios de manera que el total de beneficios disponible no exceda de los gastos permitidos. Ningún plan paga más de lo que hubiera pagado sin la disposición de coordinación.

- (1) El plan que cubra a una persona en calidad de empleado pagará beneficios primero. El plan que cubra a una persona en calidad de dependiente pagará en segundo lugar.
- (2) Si un hijo dependiente está cubierto por los planes de ambos padres, el plan del padre cuya fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento, ocurra primero en el año calendario, cuyos beneficios cubran al hijo, se clasificará como primario. El plan del padre cuya fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento, ocurra más adelante en el año calendario, cuyos beneficios cubran al hijo, se clasificará como secundario.

Si un plan que sigue la regla de “fecha de nacimiento” se coordina con otro plan que observa la regla basada en el género y, como resultado de ello, los planes no llegan a un acuerdo en cuanto al orden de pago de los beneficios, entonces dicho orden será determinado por la regla basada en el género.

- (3) Cuando los padres estén divorciados o separados, el orden será el siguiente:
- (a) El plan del padre que tenga la custodia paga primero. El plan del padre que no tenga la custodia paga en segundo lugar.
 - (b) Si el padre que tiene la custodia ha vuelto a contraer matrimonio, el orden será el siguiente:
 - (i) el plan del padre que tenga la custodia,
 - (ii) el plan del padrastro o madrastra,
 - (iii) el plan del padre que no tenga la custodia.

Si existe una orden del tribunal que indica que uno de los padres es el responsable de los gastos médicos del hijo, el plan de ese parente pagará primero. Esta orden sustituye a cualquier otra orden enumerada bajo (a) o (b).

- (4) Si uno de los padres está cubierto bajo más de un plan, el plan bajo el cual haya estado cubierto(a) por más tiempo paga primero. La excepción a esta regla es:

- Un plan grupal que cubra a una persona, que no sea como empleado cesante o jubilado, o al dependiente de dicha persona, determinará los beneficios que se pagarán primero. Un plan grupal que cubra a una persona, que no sea como empleado cesante o jubilado, o al dependiente de dicha persona, determinará los beneficios que se pagarán en segundo lugar.

Si este Fondo es el secundario de conformidad con las reglas arriba enunciadas, este Fondo pagará el monto que hubiera pagado si fuera el principal, menos lo que pagó el plan principal.

Recuperación de terceros (subrogación, reembolso y compensación)

Este Fondo tiene reglas de subrogación, reembolso y compensación que aplican cuando una Persona Cubierta se lesionó o enfermó y otra persona es posiblemente responsable de la lesión o enfermedad. Bajo tales circunstancias, el Fondo adelantará el pago de los beneficios para cubrir las reclamaciones calificadas de la Persona Cubierta; no obstante, el Fondo se reservará un derecho de subrogación, reembolso y/o compensación respecto de dicho pago como se describe en mayor detalle a continuación.

Los derechos de subrogación, reembolso y compensación son tres derechos distintos. El Fondo puede elegir hacer valer uno o más de los derechos respecto de un asunto en particular. Además, el hecho de que el Fondo no haga valer un derecho determinado no constituye una renuncia por parte del Fondo respecto de algún otro derecho, y dicha falta no reducirá ni de otro modo alterará el alcance de los demás derechos del Fondo. Por ejemplo, si el Fondo elige no hacer valer sus intereses de subrogación en un caso

en particular, el Fondo aún tiene el derecho de recibir un reembolso y/o compensación totales según se describe en mayor detalle a continuación.

Las reglas de subrogación, reembolso y compensación fueron establecidas para ayudar a las Personas Cubiertas con el pago de ciertas reclamaciones calificadas mientras interponen recursos en contra del tercero responsable. Las reglas también evitan una situación en la que una Persona Cubierta recibe compensación doble por la misma lesión o enfermedad, la primera vez del Fondo cuando paga las facturas médicas y la segunda vez del tercero cuando paga los daños y perjuicios por la pérdida. La cuestión fundamental es que las reglas ayudan a garantizar que haya activos disponibles para todos los Participantes y beneficiarios del Fondo.

Los derechos de subrogación, reembolso y compensación del Fondo emanan y se hacen valer cuando el Fondo paga algún beneficio a o en nombre de una Persona Cubierta debido a una pérdida, lesión o enfermedad por la cual otra persona o entidad son o podrían ser legalmente responsables. Esto incluiría, entre otros, una pérdida, lesión o enfermedad que se pueden indemnizar bajo el Seguro Social, el sistema de compensación a trabajadores y/o por negligencia médica, conducta ilícita y/o penal de un tercero, o alguna otra situación. En consideración del pago de beneficios por parte del Fondo en este contexto, la Persona Cubierta queda sujeta a los derechos de subrogación, reembolso y compensación del Fondo, de la manera siguiente:

- La Persona Cubierta debe firmar y devolver el acuerdo de subrogación y reembolso, así como cualquier otra documentación que el Fondo o sus representantes consideren necesaria para proteger los intereses de subrogación, reembolso y/o compensación del Fondo. No se pagarán beneficios a menos que la Oficina del Fondo reciba una copia de toda la documentación requerida, incluido el convenio de subrogación y reembolso firmado por la Persona Cubierta o, en el caso de no ser capaz, el tutor autorizado de la Persona Cubierta. Independientemente de que se indique algo distinto en la oración anterior, los derechos de subrogación, reembolso y/o recuperación del fondo aplican, independientemente de que la documentación requerida, incluido el acuerdo de subrogación y reembolso, haya sido en efecto firmada por la Persona Cubierta y recibida por la Oficina del Fondo. Por lo tanto, el pago de beneficios por parte del Fondo en nombre de una Persona Cubierta sin que la Oficina del fondo haya recibido la documentación necesaria, incluido el acuerdo de subrogación y reembolso firmado, no constituye una renuncia de los derechos de subrogación, reembolso y/o compensación por parte del Fondo respecto de tal pago.
- La Persona Cubierta no deberá hacer nada para impedir o negar el derecho de subrogación del Fondo y cooperará voluntariamente con el Fondo. A tal fin, no se llegará a ningún acuerdo de pago con, ni se le otorgará permiso a ningún tercero, por reclamaciones que surjan de la pérdida, lesión o enfermedad de la Persona Cubierta, por los cuales beneficios se hayan pagado bajo el Fondo, sin antes recibir consentimiento por escrito del Fondo. Si la Persona Cubierta realiza alguna acción o no actúa, o de otro modo compromete los derechos del Fondo,

el Fondo podrá buscar inmediatamente, por cualquier recurso disponible, incluidas acciones jurídicas, la recuperación de todos los montos de beneficios pagados.

- El Fondo será reembolsado por el monto total bruto de cualesquier y todos los beneficios, independientemente del tipo, pagados o de otro modo suministrados por el Fondo. El Fondo recibirá el reembolso total y completo primero, y antes de ningún otro desembolso, incluidos los desembolsos a la Persona Cubierta, el pago de honorarios y/o gastos de abogado. El derecho de primera prioridad del Fondo a recibir un reembolso total no quedará sujeto a reducción por motivos que incluyan, entre otros la falta de la Persona Cubierta de recuperar el valor total percibido o real de su reclamación por cualquier motivo, los honorarios, gastos u otros costos de abogado, y/o la falta del Fondo de participar activamente en la reclamación y/o recuperación. Además, el Fondo rechaza expresamente, y de otro modo prohíbe, la aplicación de las doctrinas de “restitución completa” y “fondo común”, o cualesquier doctrinas o reglas legales comunes similares respecto de sus derechos de subrogación, reembolso y compensación.
- El Fondo quedará totalmente reembolsado por y/o le será otorgado un gravamen por cualquier recuperación que ocurra de cualquier fuente disponible, incluida, entre otras, la persona o entidad que sea o pudiera ser responsable de tal pérdida, lesión o enfermedad, el asegurador de dicha persona o entidad, el asegurador de la Persona Cubierta, incluida la cobertura de pagos médicos, cobertura de conductores infraasegurados y/o no asegurados, seguro con y sin responsabilidad de causa, seguro de pérdidas o responsabilidad, Seguro Social, el sistema de compensación a trabajadores, o cualquier otra fuente. Tal recuperación incluye, aunque por ello no se limita a, fallos de un tribunal, órdenes administrativas o de agencias, acuerdos de liquidación privados o cualquier otro pago.
- Esta obligación de reintegro aplica a toda recuperación de un tercero, independientemente de que la recuperación sea caracterizada como compensación por dolor y sufrimiento, o alguna otra cosa.
- Por ejemplo, si el Fondo paga \$15,000 en reclamaciones médicas en nombre suyo y más adelante usted recupera \$25,000 de un tercero, usted tiene que reembolsarle al Fondo los \$15,000 en beneficios médicos pagados en nombre suyo.
- Si una Persona Cubierta recupera dinero, pero se niega a pagarle al Fondo, los beneficios de salud y bienestar futuros no serán pagados en nombre de la Persona Cubierta hasta tanto el Fondo compense el monto total que se debió haber rembolsado bajo estas reglas, más un 10% por año. La Persona Cubierta renunciará permanentemente a los beneficios de compensación y la Persona Cubierta será legalmente responsable ante el proveedor por cualesquier reclamaciones no pagadas.

El Fondo también podría elegir entablar una acción legal en contra de una Persona Cubierta para cobrar el dinero adeudado de conformidad con estas reglas de subrogación. Si el Fondo gana el pleito, la Persona Cubierta también tendrá que pagar intereses a una tasa del 10% anual y los honorarios razonables de abogado del Fondo.

Sanciones por la falsificación de reclamaciones o por la no devolución de montos pagados de más

Cualquier Participante o Dependiente que, por error, tergiversación o de otro modo, reciba un pago incorrecto del Fondo, deberá reembolsarlo inmediatamente al Fondo. Si el Plan efectúa algún pago que, de conformidad con los términos del Plan, no debió haberse efectuado, la Junta Directiva, el Administrador Externo o el Administrador de reclamaciones (o sus representantes) podrán recuperar ese pago incorrecto, independientemente de que se haya efectuado debido a un error del Plan o de su representante, error de la persona a quien se le efectuó o de alguna otra parte correspondiente. El no cumplir con la solicitud de reembolso de Fondo dentro de un plazo de 30 días dará lugar a la imposición de las siguientes sanciones:

- (1) Se sumarán intereses al monto adeudado a la tasa del 10% anual o, de ser menos, la tasa máxima permitida bajo la ley correspondiente.
- (2) Los beneficios futuros pagaderos en nombre del Participante y sus Dependientes se retendrán y se usarán para compensar (o sea, reintegrar) el monto adeudado al Fondo más intereses a la tasa especificada en el inciso (1) anterior.

Además, la elegibilidad del Participante y de sus Dependientes podría ser eliminada por acción de la Junta Directiva, y/o los Síndicos podrían elegir entablar una demanda en contra del Participante, sus Dependientes y/u otras partes para recuperar el dinero adeudado. En tal caso, el Fondo también tendrá derecho a recuperar sus honorarios y costos razonables de abogado.

La falsificación de una reclamación es un delito grave. El Fondo se reserva el derecho de eliminar los beneficios de un Participante y/o su Dependiente, denegar beneficios futuros, entablar acciones jurídicas en contra de un Participante y/o su Dependiente y/o descontar de cualesquiera beneficios futuros el valor de los beneficios que el Plan ha pagado en relación con información errónea o representaciones falsas hechas ante el Plan, en el caso de algún Participante, Dependiente u otra persona que obtengan beneficios indebidamente por medio de representaciones falsas o fraude. El Fondo también puede notificar a las autoridades legales si un Participante, Dependiente o alguna otra persona presenta una reclamación falsa.

Selección de proveedores de servicios

El uso de los servicios de algún Hospital, clínica, Médico u otro proveedor que presta servicios de atención médica es un acto voluntario del Participante o Dependiente. Nada de lo estipulado en este manual o en otros lugares se propone como recomendación o instrucción de uso de ningún proveedor. Usted debe seleccionar a un

proveedor o curso de tratamiento sobre la base de los factores que usted considere apropiados. Todos los proveedores son contratistas independientes, y no son empleados del Fondo. El Fondo no ofrece manifestación alguna sobre la calidad del servicio o el tratamiento de ningún proveedor y no es responsable de ninguna acción cometida u omitida por ningún proveedor en conexión con la cobertura del Fondo. El proveedor es el único responsable de los servicios y tratamientos brindados.

Declaraciones de información al IRS y declaraciones al pagador secundario de Medicare

Es posible que reciba una carta del Fondo o del administrador externo pidiéndole que confirme o provea información del número de Seguro Social de sus Dependientes inscritos. Por lo general, Medicare requiere que el administrador externo del Plan provea esa información de manera electrónica. Para ver la ALERTA de los Centros de Servicios de Medicare y Medicare (Centers for Medicare and Medicaid Services - CMS) que ofrece información sobre la autoridad para solicitar el número de Seguro Social, visite www.cms.hhs.gov/MandatoryInsRep. Vaya a la sección de descarga (Downloads) y seleccione la ALERTA del 23 de junio de 2008.

Además, el Fondo debe obtener los números de Seguro Social de todos los Dependientes inscritos a fin de cumplir con los requisitos de declaración al IRS de la ley ACA.

El no proporcionar esta información podría resultar en la cancelación de la cobertura de su Dependiente.

No se garantiza el empleo

Nada de lo que contiene este Resumen de la Descripción del Plan/Documento del Plan deberá interpretarse como un contrato de empleo entre un Empleador y algún empleado, ni como el derecho de ningún empleado a continuar empleado por un Empleador, ni como limitación del derecho de un Empleador a despedir a cualquiera de sus empleados, con o sin causa.

Disposición de no asignación

Salvo en el caso de asignaciones a proveedores de atención médica que se requieren en los acuerdos con el Fondo, su derecho de recibir beneficios bajo el Plan no se puede asignar, voluntaria o involuntariamente, a ninguna otra persona. No puede, en ningún momento, asignar su derecho a hacer una reclamación o a entablar una demanda para recuperar beneficios bajo el Plan, a hacer cumplir los derechos concedidos bajo el Plan, ni a ninguna otra causa de acción que pudiera tener en contra del Plan, sus representantes, sus fiduciarios, sus Síndicos o cualquier otra persona.

Representación falsa o fraude

En la medida que lo permita la ley, el Administrador del Plan, los Administradores Externos y los Administradores de Reclamaciones se reservan el derecho de eliminar

los beneficios de un Empleado o Dependiente, denegar beneficios futuros, entablar acciones jurídicas en contra de Empleados o Dependientes y/o descontar de cualesquiera beneficios futuros el valor de los beneficios que el Plan ha pagado en relación con información errónea o representaciones falsas hechas ante el Plan, en el caso de alguna persona que obtenga beneficios indebidamente por medio de representaciones falsas o fraude.

SECCIÓN 11

PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

El Fondo cumplirá con las Reglas de Privacidad y Seguridad de la Información Médica Personal promulgadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés) [Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996]. Conforme a dichas reglas, el Fondo protegerá la confidencialidad de la información médica protegida por la ley HIPAA y bloqueará o limitará la divulgación de esa información a los Síndicos, Empleadores, el Sindicato, miembros de su familia, proveedores de servicios, y terceros adicionales. La información médica protegida será divulgada únicamente (1) en la medida autorizada por la Persona Cubierta; (2) según sea necesario para administrar el plan, incluidos la revisión y el pago de reclamaciones y apelaciones; o (3) según de otro modo lo autorice o lo requiera la ley. Puede autorizar la divulgación de su información médica protegida a terceros si firma una autorización por escrito y la presenta en la Oficina del Fondo. También puede cancelar cualquier autorización previa que le haya dado al Fondo por escrito si presenta una cancelación de la autorización por escrito en la Oficina del Fondo. Puede solicitar estos formularios en la Oficina del Fondo.

El Fondo les ha dado a los participantes un Aviso de las Prácticas de Privacidad de la Información Médica Protegida. Si necesita una copia del Aviso o desea obtener información adicional sobre el uso y la divulgación de la información médica protegida por parte del Fondo, o sobre sus derechos respecto de dicha información, puede comunicarse con la Oficina del Fondo.

SECCIÓN 12

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA LEY ERISA

Las leyes y los reglamentos federales requieren la siguiente declaración de derechos de la ley ERISA:

Como Participante en el Plan de Bienestar de los Albañiles del Cemento de Washington, D.C. usted tiene ciertos derechos y protecciones conforme a la ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA). ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

Recibir información sobre su Plan y sus beneficios

- Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares específicos, como las instalaciones de trabajo y salas sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, entre ellos los contratos de seguro y los Convenios Colectivos, y una copia del más reciente informe anual (formulario de la Serie 5500) presentado por el Plan al Departamento del Trabajo de EE. UU. que está disponible en la Sala de Divulgación Pública (Public Disclosure Room) de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados.
- Obtener, bajo previa petición por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen las operaciones del Plan, entre ellos los contratos de seguro y los Convenios Colectivos, así como copias del más reciente informe anual (formulario de la Serie 5500) y un Resumen de la Descripción del Plan actualizado. El administrador podría cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que el Administrador del Plan le provea a cada Participante una copia de este resumen del informe anual.

Continuar la cobertura del plan médico grupal

- Continuar la cobertura de atención médica para usted, su Cónyuge o sus Dependientes si ocurre una pérdida de cobertura bajo el Plan causada por un evento determinante. Usted o sus dependientes podrían tener que pagar por dicha cobertura. Examinar este Resumen de la Descripción del Plan y el Documento del Plan, para obtener más información sobre sus derechos de continuación de la cobertura de COBRA.

Medidas prudentes de los Fiduciarios del Plan

- Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone deberes a las personas que son responsables de operar el plan de beneficios de los empleados. Las personas que operan el Plan, llamados “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de hacerlo de manera prudente y por el interés suyo y el de los demás Participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni siquiera su Empleador, Sindicato o ninguna otra persona, puede despedirlo ni discriminar en contra suya de ninguna manera para evitar que obtenga un beneficio o que ejerza sus derechos bajo ERISA.

Hacer valer sus derechos

- Si se deniega, total o parcialmente, su reclamación de beneficios, tiene derecho a saber por qué, a obtener gratuitamente copias de los documentos relativos a la decisión y a apelar cualquier denegación, todo ello dentro de ciertos plazos límite. Usted tiene derecho a que el Plan revise y reconsideré su reclamación.
- Bajo la ley ERISA, hay medidas que puede tomar para hacer valer los derechos anteriores. Por ejemplo, si solicita materiales del Plan y no los recibe a más tardar en 30 días, puede entablar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podría ordenar al Administrador del Plan que le proporcione los materiales y que le pague un máximo de \$110 al día hasta que los reciba, a menos que no se hayan enviado por motivos fuera del control del administrador. Si tiene una reclamación de beneficios que se deniega o ignora, total o parcialmente, puede entablar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan, o con la falta de dicha decisión, respecto del estado de clasificación de una orden de proporcionar apoyo médico a los hijos, puede entablar una demanda en un tribunal federal. Si sucede que los fiduciarios del Plan malversan el dinero del Plan, o si se discrimina en contra suya por hacer valer sus derechos, puede solicitar ayuda del Departamento del Trabajo de EE. UU., o bien puede entablar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos del tribunal y honorarios de abogado. Si gana el pleito, el tribunal podría ordenar que la persona a quien usted demandó pague estos costos y honorarios. Si pierde el pleito, el tribunal podría ordenarle a usted que pague estos costos y honorarios; por ejemplo, si determina que su reclamación es frívola.

Ayuda con sus preguntas

- Si tiene alguna pregunta acerca del Plan, debe comunicarse con el Administrador Externo. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de la ley ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, comuníquese con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento del Trabajo de EE. UU. que aparece en el directorio telefónico o con la División de Ayuda y

Consultas Técnicas (Division of Technical Assistance and Inquiries) de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados del Departamento del Trabajo de EE. UU. a la siguiente dirección: 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades de conformidad con la ley ERISA llamando a la línea directa de ayuda para publicaciones de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados.

- Aunque esta declaración hace hincapié en sus derechos a entablar una demanda o solicitar asistencia del Departamento del Trabajo, es poco probable que las disputas requieran de tal acción. El procedimiento de revisión de reclamaciones deberá poder satisfacer las necesidades de todo Participante. En casos extremos, si pareciera ser necesario entablar un pleito legal, el Administrador Externo ha sido designado como agente para recibir notificaciones de diligencia judicial. Las notificaciones de diligencia judicial también pueden ser dirigidas a cualquier Síndico.