

**NORTHERN CALIFORNIA TILE INDUSTRY
HEALTH & WELFARE PLAN**

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR

RESUMEN DE DESCRIPCIONES DEL PLAN

Enero 1, 2006

Esta traducción al Español del resumen de descripciones del Plan (*Northern California Tile Industry Health & Welfare Plan Summary Plan Description*) se proporciona para la conveniencia de los participantes y beneficiarios del Plan. La intención es de que no haya diferencias entre este documento y el resumen de descripciones del Plan en Inglés. En caso de que haya alguna variación entre los dos documentos, la versión en Inglés ha de gobernar. Además, si algunos de los reglamentos o beneficios son cambiados posteriormente, esos reglamentos nuevos sustituirán la información contenida en este folleto.

PREÁMBULO

Este folleto es un resumen de la descripción del Plan (RDP) (Summary Plan Description) de su plan de salud y bienestar, entrado en vigor enero 1, 2006. La sección de los puntos salientes describe brevemente las reglas de elegibilidad y los beneficios disponibles bajo el plan. La siguiente sección es el resumen detallado de las leyes de elegibilidad y de los beneficios entrados en vigor enero 1, 2006. Después siguen los Procedimientos de Reclamaciones y Apelaciones y una descripción de sus derechos bajo ERISA.

Los resúmenes siguientes son proporcionados para su conveniencia y la intención no es de que sean diferentes de las reglas formales del plan. Si hay alguna diferencia aparente entre éste resumen y las reglas formales del plan, las reglas formales del plan gobiernan. Todas las reglas del plan están sujetas a las modificaciones del la Mesa Directiva. Cualquier enmienda a las reglas formales del plan, o cambios a los contratos que lleven el plan, que hayan sido adoptado por los Fiduciarios después de haberse publicado éste folleto, reemplazan los resúmenes de este folleto.

Para una completa descripción de todos los beneficios proporcionados por United of Omaha, vea el Certificate of Coverage of United of Omaha. Para ver una descripción completa de todos los beneficios proporcionados por Kaiser ó PacifiCare, vea los folletos proporcionados por Kaiser ó PacifiCare.

Información importante sobre el Plan

1. Los miembros del plan pueden elegir uno de los planes de los tres seguros médicos: *Kaiser Foundation Health Plan, PacifiCare HMO y United of Omaha PPO*. Si usted es un miembro nuevo, debe escoger un plan médico llenando un formulario de registro y regresandolo a Allied Administrators.

2. Si usted adquiere un dependiente nuevo, debe registrar a ese dependiente dentro de un plazo de 30 días para asegurar el derecho de registrar al dependiente. Si no lo hace a tiempo, entonces dependerá del plan médico si puede usted registrar al dependiente o no, o si tiene que esperarse al próximo período de registro abierto. Comuníquese con Allied Administrators que es la oficina administrativa del plan, en cuanto usted adquiera un nuevo dependiente, o cuando ocurra uno de los siguientes eventos:

- Cambio de nombre
- Cambio de domicilio
- Cambio de estado matrimonial
- Cambio de beneficiario
- Cambio o adición de dependientes elegibles
- Miembro o dependiente que se vuelva elegible para recibir Medicare

3. Únicamente Allied Administrators puede confirmar su estado de elegibilidad o aceptar apelaciones para la Mesa Directiva con respecto a su elegibilidad para recibir beneficios. Las apelaciones sobre asuntos tales como necesidades médicas deben ser procesadas bajo el plan médico que usted haya escogido. Las apelaciones de beneficios dentales deben ser procesadas por United of Omaha.

CONTENIDO

PROVEEDORES DE LOS SERVICIOS DEL PLAN	1
PUNTOS SALIENTES DEL PLAN	2
ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS	3
1. Elegibilidad del empleado – Empleado sindicalizado	3
2. Eventos que causan la pérdida de cobertura.....	4
3. Elegibilidad para empleados jubilados	4
4. Elegibilidad de dependientes.....	5
5. Empleadores individuales y empleados no sindicalizados	6
6. COBRA continuación de cobertura	7
7. Certificados de cobertura anterior	8
8. Reservaciones por parte de la Mesa Directiva.....	8
BENEFICIOS	9
OPCIONES MÉDICAS DEL PLAN.....	9
Como registrar a sus dependientes y a usted.....	9
Opciones actuales del Plan médico	10
INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS MÉDICOS PARTICULARES.....	15
Beneficios de maternidad	15
Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer	15
PLAN DENTAL	16
BENEFICIOS ÓPTICOS.....	17
BENEFICIOS DE LAS RECETAS MÉDICAS	18
BENEFICIO PARA EXÁMEN FÍSICO	19
BENEFICIO PARA QUIROPRÁCTICO	19
TRATAMIENTO PARA LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y LAS DROGAS BAJO EL PROGRAMA BEAT IT!	20
SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMIEMBRAMIENTO	22
PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN Y APELACIÓN.....	24
Cómo someter los formularios de reclamaciones para beneficios	24
Reclamaciones y apelaciones	24
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA.....	26
SUS DERECHOS BAJO ERISA.....	28

APÉNDICE 1: MESA DIRECTIVA.....	30
APÉNDICE 2: NOTIFICACIÓN GENERAL SOBRE LOS DERECHOS DE COBRA CONTINUACIÓN DE COBERTURA	31
APÉNDICE 3: PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES Y APELACIONES	36

PROVEEDORES DE LOS SERVICIOS DEL PLAN

Oficina de la administración del plan

Elegibilidad, reclamaciones médicas del plan PPO, reclamaciones del plan dental, reclamaciones del seguro de vida y del seguro de muerte y desmiembramiento por accidente, y apelaciones sobre asuntos que estén bajo la discreción de la Mesa Directiva.

Allied Administrators(415) 986-6276
P.O. Box 2500
San Francisco, CA 94126

Sindicato Local

El Sindicato también provee asistencia sobre los beneficios del plan:

Bricklayers and Allied Crafts Local Union No. 3(800) 281-8781
8400 Enterprise Way, #103
Oakland, CA 94621

Seguro del plan médico

Kaiser Member Services(800) 464-4000
or www.kaiserpermanente.org

PacifiCare HMO(800) 624-8822
or www.pacificare.com

United of Omaha(800) 467-4917

Blue Cross of California(800) 274-7767
or www.bluecrossca.com

Vision Service Plan (800) VSP-7195 (800-877-7195)
or www.vsp.com

SavRx(800) 228-3108
or www.savrx.com

Beat It!(800) 828-3939
www.beatiteap.com

PUNTOS SALIENTES DEL PLAN

¿Quien es elegible para participar?

Este plan cubre a los empleados que trabajen bajo un acuerdo de negociaciones colectivo en los puestos en los cuales sea requerido que se hagan cotizaciones a éste plan. La elegibilidad está basada en créditos de un banco de horas, las cuales son ganadas por cada hora de empleo cubierto. Un mes de cobertura bajo el banco de horas "cuesta" 115 horas.

Las siguientes personas también pueden participar:

" Los empleados que trabajen fuera de la jurisdicción geográfica del Sindicato, si tienen reciprocidad autorizada por los fideicomisos de trabajo en su área, y sus cotizaciones han sido recibidas por éste plan.

" Empleadores aprobados que contribuyen y han firmado un acuerdo de suscripción y pagan las cotizaciones mensuales requeridas, y sus empleados no sindicalizados que estén registrados.

" Los empleados jubilados y los empleadores jubilados que llenan las reglas de elegibilidad apropiadas para cobertura de jubilados y quienes pagan las cotizaciones mensuales requeridas que aplican a su cobertura.

" Los dependientes elegibles de todo lo mencionado arriba, incluyendo a su cónyuge legítimo (o pareja doméstica registrada en California, unicamente para recibir beneficios del Plan), y sus hijos naturales, hijos adoptados, e hijastros, hasta la edad de 19 años para beneficios médicos y la edad de 21 para seguro de vida, hasta la edad de 25 años si es estudiante de tiempo completo, o hasta cualquier edad si tiene incapacidad comprobada.

¿Cuáles son los beneficios que se proporcionan?

Actualmente hay tres opciones para beneficios médicos, quirúrgicos y de hospital:

- " Kaiser Foundation Health Plan, una organización de mantenimiento de salud (*health maintenance organization, or "HMO", siglas en inglés*).
- " PacifiCare HMO.
- " United of Omaha PPO, organización de proveedores preferentes (*a preferred provider organization, or "PPO", siglas en inglés*).

El plan provee una variedad de otros beneficios:

- " Los beneficios dentales son proporcionados bajo United of Omaha
- " El cuidado de la visión es proporcionada bajo Vision Service Plan
- " El seguro de vida y el seguro de muerte y desmiembramiento accidental son proporcionados bajo United of Omaha.

Todos estos beneficios están descritos en este folleto abajo, empezando en la página 9.

ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS

1. Elegibilidad del empleado – Empleado sindicalizado

La elegibilidad de beneficios como empleado sindicalizado se determina por sus horas de empleo cubierto. Cuando usted trabaja en empleo cubierto y tiene horas de su parte reportadas a la oficina administrativa del plan, se establecerá un “banco de horas” para usted. Cada mes, su banco de horas será acreditado con las horas que trabajo hace dos meses. Por ejemplo: las horas trabajadas en febrero se le acreditarán a su banco de horas en abril.

Un empleado de nuevo ingreso, o un empleado que regrese a su empleo cubierto después de un período extendido sin empleo, será elegible para recibir beneficios por primera vez cuando su banco de horas haya sido acreditado con 345 horas en un período de no más de tres meses consecutivos. Para continuar su elegibilidad se requiere que haya un saldo en el banco de horas por lo menos de 115 horas al principio del mes. Si usted trabaja más de 115 horas en empleo cubierto en un mes, las horas en exceso serán agregadas a su banco de reserva de horas y se pueden utilizar cuando usted no trabaje 115 horas en un mes. Usted puede acumular una reserva de hasta 345 horas.

Además de la cobertura regular del banco de horas, hay varias reglas especiales de elegibilidad para los empleados:

Auto-pagos: Si su banco de horas baja de las 115 horas, usted puede mantener su cobertura dando pagos mensuales. Si usted está fuera de trabajo en la lista de B.A.C. Local Union No. 3, y disponible a ser despachado en cualquier momento, usted puede dar su pago de cobertura por hasta dos meses consecutivos en un año civil. De otra manera, usted es elegible para recibir cobertura únicamente bajo continuación de cobertura COBRA, con el cobro completo de cobertura, hasta dieciocho meses (menos cualquier período en el que usted haya dado sus propios pagos).

Reintegración: Si usted ha estado fuera de la cobertura del banco de horas por menos de seis meses, usted no tiene que trabajar 345 horas de empleo cubierto para que se le cubra otra vez. En vez, se le reintegrará a la cobertura del banco de horas si usted trabaja 115 horas para restaurar su cobertura antes de que haya un período de seis meses de por medio.

Cobertura por incapacidad: Si usted se incapacita, usted puede recibir cobertura sin cobro por hasta seis meses. Para recibir la cobertura, usted debe, 1) recibir beneficios de incapacidad por el estado (*State Disability Insurance ("SDI")*); ó 2) que se le haya otorgado un estado de “trabajador lastimado aprobado”, bajo la ley de compensación al trabajador de California (*California Workers' Compensation*); ó 3) comprobar que califica para recibir beneficios de SDI, excepto que usted no tenía suficientes créditos bajo ese programa para calificar y recibir beneficios cuando su incapacidad comenzó. Si su comprobante de incapacidad está pendiente, usted debe mantener su cobertura dando pagos completos de COBRA. Después cuando usted proporcione sus comprobantes necesarios de su incapacidad, recibirá un reembolso de hasta seis meses de primas.

Cobertura durante servicio militar: Ninguna persona que esté activa en el servicio militar de las fuerzas armadas de los Estados Unidos recibirá cobertura. Si a usted lo llaman a dar servicio militar, usted puede elegir:

a) continuar cobertura de sus dependientes pagando una prima mensual igual a la de COBRA, hasta que ocurra el primero de las siguientes situaciones 1) termine el período durante el cual usted es elegible para re-empleo bajo USERRA, ó 2) 24 meses después de haber ingresado a las fuerzas armadas; ó

b) que su banco de horas sea aplicado para cobertura de sus dependientes hasta que se termine, y después de eso continuar la cobertura de sus dependientes bajo COBRA; ó

c) Abandonar la cobertura para sus dependientes mientras esté en las fuerzas armadas.

Para hacer ésta elección, usted debe notificar a la oficina administrativa del plan cuando lo llamen a dar servicio militar. Si no da el aviso necesario, considerarán que ha elegido la opción (b).

Ley de licencia por razones médicas y familiares: Si usted trabaja tiempo completo para un empleador que emplea de menos cincuenta empleados, usted puede ser aprobado para recibir cobertura bajo la ley de licencia por razones médicas y familiares (*Family and Medical Leave Act*). Si su empleador ésta bajo ésta ley en su lugar de trabajo, es la obligación de su empleador de dar contribuciones por parte suya si usted tiene permiso de ausentarse a causa de una condición médica aprobada o porque esté al cuidado de un miembro de su familia con una condición médica, o por un niño recién nacido o recién adoptado. Si esto le aplica, no se le cobrará a su banco de horas mientras esté ausente con permiso aprobado. Si usted cree que ésta ley puede aplicarle a usted, comuníquese con Allied Administrators para más información.

2. Eventos que causan la pérdida de cobertura

Aunque usted cumpla con las reglas de elegibilidad, sus beneficios de elegibilidad pueden ser cancelados si usted hace uno de los siguientes:

a) usted trabaja para un contratista de la industria de losas (*tile industry*) que no es miembro de un acuerdo de negociaciones colectivo; ó

b) usted trabaja como contratista en la industria de losas sin ser miembro de un acuerdo de negociaciones colectivo; ó

c) usted continúa trabajando para un empleador que ha sido moroso en sus contribuciones de sus beneficios complementarios, después de que ha usted se le ha notificado que debe renunciar a su trabajo con ese empleador por su morosidad.

Si cualquiera de esto ocurre, todas sus horas acumuladas serán canceladas, y debe de estar nuevamente aprobado para cobertura bajo el plan como empleado de nuevo ingreso. Usted no puede dar auto-pagos durante los tres o más meses que toma volver a ser aprobado para recibir cobertura. La única cobertura que puede estar disponible es la de COBRA, y está disponible únicamente si ha sido a causa de un evento calificador como se define por la ley.

3. Elegibilidad para empleados jubilados

Si usted se ha jubilado de un empleo cubierto en o después de enero 1, 2000, usted tendrá elegibilidad para recibir beneficios médicos de jubilado si llena todas las condiciones siguientes:

a) actualmente usted está recibiendo beneficios del plan definido de beneficios *Northern California Tile Industry Defined Benefit Plan*; y

b) usted tiene de menos 60 años de edad, o se jubiló bajo la ley de 85 estipulaciones del plan definido de beneficios; y

c) usted ha reportado 5,000 horas de empleo cubierto al *Northern California Tile Industry Trust Funds* (o a cualquier otro fideicomiso anterior), o al *BAC Local 29 Health and Welfare Trust Fund*, o cualquier combinación de esos fideicomisos, de parte suya durante los 10 años precedentes a su solicitud de jubilación; y

d) usted tenía elegibilidad para recibir cobertura del plan de salud y bienestar como empleado activo por lo menos 6 de los 12 meses anteriores a la jubilación, con por lo menos tener 3 de los 6 meses de empleo activo (sin contar los auto-pagos); y

e) usted solicitó su cobertura dentro de un plazo de 60 días de su jubilación.

Si usted se jubiló antes de enero 1, 2000, usted tendrá elegibilidad para recibir cobertura si al tiempo de registrarse calificó bajo las leyes de registración que estaban en vigor, y usted ha mantenido continuamente su cobertura desde que se registró.

Para recibir cobertura de jubilado, debe pagar un cobro mensual, determinado ocasionalmente por la Mesa Directiva, y usted debe continuar recibiendo beneficios del plan definido de beneficios, Northern California Tile Industry Defined Benefit Plan. Si usted es elegible para recibir Medicare, debe registrarse en ambas, Parte A y Parte B del Medicare.

4. Elegibilidad de dependientes

El Plan le proporciona beneficios para sus dependientes elegibles, sujeto a completar los formularios de registración necesarios. Sus dependientes elegibles son:

a) su cónyuge legítimo (o pareja doméstica registrada en California, únicamente para recibir beneficios del plan); y

b) Sus hijos solteros que dependen principalmente de su manutención.

El término "niño" significa uno de los siguientes:

a) su hijo natural;

b) su hijastro, hijo de su pareja doméstica registrada, o cualquier niño bajo su tutela, si el hijo depende principalmente de su manutención y sostenimiento, y si el niño vive con usted con una relación de padre e hijo.

c) cualquier niño menor que esté con usted con el propósito de ser adoptado, desde el momento en que el niño ha sido físicamente puesto en su custodia, o desde el momento en que usted haya asumido y retenido la obligación legal de proveer sostenimiento parcial o total para el niño anticipando su adopción, según lo que ocurra primero.

El Plan también cubre a sus hijos naturales o adoptados que no están bajo su custodia físicamente, cuando se le ha dado por un tribunal, una orden de mantener su cobertura llamada, *Qualified Medical Child Support Order* (A QMCSO, se pronuncia Q-Mixo) ó algo equivalente. Si el Plan recibe un orden de sostenimiento médico de un menor, lo revisará inmediatamente para determinar si es aprobado. La determinación de que un orden no se considere QMCSO se puede

apelar a la Mesa Directiva. El procedimiento del Plan para revisar las QMCSOs está disponible sin costo por Allied Administrators.

Su dependiente no es elegible para recibir cobertura si cualquiera de las siguientes condiciones aplica:

- a) él o ella vive fuera de los Estados Unidos ó Canada;
- b) él o ella está dando servicio activo en las Fuerzas Armadas de cualquier país;
- c) él o ella tiene cobertura bajo el Plan como participante o como dependiente de otra persona, y 1) la cobertura doble es a costo del Plan; ó 2) las reglas del seguro médico que eligió no permiten cobertura doble.

Los hijos dependientes están cubiertos hasta la edad de 19 años para recibir beneficios médicos y hasta que cumplan 21 años para el seguro de vida. La cobertura puede ser continuada hasta la edad de 25 años del dependiente si él o ella son estudiantes de tiempo completo y dependen de su sostenimiento. La cobertura también puede continuar después de que un dependiente cumpla 19 años de edad si él o ella tienen alguna incapacidad física o de desarrollo que se haya manifestado antes de que se haya terminado la cobertura, y que lo hace incapáz de mantener su propio empleo. Un comprobante de incapacidad debe ser proporcionado dentro de 31 días de haberse terminado la cobertura regular del dependiente, y ocasionalmente según sea requerido por la oficina administrativa del Plan.

5. Empleadores individuales y empleados no sindicalizados

Para poder ser elegible a participar, un Empleador individual debe cumplir con los requisitos siguientes:

- a) El o ella debe tener su propio negocio o ser dueño unico; o ser un miembro en buena fé de una sociedad colectiva o alguna otra sociedad no incorporada; o un oficial ejecutivo de un empleador incorporado; y
- b) El o ella debe activamente negociar en la industria de losas (*Tile Industry*), y
- c) El ó ella, o su compañía, deben ser parte de, y cumplir enteramente con, un Acuerdo de Negociaciones Colectivo del B.A.C. Local Union No. 3, la cual requiere contribuciones al fideicomiso, *Northern California Tile Industry Health and Welfare Trust Fund*.

Para registrarse, un empleador debe:

- a) hacer una solicitud a la oficina administrativa del Plan al firmar un Acuerdo de Negociaciones Colectivo ó durante una de las fechas anuales de registración abierta;
- b) proporcionar información sobre todos los empleados que no estén cubiertos bajo un Acuerdo de Negociaciones Colectivo (nombre, domicilio, número de seguro social, puesto, y si el empleado está cubierto bajo algún otro plan médico, el nombre y el patrocinador del Plan); y
- c) pagar al Fondo, por el Empleador individual y por cada uno de los empleados participantes que no esté cubierto bajo algún otro plan médico colectivo, la cantidad determinada por la Mesa Directiva como el costo mensual de tal cobertura.

La cobertura del Empleador individual y del personal no sindicalizado por el cual el pago se ha hecho empezará el primer día del tercer mes después de haberse hecho la solicitud para, y el pago para, la cobertura.

Una vez que la cobertura se haya establecido, continuará mientras que el Empleador individual;

a) dá todas las mensualidades de cobertura íntegras a más tardar el décimo (10o) día de cada mes por el mes siguiente de cobertura;

b) dá contribuciones por de menos 600 horas de empleo para empleados sindicalizados cada seis meses por cada persona que va ser cubierta como empleador o como empleado no sindicalizado.

c) continúa siendo activo en la industria de losas;

d) notifica a la oficina administrativa del Plan dentro de 30 días de haber contratado, o de la calificación para recibir cobertura, por cada empleado no sindicalizado de nuevo ingreso o que recientemente califica para recibir cobertura, basándose sobre el reporte del Empleador de que hay el número suficiente de horas del personal sindicalizado.

Si la cobertura es terminada por la falta de cumplir con cualquiera de estos requisitos, no puede ser restablecida.

6. COBRA continuación de cobertura

Cualquier persona cubierta que pierda su cobertura a causa de un evento calificativo puede ser elegible para la Continuación de Cobertura COBRA. Eventos calificativos incluyen la muerte de un participante, divorcio del participante, dejar de calificar como hijo dependiente, y pérdida de cobertura a causa de la terminación del empleo o por reducción de horas. Bajo ciertas circunstancias, un dependiente tiene un derecho aparte para elegir la cobertura de COBRA.

Si usted se vuelve elegible para la cobertura de COBRA a causa de la terminación de su empleo o por reducción de horas como empleado sindicalizado, la oficina administrativa del Plan se lo notificará. Si usted es un empleador individualmente cubierto o un empleado no sindicalizado, usted o su empleador deben notificar a la oficina administrativa del Plan, y de esa manera se le notificará de sus derechos bajo COBRA.

Para ser elegible para recibir la cobertura de COBRA por alguna otra razón que no sea la terminación de empleo o reducción de horas, usted o su dependiente debe proporcionar una notificación de una causa legítima dentro de 60 días. Esto quiere decir que usted o sus dependientes son responsables de notificar a Allied Administrators si usted o alguno de sus dependientes va a perder cobertura a causa de una de las siguientes razones:

a) su muerte;

b) su divorcio;

c) su hijo ya no califica como dependiente elegible, porque el o ella ha cumplido la edad de 19 años, o es estudiante de tiempo completo y ha cumplido la edad de 25 años, o ya no está matriculado en un programa educacional, o ya dejó de estar incapacitado; ó

d) usted ya es elegible para recibir Medicare.

Usted o sus dependientes deben regresar el formulario de elección de COBRA dentro de 45 días de haberlo recibido, y pagar la prima retroactiva a la fecha en que calificó.

Nota: Es su responsabilidad de cumplir con las fechas de vencimiento de la cobertura COBRA. Usted y sus dependientes perderán su derecho de la cobertura COBRA si usted o ellos no dan aviso sobre un acontecimiento de aprobación, o fallan al hacer la elección COBRA en el tiempo permitido, o no hacen los pagos a tiempo.

La cobertura COBRA esta disponible por 18 meses, en caso de terminación de empleo o reducción de horas, 29 meses en caso de una incapacidad aprobada, o 36 meses en otros casos. Si ocurre un segundo evento calificador mientras este bajo la cobertura COBRA, un dependiente puede elegir el recibir los meses restantes del período de 36 meses. Sin embargo, todos estos períodos son reducidos por cualquier tiempo en el cual haya auto-pagado .

La cobertura COBRA no está disponible bajo las siguientes circunstancias:

a) si un empleado es terminado por trabajar para un empleador que no contribuye, o por muy mala conducta en el trabajo; ó

b) si un empleado no sindicalizada pierde su cobertura porque su empleador ya no califica como participante, cesó voluntariamente de participar, o no hizo los pagos requeridos.

La cobertura de COBRA está disponible si un empleador tuvo que cerrar su negocio, o porque terminó todas sus conexiones con el negocio.

En el Apéndice 2 verá el aviso formal del Plan sobre sus derechos de la continuación de cobertura COBRA.

7. Certificados de cobertura anterior

Si usted o un dependiente pierde su cobertura bajo el Plan, se le otorgará un certificado del plan anterior (*Certificate of Former Plan*). Usted también puede pedir un certificado dentro de 24 meses después de haber perdido su cobertura. Si usted se vuelve elegible para recibir cobertura de otro plan médico, este certificado puede ser usado para comprobar cuando usted estuvo cubierto por este Plan, para que pueda evitar que excluyan condiciones pre-existentes.

8. Reservaciones por parte de la Mesa Directiva

La Mesa Directiva reserva el poder de revisar todas las reglas y procedimientos relacionados a éste Plan, incluyendo el poder de terminar o cambiar la cobertura de cualquier persona o clasificación de personas, de cambiar el pago necesario para la cobertura, y de cambiar los beneficios pagaderos por, o proporcionados por, el Plan ó por una compañía de seguro médico, HMO, o cualquier otro proveedor. Nada en éste resúmen debe tomarse como algo que establece los beneficios del Plan, ó como una renuncia de cualquier discreción o poder conferido sobre la Mesa Directiva bajo el Acuerdo Fiduciario.

BENEFICIOS

OPCIONES MÉDICAS DEL PLAN

El Plan ofrece tres opciones médicas para todos los participantes (siempre y cuando vivan en la área de servicio de los proveedores del plan):

- " Kaiser Foundation Health Plan (una organización para mantener la salud, ó *HMO*)
- " PacifiCare HMO.
- " United of Omaha PPO (una organización de proveedores preferentes, ó *PPO*).

Usted, y sus dependientes, recibirán todos sus beneficios médicos, de hospital y quirúrgicos a través del seguro médico del Plan que usted escoja. La Mesa Directiva se reserva el poder de cambiar las opciones médicas del plan; a usted se le notificará si esto ocurre.

Como registrarse a sus dependientes y a usted

Los participantes de nuevo ingreso pueden escoger entre los seguros médicos disponibles y registrar a sus dependientes en cuánto se vuelvan elegibles para recibir beneficios. Después del registro inicial, usted puede registrar a sus nuevos dependientes dentro de 30 días de haber nacido, casado, o cualquier otro evento que haga al dependient elegible, y puede escoger a un seguro médico nuevo y/ó registrar a sus dependientes durante el período de registro abierto establecido por la Mesa Directiva (usualmente una vez al año). Una vez que usted haya elegido a un seguro médico, su elección de seguro médico no cambiará a menos que usted lo cambie durante el registro abierto, o a menos que el Plan termine su contrato con ese seguro médico. Si usted hace un cambio, no entrará en vigor hasta que se llegue la fecha vigente anunciada para ese registro abierto. Al empezar cada período de registro abierto, a usted se le notificará cuales son los planes disponibles que puede escoger, el plazo cuando debe someter los formularios, y la fecha quando sus cambios entrarán en vigor, si hace algunos.

Debe completar su formulario de registro.

Si usted es un participante de nuevo ingreso, recibirá beneficios médicos unicamente después haber llenado un paquete de registro completamente, para una de las opciones de los seguros médicos. Asimismo, si no registra a sus dependientes dentro de treinta días, usted y/o sus dependientes no podrán recibir beneficios médicos hasta el siguiente registro abierto, a menos que el seguro médico que usted haya escogido lo permita.

Opciones actuales del Plan médico

Cada uno de los seguros médicos del Plan prepara resúmenes detallados sobre la estructura general de beneficios, restricciones, y las condiciones sobre las opciones de los diferentes tipos de cuidado del HMO y PPO actualmente disponibles bajo el Plan. Estos resúmenes detallados están disponibles sin cobro de parte de Allied Administrators o del seguro médico que usted haya escogido. Más abajo encontrará una comparación breve de las opciones que estaban disponibles cuando se publicó este folleto. No es la intención de los resúmenes y las tablas de abajo de reemplazar los documentos formales de la evidencia de cobertura (*Evidence of Coverage*, "EOC") de los HMOs ó PPOs, los cuales son contratos obligatorios. Si hay alguna diferencia entre cualquiera de las tablas y la evidencia de cobertura, la evidencia de cobertura predomina.

Las apelaciones de los asuntos que estén bajo la discreción del seguro médico son manejadas directamente por el seguro médico, y no a través de la oficina administrativa del Plan ni por la Mesa Directiva.

Para más información detallada sobre los beneficios disponibles bajo la opción en la cual usted está registrado, las condiciones sobre tratamiento y/o pago, y los procedimientos de revisión de reclamaciones y adjudicación, por favor refiérase a los documentos de la evidencia de cobertura de su seguro médico o comuníquese con ellos directamente.

Las siguientes opciones están actualmente disponibles bajo el Plan:

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN HMO

Excepto en casos de una emergencia de vida o muerte, Kaiser requiere que todos los cuidados médicos y los beneficios sean proporcionados en las instalaciones de Kaiser y con los proveedores de Kaiser. Los servicios y suministros deberán ser proporcionados, recetados, autorizados o dirigidos por un médico de Kaiser. Los miembros seleccionan a un médico personal de Kaiser quien coordinará todo su cuidado médico. Después de dar un pequeño co-pago, la mayoría de los servicios están cubiertos al 100% y no hay deducibles. Hay un cobro por consulta de \$10, la hospitalización no se cobra, y un cobro de \$5 por receta médica.

PACIFICARE HMO

Los médicos participantes en PacifiCare HMO utilizan sus propias clínicas y hospitales por toda la área del Plan. Los miembros del PacifiCare HMO deben seleccionar a su médico de cabecera, quien coordinará todo su cuidado médico. Los cobros por servicios no aprobados por su médico de cabecera no serán cubiertos por PacifiCare. Después de dar un pequeño co-pago, la mayoría de los servicios se cubrirán al 100% y no hay deducibles. Hay un cobro de \$20 por consulta, no se cobra la hospitalización, y un cobro de \$10 por receta médica.

UNITED OF OMAHA PPO

Con éste plan de seguro médico, usted paga los deducibles anuales antes de que el Plan pague cualquier beneficio. El plan United of Omaha le permite ver a cualquier médico según sus necesidades médicas. Sin embargo, el Fideicomiso tiene actualmente un contrato con Blue Cross Prudent Buyer para tener acceso a su red de PPO. Si el doctor que usted escoge es parte de ésta red, usted recibe un nivel más alto de cobertura y paga un deducible menor. Hay una lista disponible de los proveedores médicos participantes de la red de Blue Cross Prudent Buyer Network, libre de costo, como un documento aparte que puede obtener de Allied Administrators. También puede buscar a un doctor o otros proveedores en línea al www.bluecross.com.

Kaiser Foundation Health Plan

Característica del beneficio	Cantidad
Máximo de por vida	Sin límite
Deducible anual Por Persona: Por Familia:	Ninguna Ninguna
Máximo desembolso anual: Por Persona: Por Familia:	\$1,500 en co-pagos \$3,000 en co-pagos
Cobro de hospital	No hay cobro
Sala de emergencia	\$35 co-pago por consulta
Honorario del médico – Consultorio	\$10 co-pago por consulta
Exámen físico de rutina	\$10 co-pago por consulta
Chequeo del bienestar del bebé Desde nacimiento hasta los 2 años de edad: Después de los 2 años de edad:	\$5 co-pago por consulta \$10 co-pago por consulta
Chequeo del bienestar de la mujer	\$10 co-pago por consulta
Laboratorio/rayos-x	No hay cobro
Medicinas recetadas	\$5 co-pago
Salud Mental – paciente interno (hasta 45 días por año civil)	No hay cobro
Salud Mental – paciente externo (hasta 20 consultas por año civil)	\$10 co-pago - terapia individual \$5 co-pago - terapia en grupo
Tratamiento por abuso de sustancias – paciente interno (Disponible únicamente bajo el Beat It! Program; desintoxicación únicamente)	No hay cobro
Tratamiento por abuso de sustancias – paciente externo	\$10 co-pago - terapia individual \$5 co-pago - terapia en grupo

PacifiCare HMO

Característica del beneficio	Cantidad
Máximo de por vida	Sin límite
Deducible anual Por Persona: Por Familia:	Nada Nada
Máximo desembolso anual: Por Persona: Por Familia:	\$1,000 en co-pagos \$3,000 en co-pagos
Cobro de hospital	No hay cobro
Sala de emergencia	\$50 co-pago por consulta
Exámen físico de rutina	\$20 co-pago por consulta
Honorario del médico – Consultorio	\$20 co-pago or consulta
Chequeo del bienestar del bebé Desde nacimiento hasta los 2 años de edad: Después de los 2 años de edad:	No hay cobro \$20 co-pago por consulta
Chequeo del bienestar de la mujer	\$20 co-pago por consulta
Laboratorio/rayos-x	No hay cobro
Medicinas recetadas	\$10 co-pago
Salud Mental – paciente interno (hasta 30 días por año civil)	No hay cobro \$20 co-pago
Salud Mental – paciente externo (hasta 30 consultas por año civil)	
Tratamiento por abuso de sustancias – paciente interno (Disponible unicamente bajo el Beat It! Program; desintoxicación unicamente)	No hay cobro No hay cobro
Tratamiento por abuso de sustancias – paciente externo	

United of Omaha Group Policy (poliza colectiva para beneficios médicos)

Group ID G0002A20 - Plan ID MEDPPO

Característica del beneficio	PPO Proveedor	No proveedor de PPO
Máximo de por vida	\$2,000,000	
Deducible anual Por persona: Por familia:	\$100 \$200	\$300 \$600
Deducible adicional por ir a una clínica no contratada: Deducible adicional por no utilizar el programa de revisión (<i>Utilization Review Program</i>):	\$200 10%	
Máximo desembolso anual por persona	\$600	\$6,300
Porcentajes del asegurado (después de pagar el deducible)		
Cobros de hospital (\$200 adicionales se aplicarán a proveedor no participante en el PPO)	90%	70%
Sala de emergencia	90%	70%
Honorarios del médico – Consultorio	90%	70%
Honorarios del médico – Consulta en el hospital	90%	70%
Chequeo del bienestar del bebé (\$75 de beneficio máximo por consulta en su consultorio, \$50 para servicio de laboratorio y \$75 para vacunas)	90%	70%
Chequeo del bienestar de la mujer	90%	70%
Laboratorio/rayos-x	90%	70%
Exámen físico de rutina	\$200 de beneficio porporcionado por el Fideicomiso	

Característica del beneficio	PPO Proveedor	No proveedor de PPO
<p>Medicinas recetadas Tarjeta de SavRx: \$2000 de beneficio máximo anual por familia. Después de que se haya llegado al máximo anual de la tarjeta SavRx, el beneficio por ser medicina recetada será reembolsado por United of Omaha al 80% de coseguro. (Los jubilados pagan el 20% de la tarifa del SavRx por todos los medicamentos)</p>	<p>\$5 genérico \$10 marca registrada \$20 marca registrada no formularia</p>	
<p>Salud Mental – Paciente interno (máximo de 20 días por paciente interno por 12 meses consecutivos; 40 días máximos de por vida)</p> <p>Salud Mental – Paciente externo (25 visitas por año civil)</p>	<p>90% por primera admisión; 70% por admisiones subsecuentes</p> <p>80%</p>	<p>70%</p> <p>50%</p>
<p>Tratamiento por abuso de sustancias – Desintoxicación del paciente interno (Disponible unicamente bajo el programa Beat It!; máximo 2 tratamientos de desintoxicación de por vida)</p> <p>Tratamiento por abuso de sustancias – interno Rehabilitación del paciente interno (La cobertura es diferente para empleados y dependientes, con y sin cobertura de paciente externo anterior bajo el programa Beat It!; vea la página 20 para una descripción completa de ésta cobertura)</p> <p>Tratamiento por abuso de sustancias – Paciente externo (Se paga una vez de por vida en lugar del tratamiento del paciente externo; 40 horas por un período consecutivo de 12 semanas)</p>	<p>85% por primera internamiento; 80% por la segunda</p> <p>Vea la página 20</p> <p>100% a \$55/hr individual; 100% a \$35/hr por grupo</p>	<p>No aplica, solo que sea aprobado por Beat It!</p>

INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS MÉDICOS PARTICULARES

Beneficios de maternidad bajo la ley de protección para la salud de los niños recién nacidos y las madres

Los planes de seguros colectivos y los seguros médicos generalmente no pueden, bajo ley Federal, limitar los beneficios de una estadía en el hospital cuando se trata de dar a luz ya sea para la madre o el recién nacido a no menos de 48 horas después de un parto vaginal, ni menos de 96 horas después de una cesarea. Sin embargo, la ley Federal no le prohíbe al médico que atiende a la mamá o al recién nacido, después de consultar con la madre, de darle de alta a ella o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 según aplique). En todo caso, los planes y seguros no pueden, bajo ley Federal, requerir que un proveedor obtenga una autorización del plan o de la compañía de seguros para prescribir un plazo de estadía que no exceda 48 horas (o 96 horas).

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Conforme a la ley Federal, las mujeres que médicamente han necesitado una mastectomía tienen derecho a ser cubiertas para:

1. todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se hizo la mastectomía; y
2. and cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y
3. prótesis; y
4. tratamiento de cualquier complicación física por la mastectomía, incluyendo linfedemas.

El cuidado cubierto bajo éstas leyes está sujeto a los requisitos de co-pagos o co-seguro normales que aplican a otras coberturas médicas y de hospital proporcionadas por el plan en el cual está registrado.

PLAN DENTAL

Los beneficios dentales son proporcionados bajo un contrato de seguros con United of Omaha. Los beneficios dentales se proporcionan a empleados activos bajo el Plan, a todos los empleados no sindicalizados y a empleadores individuales, a todos los dependientes elegibles, a los jubilados, y a los participantes de COBRA quienes han elegido cobertura completa.

Usted puede ir con cualquier dentista cuando lo necesite. Para sentar una reclamación, pida un formulario a la oficina del Sindicato o a la oficina administradora del Plan.

Abajo hay un breve resúmen de los beneficios dentales bajo el contrato del Plan con United of Omaha Dental Benefits, vigente cuando se publico éste folleto. El servicio de la Clase A incluye exámenes, limpieza de dientes, rayos-x, extracciones, cirugía oral, empastes y canales radiculares. Los servicios de la Clase B incluyen, coronas, la primera instalación de un puente fijo y dentadura parcial o completa, y reparación de coronas, puentes y dentaduras.

Vea el certificado de seguro actual de United of Omaha para los beneficios actuales, para ver una lista completa de los servicios de las Clases A y B, al igual que las condiciones de cobertura, limitaciones y exclusiones.

Póliza colectiva de los beneficios dentales de United of Omaha Group ID G0002A20 - Plan ID DENIND	
Empleados activos Deducible anual (por persona):	\$50
Porcentaje de los cobros permitidos pagados (después del deducible):	
Servicios de la Clase A:	80%
Servicios de la Clase B:	75%
Máximo del beneficio anual pagado:	\$1,500
Ortodoncia unicamente:	
Porcentaje de los cobros permitidos pagados (después del deducible):	70%
Máximo del beneficio anual pagado:	\$2,000
Jubilados que eligen cobertura completa Deducible anual (por persona):	\$50
Porcentaje de los cobros permitidos pagados (después del deducible):	
Servicios de la Clase A:	80%
Servicios de la Clase B:	50%
Máximo por paciente por año civil:	\$1,500

BENEFICIOS ÓPTICOS

Los beneficios ópticos son proporcionados por el seguro bajo Vision Service Plan (“VSP”) a todos los empleados activos, a todos los empleados no sindicalizados y a los empleadores individuales, a todos los dependientes elegibles, a los jubilados, y a los participantes de COBRA que hayan elegido cobertura completa.

Los beneficios de VSP son pagados por todo el cuidado de la vista cubierto, pero trabajan diferente para el grupo de proveedores que para el grupo que no son proveedores de VSP. Brevemente, cuando usted vea a un grupo de proveedores de VSP, no se paga deducible por cada consulta cubierta. VSP cubre el costo del exámen, aros, y lentes, o paga una parte hacia los lentes de contacto. Cuando usted consulta a un grupo que no son proveedores, usted debe pagar la factura del proveedor cuando va a la consulta, y después, someter una reclamación para recibir los beneficios de VSP. Después de rebajar el co-pago, VSP le reembolsa la cantidad permitida hacia su cobro cubierto.

Aunque usted consulte a un proveedor de VSP o uno que no sea proveedor, la responsabilidad del cobro que exceda lo que permite el plan es suya. En general, su desembolso será considerablemente más bajo si usted consulta al grupo de proveedores de VSP, porque los proveedores de VSP generalmente han acordado cobrar tarifas de descuento a los miembros de VSP por los servicios no cubiertos por el Plan.

El siguiente es un resumen de los beneficios ópticos del Plan. Por favor recuerde que el resumen es presentado unicamente para su conveniencia, y no reemplaza el folleto de VSP ó el contrato, entrado en vigor al tiempo que usted recibió los beneficios del cuidado de la vista.

VSP Colectivo: Northern California Tile Industry Welfare Plan	
Beneficios	
Co-pago por exámen y el primer par de lentes	\$0
Exámen de ojos	Una vez cada 12 meses*
Anteojos o lentes de contacto	Una vez cada 12 meses *
Aros	Una vez cada 24 meses *
Descuentos adicionales	
Servicios profesionales para lentes de contacto	15%
Anteojos no cubiertos	20%

*desde su última fecha de servicio

Hay un folleto sobre la evidencia de cobertura de VSP disponible, ya sea directamente o bajo la oficina administrativa del Plan. La evidencia de cobertura proporcionada por VSP declara detalladamente la cantidad exacta de los beneficios pagados, y cualquier exclusion, limitación, y condiciones del beneficio. El número del servicio al cliente de VSP para pedir folletos o asistencia con las reclamaciones, es (800) VSP-7195 (877-7195). Puede también visitar la página de VSP, www.vsp.com, para verificar su elegibilidad, ver la lista de doctores participantes, y más información sobre sus beneficios y el programa de VSP.

BENEFICIOS DE MEDICINAS CON RECETA

Si usted está registrado en los HMOs de Kaiser ó PacifiCare, usted y sus dependientes recibirán todos los beneficios de sus recetas médicas de las instalaciones contratadas por esos seguros. En el caso de Kaiser, todas las recetas deben llenarse en las farmacias de Kaiser. En Kaiser hay un co-pago de \$5 por receta, y un co-pago de \$10 por cada receta cobrada por PacifiCare.

Si usted está registrado en el PPO de United of Omaha, los primeros \$2,000 de los pagos del beneficio de recetas médicas para usted y sus dependientes en un año civil son cubiertos por este Plan y administrados bajo SavRx. Para recibir estos beneficios, debe utilizar su tarjeta de SavRx en una farmacia participante y pagar el co-pago requerido según se lo pida la farmacia. Para los participantes activos, el co-pago para las compras es de \$5 por medicinas genéricas, \$10 por marcas registradas formularias y \$20 por cualquier otra medicina. Los beneficios se limitan a un suministro de 30 días por compras. Los suministros de 90 días están disponibles utilizando el programa por correo. Para los participantes activos, el co-pago por ordenes por correo es de \$10 por medicinas genéricas, \$20 por marcas registradas formularias y \$40 por cualquier otra medicina. Los jubilados pagan el 20% del precio de SavRx por todas las medicinas. Se aplican los requisitos y las exclusiones del programa de SavRx en vigor al tiempo de cualquier compra cubierta.

Después de que se hayan pagado los \$2,000 en beneficio de recetas para usted y sus dependientes en un año civil, los beneficios son asegurados bajo United of Omaha y administrados por Allied Administrators. Para recibir estos beneficios, usted puede comprar medicinas con receta en cualquier farmacia y después someter su reclamación con el recibo a Allied Administrators para recibir su reembolso. Los beneficios se pagan al 80% después de que usted haya pagado los \$100 por año deducibles por persona para los beneficios médicos mayores. No hay límite anual del beneficio para recetas médicas. Los requisitos y exclusiones del beneficio asegurado de recetas médicas están declaradas en la póliza y en el certificado de cobertura de United of Omaha.

Los gastos de las recetas de medicina no cuentan hacia ningún límite de paro/pérdida, ya sea que los beneficios fueron pagados bajo SavRx o United of Omaha, y el gasto por medicinas recetadas nunca son pagadas al 100%, ni aunque la persona cubierta haya calificado por un límite de paro/pérdida de otra manera aplicable.

BENEFICIO PARA UN EXÁMEN FÍSICO

Si usted está registrado en los HMOs de Kaiser o PacifiCare, los exámenes físicos de rutina están cubiertos. Hay un co-pago de \$10 por cada consulta en Kaiser, y un co-pago de \$20 que cobra PacifiCare.

Los exámenes físicos de rutina no están cubiertos por el PPO de United of Omaha. Sin embargo, si usted es un empleado activo que está registrado en el PPO de United of Omaha, este Plan paga el 100% de los cobros facturados, hasta \$200, una vez por año civil, por un examen físico de rutina que de otra manera no estuviese cubierto en el contrato de United of Omaha. Los beneficios son pagados cuando someta su reclamación a Allied Administrators. Este beneficio no está disponible para jubilados, dependientes, o para los participantes de Kaiser o PacifiCare.

BENEFICIO PARA QUIROPRÁCTICO

Si usted está registrado en el PPO de United of Omaha, los procedimientos de quiropráctico están cubiertos, después que se haya pagado el deducible, el 80% si consulta a un proveedor o el 70% si no es proveedor, hasta \$1,000 por año civil.

Si usted y sus dependientes están cubiertos bajo un Plan de HMO el cual no provee beneficios de quiropráctico, este Plan paga el 80% del cobro por consultar a un quiropráctico, hasta \$1,000 por año por persona.

TRATAMIENTO PARA LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y LAS DROGAS BAJO EL PROGRAMA BEAT IT!

Los beneficios para la desintoxicación y rehabilitación de la adicción al alcohol y la dependencia a las drogas son proporcionados únicamente cuando el tratamiento se hace bajo el programa Beat It! La continuación de beneficios esta sujeta a la cooperación con los requisitos del programa de Beat It! Estos beneficios se proporcionan a los empleados sindicalizados, a los empleados no sindicalizados, y a los empleadores individuales, y a los dependientes elegibles de esos participantes. Estos beneficios no se proporcionan a jubilados. Los beneficios están limitados a las cantidades que estén en vigor entonces bajo los contratos entre Beat It! y los proveedores. Las siguientes limitaciones aplican a los beneficios que pagará el Plan, y el paciente es responsable por todos los cobros que no sean pagados por el Plan:

Beneficios de desintoxicación para paciente interno

Primera hospitalización: 85% del precio contratado
Segunda hospitalización: 80% del precio contratado

Beneficio de rehabilitación después de la desintoxicación para paciente interno

Primera hospitalización sin tratamiento de paciente externo anteriormente bajo el programa de Beat It!:

Empleado: 100% del precio contratado
Dependiente: 80% del precio contratado

Primera hospitalización con tratamiento de paciente externo anteriormente bajo el programa de Beat It!:

Empleado: 80% del precio contratado
Dependiente: 50% del precio contratado

Segunda hospitalización:

Empleado: 80% del precio contratado
Dependiente: 50% del precio contratado

Los beneficios para paciente interno hospitalizado están limitados a dos hospitalizaciones por individual de por vida.

Beneficios para paciente externo

Beneficio máximo de
por vida: (por persona): 40 hrs de terapia en un período consecutivo de 12
semanas.

Terapia individual: 100% del cobro cubierto, hasta un máximo de \$55 por hr.

Terapia en grupo: 100% del cobro cubierto, hasta un máximo de \$35 por hr.

Los beneficios para paciente externo no están disponibles si una persona ya ha estado hospitalizada la primera y segunda vez. Los beneficios para pacientes externos están disponibles solamente una vez de por vida.

SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMIEMBRAMIENTO

El Plan provee seguro de vida para los empleados activos y sus dependientes bajo las pólizas de seguro colectivo que se le compraron a United of Omaha. Los participantes de COBRA y los jubilados no son elegibles a los beneficios de seguro de vida y muerte accidental y desmiembramiento. La cantidad del seguro de vida es reducida por un 50% al cumplir la edad de 70 años.

Lo siguiente es un resumen de los beneficios que actualmente están en vigor. Las reglas completas de este beneficio (el "certificado de cobertura" formal) están contenidas en un folleto aparte adjunto a este folleto, o están disponibles libres de costo de la oficina administradora del Plan. Por favor anote, sin embargo, que las provisiones de la póliza y el certificado pueden cambiar ocasionalmente, y los beneficios actuales se determinan por la póliza y el certificado en vigor al tiempo de la muerte de la persona cubierta. La intención de este resumen no es la de sustituir esa póliza, y cualquier cambio a la póliza y/o al certificado substituyen este folleto.

Beneficio: Las siguientes cantidades son los beneficios pagaderos:

SEGURO DE VIDA:

Empleado	\$5,000
Cónyuge dependiente ó pareja doméstica registrada.....	\$2,500
Niño dependiente (6 meses ó mayor)	\$1,000
Niño dependiente (menor de 6 meses)	\$500

SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMIEMBRAMIENTO:

Empleado	\$5,000
----------------	---------

Estos beneficios son pagados si usted fallece, o su dependiente cubierto fallece, mientras sea elegible para estos beneficios bajo el Plan. Los beneficios también son pagados bajo las estipulaciones de "continuación de seguro" después de treinta y un días de haber terminado su elegibilidad, o más de eso si usted ejercita el privilegio de conversión, ó si usted califica para, y cumple con los requisitos de renuncia al beneficio de prima en el caso de una incapacidad total.

Beneficiario para el seguro de vida

Usted puede nombrar a quien sea, o a quienes sean, para que sean los beneficiarios de su seguro de vida. Si no ha designado a un beneficiario, sus beneficios serán parte de su herencia. Usted es, automáticamente, el beneficiario del seguro de vida de sus dependientes. Por favor note que la designación de beneficiario del seguro de vida bajo éste Plan de salud y bienestar es una designación diferente a la designación que usted haya podido hacer bajo los otros planes de

jubilación ó la de algunos otros beneficios de muerte disponibles bajo el Sindicato. Si usted quiere verificar su designación de beneficiario bajo este Plan, o desea cambiar su designación de beneficiario, comuníquese con la oficina administrativa del Plan.

Como sentar una reclamación a su seguro de vida

Puede pedir los formularios de reclamación para su beneficio de seguro de vida al Sindicato ó a la oficina administrativa del Plan. Complete el formulario y envíelo, con el original certificado de muerte que éste certificado, a la Oficina de Administración del Plan. Su reclamación debe ser recibida por Allied Administrators dentro de 90 días de la fecha de la pérdida, si es posible, o de otra manera, tan pronto como sea posible. **Para evitar que se le pase el plazo, presente su reclamación tan pronto como sea posible.**

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN Y APELACIÓN

Cómo someter los formularios de reclamaciones para beneficios

Médica: No es necesaria ninguna reclamación para beneficios médicos, de hospitalización, y quirúrgica si usted está cubierto bajo los planes HMO de Kaiser ó PacificCare. Simplemente present su tarjeta del HMO cuando reciba sus servicios, y dé el co-pago aplicable. Si usted está cubierto bajo el PPO de United of Omaha, su proveedor deberá someter las reclamaciones a la oficina administradora del Plan, Allied Administrators.

Dental: Su dentista deberá someter las reclamaciones directament a Allied Administrators.

Visión: Si usted consulta a un proveedor del grupo participante de VSP, el o ella someterá sus reclamaciones directamente a VSP. Usted paga unicamente los cobros en exceso de lo que está cubierto. Si usted consulta a un proveedor que no está en el grupo, pague la factura completa usted mismo y someta una reclamación a VSP para que le reembolse la cantidad permitida.

Seguro de Vida y Muerte Accidental y Dismiembramiento: Los formularios de reclamación son disponibles por Allied Administrators, y deben ser submetidos a ellos, con sus comprobantes.

Reclamaciones y apelaciones

El Plan puede presentar reclamaciones y apelaciones a la Mesa Directiva para cualquier asunto que esté a su discreción. Estos procedimientos se aplican en las siguientes situaciones:

" Reclamaciones y apelaciones sobre la elegibilidad bajo del Plan para cualquier tipo de beneficio;

" Apelaciones relacionadas con los beneficios médicos, dentales o ópticos cuando un demandante haya hecho una reclamación específica a un seguro médico, y el seguro médico haya negado su reclamación porque el participante o el pariente no es elegible para recibir beneficios bajo las leyes del Plan.

<p>La Mesa de Fiduciarios no dá audiencia a apelaciones sobre acciones adversas tomadas por un HMO o proveedor de aseguranza, excepto si se trata de su elegibilidad para recibir beneficios bajo el Plan. Si una reclamación para recibir beneficios del Plan es negada por alguna <u>otra</u> cosa que no sea elegibilidad bajo las reglas del Plan, tales como necesidad médica, el participante o proveedor pueden presentar su apelación directamente al HMO o proveedor de aseguranza, y esa es la única apelación disponible.</p>
--

Usted o su proveedor de seguro médico puede presentar una demanda por beneficios comunicándose con la oficina administrativa del Plan, Allied Administrators. Ellos le notificarán sobre su determinación dentro de las siguientes plazas, a menos que le avisen que necesitan más información o una extensión:

- " Cuidado urgente: 72 horas
- " Cuidado, no urgente: 15 días
- " Si usted ya ha recibido el cuidado médico: 30 días

Si usted no está de acuerdo con la determinación de la oficina administrativa del Plan, puede presentar una apelación a la Mesa Directiva enviando una carta a la oficina administrativa del Plan, dentro de un plazo de 180 días de haber recibido la negación de beneficios. La Mesa Directiva conducirá una revisión independiente de su apelación. **La falta de apelar una determinación de la oficina administrativa del Plan dentro del tiempo permitido se considerará como una renuncia a todas las objeciones de esa determinación.**

La oficina administrativa del Plan le notificará por escrito del fallo de los Fiduciarios antes de las siguientes plazas, a menos que le avisen que necesitan más información o una extensión:

- " Cuidado urgente: 72 horas
- " Cuidado, no urgente: 30 días
- " Si usted ya ha recibido el cuidado médico: 5 días después de la siguiente junta regular de la Mesa Directiva, a menos que la apelación haya sido presentada menos de 30 días antes de la siguiente junta, en tal caso se le notificará 5 días después de la segunda junta de la Mesa Directiva.

La Mesa Directiva autorizará una audiencia únicamente si la Mesa determina que la audiencia ayudará en su deliberación. Estos procedimientos son los únicos procedimientos que usted puede utilizar para apelar una acción adversa tomada por la Mesa Directiva o algún otro fiduciario del Plan o agente. Para ver los procedimientos y las leyes sobre reclamaciones y apelaciones en su entereza, vea el Apéndice 3.

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Este Plan es conocido como *Northern California Tile Industry Health and Welfare Trust Fund* ó como *Northern California Tile Industry Health and Welfare Plan*. El número de identificación (EIN) del Fideicomiso para el fisco (*IRS*) es 94-6173454 y el número del Plan es 501. La duración del año del Plan es desde enero 1 hasta diciembre 31 de cada año civil.

ADMINISTRADOR DEL PLAN:

Los planes estan administrados conjuntamente por la Mesa Directiva la cual consiste de cuatro empleados fiduciarios nombrados por el sindicato *Bricklayers and Allied Crafts Local Union No. 3, I.U. of B.A.C.* y cuatro empleadores fiduciarios nombrados por *Tile Contractors Association of Northern California, Inc.* Enseguida encontrará el domicilio para recibir correo y otra información para comunicarse con la Mesa Directiva:

Mesa Directiva
Northern California Tile Industry Health and Welfare Trust Fund
c/o Allied Administrators
P.O. Box 2500
San Francisco, CA 94126
(415) 986-6276

Los nombres y domicilios individuales de los fiduciarios aparecen en el Apéndice 1.

La compañía consejera sobre sus beneficios es David H. Walker Co., ubicada en el mismo domicilio y con el mismo número de teléfono.

TIPO DE ADMINISTRACIÓN:

La Mesa Directiva es asistida con la administración del plan por un administrador contratista, *Allied Administrators*, ubicados en el domicilio y con el número de teléfono listado arriba. Todos los beneficios son proporcionados bajo contratos con seguros, contratos para servicios administrativos, o planes de servicio médico, como se han descrito arriba. A la Mesa también es asistida en la administración del plan por el sindicato de *Bricklayers and Allied Crafts Local Union No. 3*, del cual su domicilio aparece abajo.

Los beneficios médicos, seguros de vida y muerte accidental y desmiembramiento, y los beneficios dentales y ópticos, estan asegurados por los seguros del plan. Los primeros \$2,000 del beneficio de recetas médicas por año son pagados y administrados bajo *SavRx*. El Plan también proporciona y paga el beneficio para un exámen físico para los empleados activos que están registrados en el plan *PPO*.

ENMIENDA Y TERMINACIÓN DEL PLAN Y/O DEL FIDEICOMISO

Aunque no haya la intención ni se espere que esto vaya a ocurrir, las personas que son parte de las negociaciones colectivas tienen el poder de terminar todas las contribuciones al Plan. Si esto ocurre, los fondos que ya se hayan contribuído serán aplicados por la Mesa Directiva, a su discreción, para proveer beneficios a los individuos cubiertos, ya sea bajo el Fideicomiso existente o bajo algún otro plan de negociación colectiva que ofrezca beneficios similares a los empleados que

trabajen en la industria de losas. En ningún caso deberá la terminación del Plan causar que las contribuciones se regresen al empleador.

AGENTE PARA EL SERVICIO DE PROCESOS LEGALES:

Raphael Shannon, Attorney at Law
McCarthy, Johnson & Miller Law Corporation
595 Market Street, Suite 2200
San Francisco, CA 94105
(415) 882-2992

El servicio de proceso legal también puede hacerse sobre cualquiera de los Fiduciarios, en su lugar de negocio, o sobre Allied Administrators.

FINANCIACIÓN Y PATROCINIO DEL PLAN:

Este Plan está financiado por contribuciones hechas conforme a los acuerdos de negociaciones colectivos entre el sindicato *Bricklayers and Allied Crafts Local Union No. 3, I.U. of B.A.C.* y la asociación *Tile Contractors Association of Northern California, Inc.*, de cuales aparecen sus domicilios abajo, al igual que empleadores individuales que no están afiliados con la asociación. Se puede obtener una lista completa de los empleadores, asociaciones de empleadores, y organizaciones laborales patrocinadoras del Plan, por los participantes y beneficiarios al pedirlo por escrito a la oficina administradora del Plan, sujeto a un cobro pequeño por hacer copias, y también está disponible para ser revisado por participantes y beneficiarios dando un tiempo razonable por adelantado. Un participante o beneficiario también puede requerir información sobre si un empleador en particular, asociación de empleadores, o organización laboral es patrocinador del Plan, y si lo es, el domicilio del patrocinador. Se pueden obtener copias de los acuerdos de negociaciones colectivos para los participantes y beneficiarios al pedirlo por escrito a la oficina administradora del Plan, sujeto a un cobro pequeño por hacer copias, y también está disponible para ser revisado por participantes y beneficiarios dando un tiempo razonable por adelantado. Los activos de reserva están bajo la administración de Jacobs & Co. y Comerica

Las siguientes organizaciones son parte del acuerdo maestro laboral bajo el cual este Plan está mantenido:

Organizaciones laborales

Bricklayers and Allied Crafts Local Union No. 3, I.U. of B.A.C.
8400 Enterprise Way, #103
Oakland, CA 94621

Asociaciones de empleadores

Tile Contractors Association of Northern California, Inc.
P.O. Box 5789
Novato, CA 94948

SUS DERECHOS BAJO ERISA

Como participante de *San Diego County Cement Masons Group Insurance Plan*, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo el Decreto de 1974 sobre la seguridad de los ingresos de jubilación del empleado (*Employee Retirement Income Security Act of 1974*). ERISA prevé que todos los participantes del Plan tendrán derecho de:

Recibir información sobre su Plan y sus beneficios

Examinar, sin cobro, en la Oficina de Administración y en otras ubicaciones específicas tales como salones sindicales, todos los documentos del Plan relacionados a la operación del Plan incluyendo contratos de seguro, acuerdos colectivos de negociaciones y una copia del informe anual más reciente (Formulario de la serie 5500) presentado por el Plan con el Departamento Laboral de los Estados Unidos (*U.S. Department of Labor*), y disponible en el centro público de declaraciones del seguro de administración de los beneficios del empleado (*Public Disclosure Room of the Employees Benefits Security Administration*).

Pidiéndolo en escrito a la oficina administrativa del Plan puede obtener copias de los documentos que gobiernan la operación del Plan, incluyendo contratos del seguro, y acuerdos de negociación colectiva, y copia del informe anual más reciente (Formulario de la serie 5500) y un resumen de la descripción del plan más reciente. La oficina administrativa puede hacer un cobro razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe anual financiero del Plan. Es requerido por ley que el administrador del Plan proporcione a cada participante una copia del informe financiero anual.

Continuación de la cobertura del seguro médico

Continúe la cobertura médica para usted, su cónyuge o dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el plan que resulto de un evento calificador (*qualifying event*). A usted o a sus dependientes se les puede cobrar por tal cobertura. Revise éste resumen de la descripción de su plan y los documentos que gobiernan el plan sobre las reglas que gobiernan sus derechos de la continuación de cobertura COBRA.

Reduzca o elimine los períodos de exclusión de cobertura por condiciones pre-existentes bajo su plan médico colectivo, si usted tiene la cobertura debida de otro plan. Le deben proporcionar un certificado de cobertura atribuible, sin costo alguno, de su plan de seguro médico colectivo o del asegurador de su seguro médico cuando usted pierde cobertura bajo el plan, y se vuelve elegible para elegir la continuación de cobertura COBRA, cuando su continuación de cobertura COBRA termine, si usted la pide antes de perder cobertura, o si la pide hasta 24 meses después de perder cobertura. Sin la evidencia de cobertura atribuible, usted puede ser sujeto a una exclusión de 12 meses (18 meses por inscribirse tarde) por condiciones pre-existentes después de la fecha de inscripción de su cobertura.

Acciones prudentes por los fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones sobre las personas que son responsables por la operación del Plan de Beneficios para el Empleado. Las personas que operan su Plan, llamados "fiduciarios" del Plan, tienen la obligación de hacerlo prudentemente y en el interés suyo y de otros participantes y beneficiarios del Plan.

Nadie, incluyendo a su empleador, su sindicato, o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarle en ninguna forma que lo prevenga de obtener un beneficio o ejercitar sus derechos bajo ERISA.

Poner en vigor sus derechos

Si su petición de beneficios es negada o ignorada, completamente o en parte, usted debe recibir una explicación de la razón por la cual fué negado, obtener copias de los documentos relacionados a la decisión sin costo alguno, y de apelar cualquier negación, todo dentro de ciertos plazos.

Bajo ERISA, hay pasos que puede tomar para que pueda poner en vigor los derechos mencionados arriba. Por ejemplo, si usted pide una copia de los documentos del plan o el más reciente informe anual del plan y no los recibe dentro de 30 días, usted puede presentar una demanda en un juzgado federal. En tal caso, el juzgado puede requerirle al Administrador del Plan que proporcione los materiales y que pague hasta \$110 diarios hasta que usted reciba los materiales, a menos que los materiales no hayan sido enviados por razones fuera del control del Administrador. Si usted tiene una reclamación de beneficios el cual es negada o ignorada, completamente o en parte, usted puede presentar una demanda en un juzgado estatal o federal. Además, si usted no está de acuerdo con la decisión o falta de decisión del Plan sobre el estado de un orden de relaciones domésticas o un orden de sostenimiento médico de un menor, usted puede presentar una demanda en un juzgado federal, sin embargo, su derecho a demandar puede estar limitado si usted no ha utilizado el procedimiento de apelación del Plan. Si por alguna razón los fiduciarios del Plan hacen mal uso del dinero del plan, o si a usted se le discrimina por hacer valer sus derechos, usted puede buscar asistencia del departamento laboral de los Estados Unidos (*U.S. Department of Labor*), o usted puede hacer una demanda en un juzgado federal. El juzgado decidirá quien tendrá que pagar los gastos del juzgado y honorarios legales. Si usted tiene éxito, el juzgado puede ordenar a la persona que usted ha demandado a pagar estos gastos y honorarios. Si usted pierde, el juzgado puede ordenarle a usted que pague estos gastos y honorarios; por ejemplo, si encuentra que su demanda es frívolo.

Asistencia con sus preguntas

Si usted tiene preguntas sobre su plan, debe comunicarse con la oficina administrativa del Plan. Si usted tiene preguntas sobre esta declaración o acerca de sus derechos bajo ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del administrador del plan, debería comunicarse con la oficina de la Administración de Beneficios de Pensiones y Bienestar de los Estados Unidos, Departamento Laboral (*U.S. Pension & Welfare Benefits Administration, Department of Labor*) más cercana a su área, la cual es la oficina regional de San Francisco (*San Francisco Regional Office, 71 Stevenson Street, Suite 915, P.O. Box 190250, San Francisco, CA 94105 (415) 975-4600*), o a la división de asistencia técnica e investigación, (*Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210*). También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea de la administración (*Employee Benefits Security Administration*).

APÉNDICE 1: MESA DIRECTIVA

Empleados fiduciarios

Mr. Jim Bresnahan
B.A.C. Local No. 3
8400 Enterprise Way, #103
Oakland, CA 94621

Mr. Dorsey Hellums
B.A.C. Local No. 3
8400 Enterprise Way, #103
Oakland, CA 94621

Mr. Tom Spear
B.A.C. Local No. 3
8400 Enterprise Way, #103
Oakland, CA 94621

Mr. S. Mark Wuelfing
B.A.C. Local No. 3
8400 Enterprise Way, #103
Oakland, CA 94621

Empleadores Fiduciarios

Mr. Richard Papapietro
De Anza Tile
951 Commercial St.
Palo Alto, CA 94303

Richard N. Hill, Esq.
Littler Mendelson, PC
650 California Street, 20th Floor
San Francisco, CA 94108-2693

Mr. Jerry D. Riggs
Superior Tile
P.O. Box 2106
Oakland, CA 94621-0006

Mr. William W. Ward, III
700 Ygnacio Valley Road, Suite 260
Walnut Creek, CA 94596

APÉNDICE 2: NOTIFICACIÓN GENERAL SOBRE LOS DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA

Preámbulo

Ésta sección contiene información importante para los participantes del plan *Northern California Tile Industry Health and Welfare Plan* sobre el derecho de la continuación de cobertura COBRA, la cual es una extensión temporaria de cobertura bajo el Plan.

Esta notificación lo explica, en general:

- " lo que es la continuación de cobertura COBRA;
- " cuales eventos aprobados activan la elegibilidad para la continuación de cobertura COBRA;
- " cuando puede estar disponible la continuación de cobertura COBRA para usted y su familia y por cuánto tiempo; y
- " lo que tiene que hacer para proteger el derecho de recibirla.

Para más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y la ley federal, favor de comunicarse con la oficina administrativa del Plan.

1. ¿Qué es la continuación de cobertura COBRA?

El derecho a la cobertura de continuación COBRA fué creada por la ley federal, *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA)*. La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura del Plan cuando la cobertura, de otro modo, finalizara por un suceso conocido como "evento calificador" ("*Qualifying Event*"). Algunos ejemplos específicos de un "evento calificador" estan en la sección 2 de abajo.

Después de un evento calificador, se debe ofrecer a toda persona que es "beneficiaria calificada" la continuación de la cobertura de COBRA. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si la cobertura bajo el Plan se pierde como resultado del evento calificador. Bajo el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de cobertura COBRA deben pagar por la cobertura personalmente. La cobertura de COBRA también está coordinada con otras formas de cobertura extendida, y así, el período de la cobertura COBRA sea reducido por un período de cobertura extendida. [Vea la sección 4, C]

2. ¿Cuáles eventos calificadores pueden activar la elegibilidad a la cobertura de COBRA?

Si usted es un empleado, se convierte en beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos calificadores:

- " Reducción de las horas de trabajo, o
- " Terminación de su empleo por cualquier razón que no sea un caso serio de mala conducta.

Si usted es el(la) cónyuge de un empleado, será un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos calificadoros:

- " Fallecimiento de su cónyuge;
- " Reducción de la horas de trabajo de su cónyuge;
- " Terminación del empleo de su cónyuge por cualquier razón que no sea un caso serio de mala conducta;
- " Su cónyuge se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas); o
- " Divorcio o separación legal de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convierten en beneficiarios calificados si pierden la cobertura bajo el Plan debido a la ocurrencia de cualquiera de los siguientes sucesos calificadoros:

- " Fallecimiento del padre empleado;
- " Reducción de la horas de trabajo del padre empleado;
- " Terminación del empleo del padre empleado por cualquier razón que no sea un caso serio de mala conducta;
- " El padre empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas); o
- " El hijo ya no es elegible para la cobertura según el Plan en calidad de "hijo dependiente", que quiere decir que el hijo ha cumplido la edad de 19 años si no es estudiante de tiempo completo, a cumplido la edad de 25 años y es estudiante de tiempo completo, o ha cesado de ser estudiante de tiempo completo entre las edades de 19 a 25.

3. ¿Cuándo se encuentra disponible la cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados sólo después de haber notificado al Administrador del Plan que ha ocurrido un evento calificador. El derecho de usted y sus dependientes para recibir la cobertura de continuación COBRA es contingente sobre la puntualidad de su notificación al Plan de un evento calificador, y de enviar el formulario de su elección de COBRA y de hacer los pagos requeridos.

A. La obligación del Empleador para notificar sobre algunos de los eventos calificadoros

Cuando el evento calificador finaliza el empleo o la reducción de horas de empleo, el empleador debe notificarle al Plan Administrador dentro de un plazo de 30 días sobre el evento calificador. El reporte del Empleador sometido al Administrador del Plan cada mes es suficiente para llenar ese requisito.

Al fallecer el empleado, el empleador o el dependiente del empleado tiene 30 días para notificar al Administrador del Plan.

Si el evento calificado es que el empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B, o ambas), usualmente el Plan es automáticamente notificado.

IMPORTANTE:

B. La obligación del beneficiario calificado de dar aviso de otros eventos calificadores

La obligación de dar aviso de todos los eventos calificadores cae sobre el beneficiario calificado. El empleado, el cónyuge o hijos dependientes del empleado deben notificar al Administrador del Plan dentro de un plazo de **60 días** después de que ocurra el evento calificador:

- a) un divorcio ó que un hijo dependiente pierda la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente;
- b) la ocurrencia de un segundo evento calificador dando a ciertos beneficiarios calificados un plazo de extensión a la cobertura máxima de COBRA de hasta 36 meses [vea la sección 4. A. b)]; y
- c) cuando a un beneficiario calificado que es acreditado con 18 meses de COBRA se le ha determinado por el SSA de estar incapacitado en cualquier tiempo durante los primeros 60 días de la cobertura de COBRA [vea la Sección 4. A. a)].

Su notificación debe incluir la siguiente información:

- a) la naturaleza del evento calificador que ha causado la pérdida de su cobertura bajo el Plan;
- b) la fecha en la cual ocurrió el evento calificador;
- c) su nombre y firma; y
- d) La fecha en la cual se firmó la notificación.

Usted debe enviar esta notificación, ya sea **por correo**, ó **en persona**, a la persona y domicilio proporcionado en la Sección 6.

4. ¿Cómo se brinda la cobertura de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan recibe aviso sobre la ocurrencia de un evento calificador, se le ofrecerá a cada uno de los beneficiarios calificados la continuación de la cobertura de COBRA. Cada beneficiario calificado tendrá derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos. Favor de informar al Administrador del Plan inmediatamente si usted adquiere a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento de un hijo, adoptado o puesto bajo su cuidado para ser adoptado.

A. Duración de la cobertura COBRA: 18 mese y puede ser extendida

Generalmente, cuando el evento calificador es (1) la finalización del empleo o (2) reducción de las horas de empleo del empleado, la cobertura de continuación de COBRA dura hasta un total de 18 meses. Hay dos maneras en las que este plazo de 18 meses de cobertura de continuación COBRA puede ser extendido:

a) Ampliación por incapacidad:

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o algún miembro de su familia cubierto por el Plan se encuentra incapacitado y usted notifica este hecho al Administrador del Plan en forma oportuna, a usted y a toda su familia puede corresponderle hasta 11 meses adicionales de la continuación de la cobertura de COBRA, hasta por un **máximo de 29 meses**. La incapacidad debe haberse iniciado en algún momento antes de cumplirse el día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe prolongarse como mínimo hasta finalizar el periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura.

b) Segundo evento calificador

Si su familia experimenta otro suceso calificador mientras se encuentra recibiendo 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA, el(la) cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de la continuación de la cobertura de COBRA, por un **máximo de 36 meses**, si se notifica oportunamente al Plan el segundo evento calificador.

La presente ampliación puede estar disponible para el(la) cónyuge y cualquiera de los hijos dependientes que se encuentren recibiendo la continuación de la cobertura si el empleado o ex empleado fallece, se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas) o se divorcia o separa legalmente o si los hijos dependientes dejan de ser elegibles según el Plan en calidad de hijos dependientes, pero únicamente si el evento hubiera causado que el(la) cónyuge o hijo dependiente pierda la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer hecho calificador.

B. Plazo de la cobertura de COBRA: Un total de 36 meses

Cuando el evento calificador es (1) la muerte del empleado, (2) el empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas), (3) divorcio del empleado, o (4) el hijo dependiente deja de ser elegible según el Plan en calidad de hijo dependiente, el beneficiario calificado puede elegir la cobertura de continuación COBRA por hasta un total de 36 meses.

C. Coordinación con otra cobertura

Los meses de plazo en el cual un empleado o su dependiente es elegible para la cobertura de COBRA no es reducido por los meses en los cuales el empleado o su dependiente estuvo cubierto a causa de que se hayan acabado las horas en el “banco de horas”, pero es reducido por los meses que dió sus propios pagos o estaba bajo cobertura por incapacidad. Favor de referirse al resumen de la descripción del Plan para una descripción detallada de otras coberturas.

5. ¿En dónde puede obtener más información?

Las preguntas referentes a su Plan o a sus derechos a la continuación de la cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos que se describen en la Sección 6. Para obtener mayor información sobre sus derechos en virtud de ERISA, incluyendo COBRA, Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA), y otras leyes que afectan los planes grupales de salud, comuníquese con la oficina regional o de Distrito más cercana del Departamento de Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador de los Estados Unidos (EBSA) de su área al:

EBSA, San Francisco Regional Office, 71 Stevenson Street, Suite 915, San Francisco, CA 94105, Attn: Rebecca Marshall-Acting Director. Teléfono: (415) 975-4600. Fax: (415)975-4589. O visite el sitio web de EBSA en www.dol.gov/ebsa.

6. Información para comunicarse con el Administrador del Plan

Northern California Tile Industry Health and Welfare Plan
c/o Allied Administrators
P.O. Box 2500
San Francisco, CA 94126
Telephone: (415) 986-6276
Fax: (415) 439-5858

IMPORTANTE: Mantenga informado al Plan sobre los cambios de domicilio

A fin de proteger sus derechos y los de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan de cualquier cambio de su dirección o la de los miembros de su familia. Asimismo, debe mantener una copia, para su archivo personal, de cualquier aviso que le envíe al Administrador del Plan.

APÉNDICE 3: PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

Casos que están dentro de la discreción de la Mesa Directiva

1. Las siguientes reclamaciones y apelaciones deberán aplicarse a todos los casos dentro de la discreción de la Mesa Directiva, presentados en o después de enero 1, 2003, incluyendo:

- reclamaciones y apelaciones sobre la elegibilidad bajo este Plan por cualquier tipo de beneficio;
- reclamaciones y apelaciones sobre beneficios médicos, dentales o ópticos cuando un participante haya presentado una demanda ante un proveedor, y el HMO o proveedor haya negado su reclamación alegando que el participante o su pariente no es elegible para recibir beneficios bajo las reglas del Plan;
- demandas y apelaciones sobre los beneficios dentales auto-financiados, incluyendo el beneficio para el exámen físico, el beneficio de quiropráctico, y la porción auto-financiada del beneficio de recetas médicas.

2. Los procedimientos que se especifican en ésta sección deberán ser los procedimientos únicos y exclusivos disponibles para cualquier individuo quien está adversamente afectado por cualquier acción de los Fiduciarios, el Administrador del Plan o por cualquier otro agente del Plan o fiduciario. La Mesa Directiva se reserva la autoridad completa para interpretar el lenguaje del Plan y para decidir todas las reclamaciones y disputas sobre el derecho, tipo y cantidad o duración de un beneficio, o de cualquier reclamación de pago por éste Fideicomiso. La decisión de la Mesa Directiva sobre cualquier caso dentro de su discreción deberá ser final y obligatoria sobre todas las partes.

a) **PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN:** Los participantes, familiares y apoderados (de aquí en adelante "reclamantes") pueden iniciar una reclamación de beneficios comunicandose con el Administrador del Plan. Un representante autorizado puede someter la reclamación por parte del reclamante. En el caso de una reclamación que necesite cuidado urgente, un profesional médico con conocimientos de la condición médica del reclamante puede actuar como el representante autorizado del reclamante.

b) **NOTIFICACIÓN POR NO SEGUIR LOS PROCEDIMIENTOS DEL PLAN:** Si el reclamante no sigue los procedimientos del Plan para presentar un reclamación de beneficios, el Administrador del Plan le notificará al reclamante tan pronto como sea posible, pero dentro de 5 días después de la falta, o si la reclamación es por cuidado urgente, dentro de 24 horas de la falta. Esta notificación puede ser oral, a menos que el reclamante o el representante autorizado lo pida por escrito.

c) **NOTIFICACIÓN SOBRE LA DECISIÓN DE LA RECLAMACIÓN**

(i) Plazos y requisitos para mayor información.

(A) Reclamaciones por cuidado urgente: Si la reclamación es por cuidado urgente, el Administrador del Plan le notificará al reclamante de su determinación lo más pronto posible, a más tardar 72 horas después de que el Administrador del Plan haya recibido la reclamación.

Si el reclamante no proporciona la información suficiente para determinar si los beneficios se pagan bajo el plan, el Administrador del Plan le notificará al reclamante cual información falta tan pronto como sea posible, pero a más tardar 24 horas después de que el Administrador del Plan haya recibido la reclamación. El reclamante tendrá 48 horas para proporcionarle la información específica. El Administrador del Plan le notificará al reclamante de su decisión tan pronto como sea posible, a más tardar 48 horas después de que el Administrador del Plan haya recibido la información específica.

(B) Reclamaciones por pre-servicio: Si un reclamante presenta una reclamación por beneficios antes de que se haya proporcionado el servicio al participante o al pariente, pero la reclamación no es urgente, el Administrador del Plan le notificará al reclamante de su decisión tan pronto como sea razonablemente posible, a más tardar 15 días después de que el Administrador del Plan haya recibido su reclamación.

El plazo de 15 días mencionado arriba puede ser extendido por hasta un plazo de 15 días adicionales, pero únicamente en casos que estén más allá del control del Administrador del Plan. Si el Administrador del Plan necesita una extensión de 15 días, le notificará al reclamante de lo siguiente: la razón por la tardanza; la fecha en que se espera la decisión; y cualquier información adicional que necesite el Administrador del Plan para tomar la decisión. Si el Administrador del Plan requiere información adicional, el reclamante tendrá hasta 45 días para proporcionar la información necesaria. Una vez que la información haya sido proporcionada, el Administrador del Plan le notificará al reclamante de su decisión dentro de un plazo de 15 días.

(C) Reclamaciones después del servicio: Si un reclamante presenta una reclamación después de que se le haya proporcionado el cuidado, el Administrador del Plan le notificará al reclamante de su decisión tan pronto como sea razonablemente posible, a más tardar 30 días después de que el Administrador del Plan haya recibido su reclamación.

El plazo de 30 días puede ser extendido por hasta un plazo de 15 días adicionales, pero únicamente en casos que estén más allá del control del Administrador del Plan. Si el Administrador del Plan necesita una extensión de 15 días, le notificará, antes de que termine el plazo de los primeros 30 días, al reclamante de lo siguiente: la razón por la tardanza; la fecha en que se espera la decisión; y cualquier información adicional que necesite el Administrador del Plan para tomar la decisión. Si el Administrador del Plan requiere información adicional, el reclamante tendrá hasta 45 días para proporcionar la información necesaria. Una vez que la información haya sido proporcionada, el Administrador del Plan le notificará al reclamante de su decisión dentro de un plazo de 15 días.

(ii) CONTENIDO DEL AVISO DE NEGACIÓN DE LA RECLAMACIÓN: El Administrador del Plan le proporcionará al reclamante una notificación por escrito si su reclamación por beneficios es negada. Si la reclamación es por necesidad de cuidado urgente, la información descrita abajo se le puede dar oralmente, siempre y cuando se le proporcione una notificación por escrito dentro de tres días después de la notificación oral. La notificación deberá contener la siguiente información:

(A) una declaración de las razones específicas por la negación;

(B) una referencia a la estipulación específica del Plan en lo cual fué basada la negación;

(C) Si la decisión del Administrador del Plan fué basada sobre un reglamento interno del Plan, principio, protocolo o criterio similar, ya sea un reglamento específico, o una declaración del reglamento específico en el que se dependió y que una copia de tal reglamento debe proporcionarse libre de costo al requerirlo;

(D) una descripción de cualquier información adicional o documentos que el reclamante pueda necesitar para someterla si el o ella quiere que su reclamación sea reconsiderada, y una explicación de la razón por la cual tal información es necesaria;

(E) and una descripción del procedimiento de apelaciones del Plan, incluyendo cualquier procedimiento sobre apelaciones apresuradas que esté disponible si es una reclamación para beneficios de cuidado urgente;

(F) una declaración de los derechos de los reclamantes para sentar una demanda bajo ERISA § 502(a), si la apelación no resulta exitosa.

d) PROCEDIMIENTOS DE APELACIONES

(i) RAZÓN PARA APELAR: El reclamante puede apelar cualquier acción adversa dentro de la discreción de la Mesa Directiva a la Mesa Directiva. La Mesa Directiva lleva a cabo audiencias sobre apelaciones de beneficios médicos, dentales y ópticos, únicamente en casos de elegibilidad, y no sobre determinaciones poco favorables de los seguros del Plan. La Mesa Directiva lleva a cabo audiencias sobre los medicamentos con receta únicamente cuando la reclamación se haya hecho bajo la porción auto-financiada del beneficio de medicamentos recetados.

(ii) SOMETER UNA APELACIÓN: Las apelaciones deben ser por escrito, y declarar en detalle el caso o casos envueltos. Para someter una apelación, el reclamante debe enviar una carta con los documentos e información que el o ella quiere que la Mesa Directiva considere, al Administrador del Plan.

(iii) PLAZO: Los reclamantes deben someter su apelación dentro de un plazo de 180 días de haber recibido la negación de la reclamación original por el Administrador del Plan. Si el reclamante no somete su apelación dentro de 180 días de haber recibido la negación, se considerará que el o ella ha renunciado a cualquier objeción a la negación.

(iv) LAS NORMAS DE REVISIÓN: La Mesa Directiva tiene discrecion completa para decidir sobre los beneficios del Plan, para concluyentemente interpretar el lenguaje del Plan y para tomar la determinación final sobre los derechos de un participante, beneficiario, apoderado, o cualquier otra persona con respecto a los beneficios del Plan. La Mesa Directiva tomará en cuenta todo lo que ha sometido el reclamante, hasta documentos que se hayan sometido o considerado inicialmente en la determinación de beneficios. La Mesa Directiva no considerará la determinación inicial. Ni la persona que tomó la determinación inicial ni el subordinado de tal persona deberá votar en la determinación de la apelación.

Para determinar una apelación sobre una decisión de beneficios adversa que ha sido basada completamente o en parte en una decisión médica, incluyendo la determinación con respecto a si el tratamiento en cuestión es medicamento necesario o apropiado, la Mesa Directiva deberá consultar a un profesional médico. El profesional médico no debe haber participado en la determinación inicial del beneficio. La Mesa Directiva deberá, al pedirlo el reclamante, identificar al profesional médico, aunque la Mesa Directiva haya o nó dependido de sus consejos médicos para tomar su decisión.

(v) NOTIFICACIÓN

(A) PLAZOS PARA LA NOTIFICACIÓN

(1) Reclamaciones por cuidado urgente: El Administrador del Plan le notificará al reclamante sobre la determinación de la Mesa Directiva tan pronto como sea posible, pero a más tardar 72 horas después de haber recibido la petición para una apelación.

(2) Reclamaciones de pre-servicio: El Administrador del Plan le notificará al reclamante sobre la determinación de la Mesa Directiva tan pronto como sea posible, pero a más tardar 30 días después de haber recibido la petición para una apelación.

(3) Reclamaciones después del servicio: La Mesa Directiva dará su decisión sobre la apelación en la junta regularmente programada inmediatamente después de haberse presentado la apelación, a menos que la apelación se haya sentado dentro de los 30 días de la junta, en tal caso la decisión se puede hacer en la segunda junta después de la apelación. Al reclamante se le notificará del tiempo y lugar de la junta. Al requerirlo por escrito, el reclamante (o el representante autorizado que haya escogido) se le deberá permitir presentarse ante la Mesa Directiva durante la audiencia. La Mesa Directiva no necesita tomar nota palabra por palabra, pero el Administrador debe preparar un resumen de la presentación del reclamante y guardarla, junto con cualquier documento que considere pertinente o que el reclamante pida que sea incluido en el expediente.

Si hay circunstancias especiales que requieran una extensión adicional, la decisión se tomará a más tardar en la tercera junta después de haberse presentado la apelación. En tales casos, el Administrador del Plan le notificará al reclamante por escrito de la extensión, describiendo las circunstancias especiales y la fecha en que se tomará la decisión, antes de que empiece la extensión.

El Administrador del Plan le notificará al reclamante de la determinación de la Mesa Directiva tan pronto como sea posible, a más tardar 5 días después de que se haya tomado la decisión. El tiempo que dure el reclamante para proporcionar la información requerida será el plazo adicional que la Mesa Directiva extienda para dar la respuesta.

(B) EL CONTENIDO DE LA NOTIFICACIÓN: El Administrador del Plan le enviará al reclamante una notificación por escrito informándole de la decisión de la Mesa Directiva sobre la apelación. Si la apelación ha sido negada, la notificación deberá incluir la siguiente información:

(1) la razón específica por la negación;

(2) una referencia a la estipulación específica del Plan en lo cual fué basada la negación

(3) si la decisión del Administrador del Plan fué basada sobre un reglamento interno del Plan, principio, protocolo o criterio similar, ya sea un reglamento específico, o una declaración del reglamento específico en el que se dependió y que una copia de tal reglamento debe proporcionarse libre de costo al requerirlo;

(4) si la decisión es basada en una necesidad médica o tratamiento experimental o en alguna exclusión o límite similar, ya sea que se dé una explicación del fallo científico o clínico por su decisión, el de aplicar los términos del Plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que tal explicación será proporcionada libre de costo al usted requerirlo;

- (5) una declaración de que el reclamante puede ver y recibir copias de sus documentos, archivos o cualquier otra información relevante a su reclamación, al requerirlo y libre de costo; y
- (6) el derecho del reclamante para sentar una demanda bajo ERISA § 502(a).

Casos bajo la discreción de su seguro médico

Si la reclamación por beneficios médicos, dentales o ópticos es negada por causas que no sean sobre la elegibilidad bajo éste Plan, la única apelación del reclamante se podrá hacer bajo los procedimientos de apelación proporcionados por su seguro médico, HMO, o cualquier otro proveedor que haya otorgado la decisión a la cual tiene objeción el reclamante.