

Hollow Metal
Trust Fund
Plan A

395 Hudson Street
New York, NY 10014
As of April 1, 2016

SUMMARY PLAN DESCRIPTION

**HOLLOW METAL TRUST
FUND – PLAN A**

SUMMARY PLAN DESCRIPTION

As of April 1, 2016

Hollow Metal Trust Fund

**395 Hudson Street
New York, NY 10014
(212) 366-7880**

BOARD OF TRUSTEES

Union Trustees

Joseph Geiger
Michael Cavanaugh
Robert Villalta
Christopher Wallace

Employer Trustees

Catherine Condon
Vincent Gallo
Edmund Greco

INTERIM EXECUTIVE DIRECTOR

Neil Sandy

CONSULTANTS AND ACTUARIES

First Actuarial Consulting, Inc.

ACCOUNTANT

Novak/Francella, LLC

Table of Contents

Page

Benefit Basics	1
Highlights	1
Eligibility.....	3
For You.....	3
For Your Dependents	4
Providing Information – Your Responsibility.....	7
Qualified Medical Child Support Orders	8
Procedures for Benefit Shortage	8
Coverage During Certain Leaves	9
Family and Medical Leave	9
Military Leave	10
When Coverage Ends.....	12
Continuing Coverage Under COBRA	13
Accessing Your Health Care...What Happens When	17
You Have a Medical Situation	17
You Need to Get a Prescription Filled	18
You Die or Become Injured in an Accident.....	19
Your Dependent’s Eligibility Changes	19
You Get Married	19
You are Pregnant or Adopting a Child.....	20
Medical Coverage	21
Understanding the Basics.....	21
Your Benefits at a Glance.....	24
What’s Covered and What’s Not	26
Doctor’s Services	26
Emergency Care	28
Home Health Care	29
Inpatient Hospital Services.....	30
Outpatient Hospital Services.....	32
Maternity Care.....	34
Medical Equipment and Supplies.....	35
Mental Health and Substance Abuse	37
Treatment for Alcohol or Substance Abuse	38
Physical, Occupational, or Speech Therapy	38

Preventive Care	39
Skilled Nursing Facility	44
Hospice Care	45
Medical Plan Exclusions and Limitations	46
Medical Management Program	49
Pre-admission Review	50
Ambulatory Surgery	50
Case Management.....	53
Prescription Drug Coverage – Generic Drugs Only	54
How the Plan Works	54
Preventive Medications Covered at 100%.....	54
Mandatory Mail-Order Program.....	55
Pre-Authorization	55
Coverage Limitations	59
Dental Coverage	63
Vision Coverage	65
Hearing Benefit.....	66
Life Insurance	67
Accidental Death & Dismemberment	68
Short-Term Disability	69
Claims and Appeals Procedures	71
Medical, Vision, Dental, and Hearing Claims	72
Medical, Vision, Dental, and Hearing Appeals	73
Medical, Vision, Dental, and Hearing Claims External Appeals....	77
Prescription Drug Claims and Appeals.....	79
Life Insurance/Accidental Death & Dismemberment Claims and Appeals.....	86
When You Have Other Coverage	87
Subrogation and Reimbursement	90
Other Important Information	92
Administering the Plan.....	92
Future of the Plan	93
Non-assignment of Benefits	95

Your Rights and Responsibilities.....96
 Your Rights under ERISA.....96
 Receiving Information About Your Plan Benefits96
 Continuing Group Health Plan Coverage96
 Prudent Action by Plan Fiduciaries.....97
 Enforcing Your Rights.....97
 Getting Answers to Your Questions98
 Privacy of Protected Health Information98

Important Names, Numbers and Other Information99

Glossary102

BENEFIT BASICS

Highlights

The Hollow Metal Trust Fund – Plan A (the “Plan”) provides you and your family with health, disability, Life Insurance, and Accidental Death & Dismemberment benefits. The coverage offered through the Plan includes:

- Medical and Hospital
- Prescription Drug
- Dental
- Vision
- Hearing
- Life Insurance*
- Accidental Death & Dismemberment*
- Short-Term Disability*

*Life Insurance, Accidental Death & Dismemberment, and Short-Term Disability benefits are not available to employees participating under a participation agreement.

About This SPD

This booklet, which serves as both the Plan document and the Summary Plan Description (“SPD”), provides you with important information about the Plan and describes the benefits available under the Plan. This SPD replaces all earlier SPDs and Summaries of Material Modifications (“SMM”) you may have received. It is intended to provide an easy to understand explanation of your benefits. It does not cover all provisions, limitations and exclusions of the Plan, especially those relating to situations that don’t occur often or that affect only a few participants. Every effort has been made to ensure the accuracy of the information in this SPD as of April 2016. If changes to the Plan are made, the Fund Office will send you an SMM describing the change. In the unlikely event of a discrepancy between the SPD and any other documents, this SPD will govern. If you have any questions, please contact the Fund Office.

The Board of Trustees has the exclusive right, power, and authority to administer, apply and interpret the Plan and related documents.

This is not an insured Plan. With the exception of insured Life Insurance and Accidental Death & Dismemberment benefits, the other benefits described in this SPD are funded by the Hollow Metal Trust Fund.

This SPD refers to various organizations which the Plan has contracted with to provide various services. These companies include Empire HealthChoice Assurance, Inc. d/b/a Empire BlueCross BlueShield (an affiliate of Anthem, Inc.), C&R Consulting Inc., Express Scripts, Sele-Dent, General Vision Services, General Hearing Services, Amalgamated Life Insurance Company, and Alicare.

Eligibility

For You

To be eligible for coverage under the Plan, you must

- be employed by an employer who is making contributions to this Plan on your behalf as required by a collective bargaining agreement (“CBA”) between your employer and a local union affiliated with the New York City and Vicinity District Council of the United Brotherhood of Carpenters and Joiners of America (the “Union”) or a participation agreement between your employer and the Hollow Metal Trust Fund.

Effective July 1, 2015, the rules governing when you first become eligible for coverage under the Plan changed. Previously, your eligibility was based on the 1,200-hour rule under the Affordable Care Act, which meant that for new participants coverage would begin the first day of the month following the month in which you had worked a total of 1,200 hours for which contributions had been made to the Fund. This is no longer the case. The current eligibility rules are as follows:

- If you work under a CBA that requires your employer to pay a monthly premium to the Fund on your behalf, you will become eligible for coverage the first day of the month following the month in which contributions are reported.

For example: If your employer is first required to contribute to the Fund on your behalf for the month of January, your employer will have to report the premium obligation and/or make the required contribution in February, and your coverage will commence on March 1.

- Coverage will be terminated the last day of the second month following the month for which the final premium was due to the Fund on your behalf.

For example: If you are laid off on May 15th and your employer's last premium was due to the Fund on your behalf for May, your coverage will be terminated on July 31st unless you elect and pay for COBRA coverage.

- If you receive Short-Term Disability or Workers' Compensation benefits while you are eligible for coverage under the Fund, you will be credited with a month of coverage for each month that you are receiving Short-Term Disability or Workers' Compensation benefits up to a maximum of six months. This credit is not applied more than once during a 52-week period of disability. To receive this credit, you must submit proof to the Fund Office that you are in receipt of these benefits, and you must be enrolled for coverage under the Plan on the date you become disabled.

For Your Dependents

Eligible dependents include:

- *Your spouse*—the person to whom you are legally married. This includes both opposite sex and same sex marriages. Spouses are no longer eligible if you are divorced from them.
- *Your Children*—until the end of the month they reach age 26. Children include:
 - Your biological Children;
 - Your stepchildren;
 - Children for whom you are the court-appointed legal custodian or legal guardian;
 - Your legally adopted Children or Children placed for adoption, including Children placed in your home by a licensed placement agency for the purpose of adoption or Children who have been living in your home as foster Children for whom foster care payments are being made and a petition for adoption has been filed.
 - Your unmarried Children, regardless of age who are incapable of self-sustaining employment because of a disability that commenced prior to age 26. If your Child is over age 26, he/she must have a Social Security Disability Award to be eligible for continued coverage.

The following chart lists the documentation you must submit to the Fund Office in order for your dependent(s) to be covered under the Plan.

Relationship	Description	Documentation
Spouse	<ul style="list-style-type: none"> • Your current lawful spouse • An ex-spouse is not an eligible dependent 	<ul style="list-style-type: none"> • Marriage certificate; AND • Copy of your spouse's Social Security Card.
Child up to Age 26	<ul style="list-style-type: none"> • Biological Child 	<ul style="list-style-type: none"> • Birth certificate; AND • Copy of your dependent's Social Security Card.
	<ul style="list-style-type: none"> • Adopted Child <ul style="list-style-type: none"> ○ a Child placed in your home by a licensed placement agency in connection with adoption; or ○ a foster Child for whom foster care payments are made and a petition for adoption has been filed. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copy of your dependent's Social Security Card; AND • Birth certificate showing adoptive parents; or • Certificate of adoption; or • Adoption Agency acknowledgement of intent to adopt.
	<ul style="list-style-type: none"> • Stepchild <ul style="list-style-type: none"> ○ Your stepchild who is in a regular parent-Child relationship with you, provided that no court order or agreement specifies that primary support or medical coverage for the stepchild is the obligation of an individual other than your spouse 	<ul style="list-style-type: none"> • Marriage certificate between you and parent of Child; AND • Birth certificate of the stepchild; AND • Copy of your dependent's Social Security Card.
	<ul style="list-style-type: none"> • Qualified Medical Child Support Order <ul style="list-style-type: none"> ○ Any Child you are required to cover pursuant to a court order 	<ul style="list-style-type: none"> • Copy of your dependent's Social Security Card; AND • Court order signed by a judge; or • Medical support order issued by a state agency.

Relationship	Description	Documentation
Child for Whom You are the Court-Appointed Legal Custodian or Guardian	<ul style="list-style-type: none"> • Any Child for whom you are the court-appointed legal custodian or guardian and for whom you are required to provide support 	<ul style="list-style-type: none"> • Copy of your dependent's Social Security Card; AND • Court order signed by a judge.
Disabled Child	<p>A Child of any age who satisfies all of the following conditions:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The Child depends on you for more than one-half of his/her financial support; • The Child lives with you in the same principal residence for more than half the calendar year except for temporary absences due to special circumstances, such as education, illness or if the Child resides in a treatment center; • The Child was incapacitated before reaching age 26 and while covered under the Plan; • If your Child is over age 26, he/she must have a Social Security Disability Award to be eligible for continued coverage; AND • You provide the required proof of incapacity to the Fund Office within 12 months of the date the Child's coverage would have otherwise ended. <p>The Trustees reserve the right to have your dependent examined by a doctor of their choice to determine the existence of such incapacity.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copy of your dependent's Social Security Card; AND • Birth Certificate; AND • Marriage certificate between you and Child's parent if stepchild; AND • Social Security Disability award; AND • Request for Over-Age Dependent Coverage.

Providing Information — Your Responsibility

It is important that you notify the Fund Office immediately of any changes in your information. You must call (212) 366-7880 if you experience one of the following changes in status described below:

- Change of Address;
- Marriage, divorce or annulment;
- Birth, adoption or placement of a Child for adoption;
- Receipt of Workers' Compensation or disability benefits;
- A dependent Child ceases to be eligible for dependent coverage;
- You or a dependent becomes entitled to Medicare;
- You take a leave of absence for military service;
- You take a leave of absence for family or medical purposes;
- A covered person dies;
- You or a dependent become covered under another group health plan; or
- You or a dependent lose coverage under another group health plan.

If you are covered under the Plan when your Child is born, your newborn will automatically be covered under the Plan for 30 days from the date of birth. To continue coverage for your Child beyond 30 days, you need to enroll your Child. Please call the Fund Office at (212) 366-7880 and provide a copy of your Child's birth certificate and Social Security Card as soon as they are available.

The Plan complies with the special enrollment rights under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA").

If you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption or placement for adoption, you will be able to enroll your dependent(s). However, you must request an enrollment form within 30 days after the marriage, birth, adoption or placement for adoption.

You and your dependent(s) may also enroll in this Plan if you (or your dependent(s)) have coverage through Medicaid or a State Children's Health Insurance Program ("SCHIP") and you (or your dependent(s)) lose eligibility for that coverage. You must request enrollment within 60 days after the Medicaid or SCHIP coverage ends. You and your dependent(s) may also enroll in this Plan if you (or your dependent(s)) become eligible for a premium assistance program through Medicaid or SCHIP. You must request enrollment within 60 days after you (or your dependent(s)) are determined to be eligible for assistance. To request special enrollment or obtain more information, contact the Fund Office.

Qualified Medical Child Support Orders

A Qualified Medical Child Support Order (“QMCSO”) is an order issued by a state court or agency that requires an individual to provide coverage under a group health plan to a Child. If such an order is received by the Plan, its status will be reviewed by the Plan in accordance with the Plan’s QMCSO Procedures. For more information on QMCSOs or to obtain a copy of the Plan’s QMCSO Procedures, please contact the Fund Office.

Procedures for Benefit Shortages

You should regularly check that all of the hours that you work in Covered Employment are properly credited. You can check your hours by calling the Fund Office at (212) 366-7880.

If you are working in Covered Employment and your hours have not been reported to the Fund Office, you are considered to have a “benefit shortage.”

In the event of a dispute regarding whether your work constituted Covered Employment, you bear the burden of proving that such work was in Covered Employment. Your employer’s report of your earnings to the Social Security Administration may be insufficient to prove that work performed was in Covered Employment. You should retain records, such as pay stubs and daily records of work in Covered Employment, in order to prove eligibility. The Trustees reserve the right to determine whether evidence you submit is adequate to prove that your work constituted Covered Employment.

You are required to submit a Benefit Hours Shortage Report as soon as you become aware that your employer is not reporting or is underreporting your hours. You should keep a daily record of your work in Covered Employment noting the name of the employer, the number of hours worked, and the jobsite location. In addition, save your pay stubs.

Benefit Hours Shortage Report forms are available at the Fund Office. You must submit copies of your pay stubs, along with your completed Benefit Hours Shortage Report to the Fund Office by mail or facsimile (“fax”).

Mail to: Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014
Attention: Trust Fund Benefit Shortages

Fax to: (212) 366-7556

Please keep a copy of your Benefit Hours Shortage Report and pay stubs for your records.

Once the Fund Office verifies that a Benefit Hours Shortage Report is valid, hours will be credited to you for the payroll month in which hours were worked. If your Benefit Hours Shortage Report is not filed timely, the hours credited may not help you establish eligibility.

Coverage During Certain Leaves of Absence

Family and Medical Leave Act

Under the Family and Medical Leave Act of 1993 (“FMLA”), you may be entitled to up to 12 weeks of unpaid leave during any 12-month period:

- To care for a newly born or adopted Child;
- To care for a spouse, parent or Child who has a serious health problem;
- If you have a serious health problem that prevents you from performing your job;
or
- If you have a qualifying need because your Spouse, Child, or Parent is called to active military duty.

The Plan has no role in granting FMLA leave. If your employer grants you FMLA leave, your coverage will continue for as long as your employer makes the required contributions to maintain your eligibility in accordance with the FMLA. If your employer stops contributing to the Plan on your behalf, or if you exhaust your FMLA leave, COBRA Coverage may become available. (See page 13 for more information about COBRA.)

In addition, the National Defense Authorization Act of 2008 may enable you to take up to 26 weeks of unpaid FMLA leave during any 12-month period to care for a service member if that individual is your spouse, Child, parent, or next of kin, and is undergoing treatment or therapy for an Illness or Injury that occurred in the line of duty, and is an outpatient or on the armed services’ temporary retired list.

If you do not return to work after your FMLA leave ends, you may be required to repay your employer the amount that it contributed to the Plan during your FMLA leave. However, if your failure to return to work is due to the serious health condition of you or a family member or other circumstances beyond your control, the repayment requirement may not apply.

Please contact your employer if you have questions regarding your rights under FMLA.

Military Leave

If you leave employment to enter the uniformed services as defined in the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994 (“USERRA”), your and your dependents’ eligibility for coverage will end. However, if you satisfy the eligibility criteria under USERRA, you may be able to elect to continue health coverage under the Plan.

If you elect to continue coverage and you are in the uniformed services for less than 31 days, coverage under the Plan will continue. If your service continues for 31 days or more, you may elect to continue coverage under the Plan by making monthly self-payments. The amount of the self-payments will be the same as the COBRA premiums. (See page 13 for more information about COBRA.) In addition, your dependents may be eligible for health care under the Civilian Health & Medical Program of the Uniformed Services (“TRICARE”). If you and/or your dependents are covered by both this Plan and TRICARE, this Plan pays first and TRICARE pays second. This Plan will coordinate coverage with TRICARE. See the “When You Have Other Coverage” section on page 87 for more information.

If you elect to continue coverage under USERRA, your coverage under the Plan may continue until the earlier of:

- The end of the period during which you are eligible to apply for reemployment in accordance with USERRA; or
- 24 consecutive months after your coverage otherwise would end under the Plan.

However, your USERRA coverage may end before the end of the maximum period. Your coverage will end at midnight on the earliest of the day:

- The Plan ceases to provide any health coverage;
- Your self-payment contribution is not paid on a timely basis;
- Your uniformed service ends due to dishonorable discharge or other undesirable conduct; or
- You again become covered under the Plan.

Notice Requirements

You must notify the Fund Office in writing in advance of entering the uniformed services. If you fail to provide advance notice of your uniformed service, you may not be eligible to continue coverage unless the failure to provide advance notice is excused. The Trustees have the sole discretion to determine if your failure to provide advance notice is excusable under the circumstances and may require that you provide documentation to support the excuse. If the Trustees excuse your failure to provide advance notice, you may elect to continue coverage and pay all amounts due in accordance with the COBRA election and payment procedures described on page 13.

Election, payment and termination of USERRA Continuation Coverage will be governed by the election, payment and termination rules for COBRA Coverage, provided that the COBRA rules do not conflict with USERRA. COBRA and USERRA run concurrently. This means if you are simultaneously eligible for COBRA and USERRA, you will be provided with the more generous benefit for periods in which you are eligible for both forms of Continuation Coverage. If you fail to follow the COBRA rules when electing and paying for USERRA coverage, you may lose the right to continue coverage under USERRA. However, if circumstances make it otherwise impossible or unreasonable for you to timely elect and pay for USERRA coverage, the Trustees may, in their sole discretion, reinstate your right to USERRA Continuation Coverage, provided you pay all amounts required for Continuation Coverage.

If You Do Not Continue Coverage Under USERRA

If you do not continue your coverage under USERRA, your coverage will end immediately upon entering the uniformed services. If your eligible dependents are covered under the Plan at the time you enter the uniformed services, they may continue coverage by electing and paying for COBRA Coverage.

Reinstating Your Health Coverage

Upon your honorable discharge from uniformed service, you may apply for reemployment with your former employer in accordance with USERRA. Such reemployment rights include the right to elect reinstatement in any health coverage offered by or through your former employer. Under USERRA, reemployment and reinstatement deadlines are based on your length of military service, as follows:

- Less than 31 days—you have one day after discharge (allowing 8 hours for travel) to return to work for a contributing employer;
- More than 30 days but less than 181 days—you have up to 14 days after discharge to return to work for a contributing employer; or
- More than 180 days—you have up to 90 days after discharge to return to work for a contributing employer.

If you are hospitalized or recovering from an illness or injury that was incurred during your uniformed service at the time of your discharge, you have until the end of the period that is necessary for you to recover to return to work for a contributing employer.

When Coverage Ends

Coverage under the Plan for you and/or your eligible dependents will terminate on the last day of the month after one of the following events occurs:

- You or your covered dependents no longer satisfy the Plan's eligibility requirements.
- The Plan or insurance company terminates the contract that provides your benefits.
- You or your covered dependents make a false statement on an enrollment form or claim form, or otherwise engage in fraud of any type with respect to the Plan.

Your dependents' coverage will end on the date your coverage ends or on the date they no longer qualify as eligible dependents under the Plan, whichever occurs first.

Coverage for you and/or your dependents may be terminated retroactively (rescinded) due to any of the following:

- In cases of fraud or intentional misrepresentation (in such cases, you will be provided with 30 days' notice), or
- Due to non-payment of premiums (including COBRA premiums).

Your spouse will no longer be eligible for coverage if you and your spouse divorce. Coverage for your spouse will terminate on the last day of the month in which the divorce occurs. You and/or your spouse are obligated to advise the Fund Office in writing if you get divorced. You and/or your former spouse are responsible for any benefits paid on behalf of a former spouse or stepchild. If you fail to promptly repay such amounts, the Trustees shall terminate your, and your remaining dependents' Fund coverage and such coverage shall not be reinstated until full reimbursement has been made to the Plan, including the amount of attorney's fees and costs incurred in connection with obtaining such reimbursement.

No Retiree Coverage

The Plan does not provide any retiree health coverage for any retiring participant or such participant's eligible dependents. However, such individuals are eligible to elect COBRA coverage upon their retirement.

Continuing Coverage Under COBRA

Under the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (“COBRA”) you and your covered dependents may be eligible to continue coverage under certain circumstances when your coverage would otherwise end. You must make self-payments in order for coverage to continue. The Continuation Coverage includes medical, hospital, prescription drug, dental, vision and hearing benefits that are identical to the coverage you had while an Active Employee. COBRA Coverage does not include Life Insurance, Accidental Death & Dismemberment or Short-Term Disability Benefits.

COBRA allows you to continue Plan coverage if you experience a “Qualifying Event.” Qualifying Events are listed below. COBRA Coverage is offered to each person who is a “Qualified Beneficiary.” A Qualified Beneficiary is someone who will lose coverage under the Plan because of a Qualifying Event. Depending on the Qualifying Event, employees, spouses, and dependent Children may be Qualified Beneficiaries. Qualified Beneficiaries who elect COBRA Coverage must pay for such coverage.

Each Qualified Beneficiary has an independent right to elect Continuation Coverage. For example, both the employee and the employee’s spouse may elect Continuation Coverage, or only one of them may elect Continuation Coverage. In addition, parents (or legal guardians) may elect Continuation Coverage on behalf of themselves and their dependent Children, themselves only, or their dependent Children only.

If you are an employee, you will become a Qualified Beneficiary if you lose coverage due to one of the following Qualifying Events:

1. Your hours of employment are reduced; or
2. Your employment ends for any reason other than your gross misconduct.

If you are the spouse of an employee, you will become a Qualifying Beneficiary if you lose coverage due to any of the following Qualifying Events:

1. Your spouse dies;
2. Your spouse’s hours of employment are reduced;
3. Your spouse’s employment ends for any reason other than his/her gross misconduct; or
4. You become divorced.

Your dependent Children will become Qualified Beneficiaries if they will lose coverage due to any of the following Qualifying Events:

1. The parent-employee dies;
2. The parent-employee's hours of employment are reduced;
3. The parent-employee's employment ends for any reason other than his/her gross misconduct;
4. The parents become divorced; or
5. The Child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent Child" (age 26).

You may not elect COBRA coverage for your spouse or dependent Children who are not covered under the Plan at the time of the Qualifying Event. However, if an Employee acquires a new Eligible Dependent through marriage, birth or adoption during the period of COBRA Continuation Coverage, he/she may elect COBRA Coverage for such individual. Once the individual is enrolled in Continuation Coverage, he/she will be treated like all other Qualified Beneficiaries with respect to the same Qualifying Event. The maximum coverage period for such Spouse or Child is measured from the same date as for other Qualified Beneficiaries with respect to the same Qualifying Event (and not from the date of the Child's birth or placement for adoption or the Spouse's marriage). In order to add a new dependent, you must notify the Fund Office within 30 days of the birth, placement for adoption, or marriage.

The maximum period of coverage under COBRA is 36 months, even if you experience another Qualifying Event while you are already covered under COBRA. If you are covered under COBRA for 18 months because of your termination of employment or reduction in hours, your dependents who were covered at the time of the first Qualifying Event (spouse, Child or other eligible dependent) may extend coverage for another 18 months in the event of your death or if:

- You get divorced;
- Your Child no longer satisfies the requirements to be an Eligible Dependent under the Plan; or
- You become eligible for Medicare.

For example, let's say you stop working (first COBRA Qualifying Event), and you and your covered dependents elect COBRA Coverage for 18 months. Three months after your COBRA Coverage begins, however, your Child turns age 26 and no longer qualifies to be covered under the Plan as of the end of the month in which he/she reached age 26. Your Child then can continue COBRA Coverage separately for an additional 33 months, for a total of 36 months of COBRA Coverage. Notice to the Fund Office within 60 days of this second Qualifying Event, timely election to continue coverage, and self-payment are required.

You, as the eligible employee, are not entitled to COBRA Coverage for more than a total of 18 months if your employment terminates or you have a reduction in hours (unless you become disabled during the first 60 days of COBRA Coverage). Therefore, if you experience a reduction in hours followed by a termination of employment, the termination of employment is not treated as a second qualifying event and you may not extend your coverage.

Notifying the Fund Office

You and the Fund Office both have responsibilities when qualifying events occur that make you or your covered dependents eligible for COBRA Coverage. Your family should notify the Fund Office in the event of your death. You or your dependent must notify the Fund Office in writing within 60 days in the event of a divorce or a Child's loss of dependent status under the Plan. If you do not notify the Fund Office within 60 days of such an event, you and/or your covered dependents will lose the right to elect COBRA Coverage.

When the Fund Office is notified in a timely manner that one of these events has occurred, you and your covered dependents will be notified of your right to elect COBRA Coverage. Once you receive a COBRA notice, you have 60 days from the later of the date that coverage would be lost or the date that the notice is provided in which to elect COBRA Coverage. Your covered dependents have the option of electing coverage independently from you, if you choose not to elect COBRA Coverage. For example, your spouse may elect COBRA Coverage even if you do not. COBRA Coverage may be elected for only one, several, or for all Children who are Qualified Beneficiaries. A parent may elect to continue coverage on behalf of any Children. You or your spouse can elect COBRA Coverage on behalf of all Qualified Beneficiaries.

If you get divorced, you must notify the Fund Office immediately of the divorce and submit a copy of your divorce judgment. You and your former spouse will be jointly and severally liable for any amounts paid on behalf of your former spouse or stepchild following a divorce. If you do not repay the Plan the costs of any benefits provided on behalf of such former spouse or stepchild, you and your eligible dependents will cease to be eligible for coverage. However, if you reimburse the Plan the amount of benefits that the Plan paid on behalf of a former spouse, or any other ineligible dependent, plus any costs incurred by the Plan in obtaining reimbursement, your coverage will be reinstated on a prospective basis.

IMPORTANT: A divorce does not change your Beneficiary or invalidate your prior designation of your former spouse as Beneficiary for your Life Insurance or Accidental Death & Dismemberment benefit. If you are divorced and wish to change your Beneficiary, you must submit a new Beneficiary designation form to the Fund Office.

Paying for COBRA Coverage

If you or a covered dependent choose to continue coverage under COBRA, you or your covered dependent must pay the full cost of the coverage plus a 2% administrative fee. If you are eligible for 29 months of continued coverage due to disability, your cost will increase to 150% of the full cost of continued coverage during the 19th through the 29th months of coverage.

Your first payment must be made within 45 days after you elect to continue coverage, and it must include payments for any months retroactive to the day that you and/or your covered dependents' coverage under the Plan ended.

Subsequent payments are due the first day of the month and must be made no later than 30 days from that date. A payment is considered made on the date on which it is sent to the Plan. If there is a question as to the date sent, the Fund Office will use the postmark date to determine the date sent. The 30-day period is your grace period. If you pay after the due date but before your grace period expires, the Fund Office will terminate your coverage effective as of the due date and then reinstate your coverage retroactive to that date. If a payment is late (after the grace period expires), coverage will be terminated retroactive to the last day of the month for which the required payment was made and cannot be reinstated.

When COBRA Coverage Ends

COBRA Continuation Coverage for you and/or your covered dependents may end for any of the following reasons:

- Coverage has continued for the maximum 18-, 29-, or 36- month period;
- The Plan no longer provides group health coverage;
- The Plan terminates coverage for cause, such as fraudulent claim submission, on the same basis that coverage could terminate in a similar situation for Active Employees;
- You or a dependent fail to pay the cost of your COBRA Coverage by the end of the grace period for any payments;
- The person electing coverage is widowed or divorced, subsequently remarries and is eligible for coverage under the new spouse's group health plan;
- You are continuing coverage during the 19th to 29th months of a disability and the Social Security Administration determines you are no longer disabled; or
- You or a covered dependent becomes entitled to Medicare after COBRA Coverage.

ACCESSING YOUR HEALTH CARE... WHAT HAPPENS WHEN...

You Have a Medical Situation

If you need to see a doctor...

- Call your doctor to make an appointment.
- If you need to locate a doctor in the “Point of Service” (“POS”) network operating area* who participates in Anthem’s network, visit www.anthem.com. You can search for Providers by name, address, language spoken, specialty, and Hospital affiliation.
- To locate Providers outside of Anthem’s operating area who participate in the BlueCard® “Preferred Provider Organization” (“PPO”) program, call (800) 810-BLUE (2583), or visit www.anthem.com.
- Bring your medical I.D. card with you to any network doctor’s office.
- Show the I.D. card to the receptionist and pay the required Copayment.
- If you use an In-Network doctor, there are usually no claim forms to file.

*Anthem operates in the following 28 eastern New York State counties: Albany, Bronx, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Fulton, Greene, Kings, Montgomery, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Rensselaer, Richmond, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Suffolk, Sullivan, Ulster, Warren, Washington, Westchester.

If you need surgery...

- Ask your doctor about outpatient surgery or other ways to treat your problem. Sometimes you may require medical services and supplies on an ambulatory basis without needing to be admitted to a Hospital. Minimize the cost to you by using an In-Network surgeon.
- Pre-certify your procedure by calling the Medical Management Program at (800) 848-9200. However, you need not call if you are scheduled for ambulatory or outpatient surgery. (If you develop complications during or following the surgery and require Hospital admission, you must contact the Program within one business day of your admission or as soon as reasonably possible under the circumstances.)

Contacting the Medical Management Program (“MMP”)

Call the Medical Management Program at (800) 848-9200 when you need to pre-certify a Hospital admission or surgical procedure. Representatives are available Monday through Friday from 9:00 a.m. to 5:00 p.m. EST. If you call after hours or on weekends, leave a message with your name and phone number and an additional contact. Your message will be returned the following business day.

If you fail to pre-certify a Hospital admission or surgical procedure, your benefits may be reduced.

If you need to be hospitalized...

- Minimize your cost by using an In-Network Hospital and team of doctors.
- Call the Medical Management Program at (800) 848-9200 to pre-certify your admission and length of stay.
- Bring your medical I.D. card with you to the Hospital.

If you have an emergency...

- In the event of a true emergency, go directly to an emergency room. If you are unsure about the best source of care, call your doctor. He/she will tell you if you need immediate treatment and will suggest a treatment location.
- Contact the Medical Management Program at (800) 848-9200 within 48 hours of receiving care or as soon as reasonably practical to ensure you receive In-Network benefits. If you don't call within the required time frame, your benefits may be reduced.

You Need to Get a Prescription Filled

The Fund covers **generic drugs only** at both retail pharmacies and through Mail Order.

If you only need up to a 30-day supply...

- Take your prescription to a local pharmacy that participates in the Express Scripts network. To find a participating pharmacy, visit www.Express-Scripts.com or ask your retail pharmacy whether it participates in the Express Scripts network.
- Show your prescription I.D. card to the pharmacist.

- Pay the required Copayment.
- If you don't take your prescription to an Express Scripts pharmacy, you will have to pay the full cost of the prescription and get a receipt. You should then file a claim with Express Scripts and you will be reimbursed for any eligible expenses. Claim forms are available from the Fund Office or Express Scripts' Member Services (800-711-0917).

If you need up to a 90-day supply of maintenance medication...

- Mail your prescription to the Express Scripts Pharmacy program.
- Pay the required Copayment.

You Die or Become Injured in an Accident

- Your Beneficiary must notify the Fund Office of your death and send in a notarized copy of your death certificate.
- If you are injured in an accident, you must provide the Fund Office with proof of your loss to receive your benefit.

Your Dependent's Eligibility Changes

If your dependent is no longer eligible...

- Notify the Fund Office if your Child is no longer eligible to participate in the Plan because he/she no longer meets the definition of eligible dependent.
- Continuation of coverage is available through COBRA for up to 36 months.

You Get Married

If you get married...

- Add your spouse as a dependent to the Plan and update your Beneficiary designations for Life Insurance and Accidental Death & Dismemberment.
- Notify the Fund Office of any dependent you would like to add to your coverage within 30 days of your marriage.

If you get divorced...

- Notify the Fund Office and drop your spouse from coverage within 30 days of the date your divorce is final. (Your ex-spouse will have the option to continue coverage through COBRA for up to 36 months if he/she was covered at the time of the divorce.)
- Notify the Plan if you wish to update your Beneficiary designations for Life Insurance and Accidental Death & Dismemberment.

You and/or your former spouse will be responsible for costs of coverage incurred by the Plan as a result of your failure to notify the Fund Office of your divorce. In addition, your coverage and the coverage of your eligible dependents will be permanently terminated if the Plan pays claims on behalf of your former spouse due to your failure to notify the Plan of your divorce. However, if you reimburse the Plan the full amount owed, plus any costs incurred by the Plan in obtaining reimbursement, your eligibility will be reinstated on a prospective basis.

You are Pregnant or Adopting a Child

In the event of pregnancy...

- Schedule prenatal doctor's appointments. They're covered by the Plan.
- Have your doctor provide the documents needed to qualify for Short-Term Disability income replacement benefits.
- Call the Medical Management Program at (800) 848-9200 to pre-certify your maternity admission as soon as reasonably possible. We request notification within the first three months of pregnancy when possible. It is best to call as soon as the pregnancy is confirmed, but no later than the third month and again within 24 hours after delivery of the baby. This will ensure that you receive maximum benefits.

When your Child arrives...

- Enroll your newborn (or newly adopted Child) in the Plan within 30 days.

MEDICAL COVERAGE

Understanding the Basics

The Plan provides you with comprehensive health care services.

- You can use any Provider who participates in the Anthem network and is located in Anthem's operating area. Or you can use Providers outside of Anthem's operating area who participate in the BlueCard® PPO program. These doctors, hospitals, and other service Providers are called "In-Network" Providers.
- You can use Providers who do not participate in the network, called "Out-of-Network" Providers. **Warning:** **You will very likely be subject to "Balance Billing" if you use an Out-of-Network Provider. "Balance Billing" is when a Provider bills you for the difference between the Provider's charge and the Allowed Amount. The additional amounts for which you will be financially responsible can be very substantial and, for that reason, you should use an In-Network Provider wherever possible.*

In-Network Providers

You will receive a higher level of benefits when you use In-Network Providers. These participating caregivers provide medical services and supplies at a pre-negotiated fee. Once you meet your annual Deductible, many services are paid at 80%. There are usually no claims to file when using an In-Network Provider.

The Plan's POS has access to a network of Providers through Anthem. The network includes doctors, hospitals, laboratories, and other medical facilities. You are free to get care from any Provider participating in the Anthem network or any Provider outside of Anthem's operating area who participates in the BlueCard® PPO program.

What You Get When You Stay Inside the Anthem Network

- Access to one of the largest networks of doctors and hospitals in the state of New York.
- Providers who are continuously reviewed for high standards of quality.
- Minimal out-of-pocket costs for a variety of Hospital and medical services.
- No requirement to submit claim forms.
- Coverage for you and your family when traveling or temporarily living outside your service area.

The key to using your POS plan is understanding how benefits are paid. To receive maximum benefits under the POS, you must use an In-Network Provider. In-Network services are those provided by a doctor, Hospital or health care Facility that has been selected to provide care to POS participants. When seeking care In-Network, you get these advantages:

- *Choice.* You can choose any participating Provider from one of the largest networks of doctors and hospitals in New York State, or across the country from Providers participating in the BlueCard® PPO network, through local BlueCross and BlueShield plans.
- *Freedom.* You do not need a referral to see a Specialist.
- *Low Cost.* Once you satisfy your annual Deductible, you are required to pay a Copayment for office visits, and you are covered for 80% of most other services.
- *Broad Coverage.* Benefits are available for a broad range of health care services, including Hospital stays, visits to Specialists, physical therapy, and home health care.
- *Convenience.* Usually, there are no claim forms to file.

The suitcase logo on your I.D. card indicates that you are a member of the BlueCard® PPO Program. To locate a Provider in the BlueCard® PPO network, visit www.anthem.com, or call (800) 810-BLUE (2583).

When you travel, Anthem provides you with benefits through the following programs:

BlueCard® Program

Emergency Care through the BlueCard® Program

Anthem participates in a program administered by the BlueCross and BlueShield Association called the BlueCard® Program. This program is separate from the BlueCard® PPO program, described below, and is available to you only if you need emergency care (i.e., for emergency room visits for emergency care, or emergency inpatient stays required by your medical condition).

BlueCard® network Providers, as opposed to BlueCard® Providers, are considered Out-of-Network Providers, except for emergency services. The BlueCard® Program helps reduce your costs when you obtain emergency care outside of the geographic area served by Anthem from a Provider who participates in another BlueCross and/or BlueShield Plan ("local Blue Plan"). Just show your Anthem ID card to a participating Provider and comply with the other terms of this SPD when receiving these services. When you obtain health care through the BlueCard® Program, the portion of your claim for which you are responsible ("member liability") is, in most instances, based on the lower of the following:

- The billed amount that the participating Provider actually charges for covered services; or
- The negotiated price that the local Blue Plan passes on to Anthem.

Note: Some services require precertification from the Medical Management Program before you receive care.

BlueCard® PPO Program

Care When you are Out of the Service Area Within the U.S.

If you are traveling outside the Anthem service area, the BlueCard® PPO program lets you use other BlueCross and/or BlueShield Plans' PPO networks of physicians, hospitals and other Providers. As a POS member, you are automatically enrolled in the BlueCard® PPO program. This allows you to receive in-network benefits across the country outside of our network area from Providers participating with other Blue Plans' PPO networks. As long as these services are covered services under the Plan, they will be treated as in-network services. If you are traveling and need medical care, call (800) 810-BLUE (2583) for the names and addresses of the PPO Providers nearest you. You may also visit the BlueCross and BlueShield Association website at www.bcbs.com to locate Providers in other states.

BlueCard® Worldwide Program

The BlueCard® Worldwide program provides coverage through an international network of health care Providers. With this program, you're assured of receiving care from licensed health care professionals, and that at least one staff member at the Hospital will speak English, or that translation assistance will be available. Here's how to use BlueCard® Worldwide:

- Call (804) 673-1177, 24 hours a day, seven days a week, for the names of participating doctors and hospitals. Outside the U.S., you may use this number by dialing an AT&T Direct® Access Number.
- Show your Anthem ID card at the Hospital. If you're admitted, you will only have to pay for expenses not covered by the Plan, such as Copayments, Coinsurance, Deductibles and personal items. Remember to call Anthem within 24 hours of your admission, or as soon as reasonably possible.
- If you receive outpatient Hospital care or care from a doctor in the BlueCard® Worldwide Program, pay the bill at the time of treatment. When you return home, submit an international claim form and attach the bill. This claim form is available from the health care Provider or by calling the BlueCard® Worldwide Program. Mail the claim to the address on the form. You will receive reimbursement less any Copayment and amount above the Allowed Amount.

Out-of-Network Medical and Facility Claims

When you seek care from an Out-of-Network Provider, the benefits you receive after satisfying your Deductible will likely be reduced, leaving you with additional out-of-pocket costs for which there is no reimbursement from the Plan.

The reimbursement procedures for Out-of-Network medical and Facility claims are as follows:

- For Covered Services that you receive from Out-of-Network medical professionals (physicians), the Allowed Amount for reimbursement will be 250% of the Medicare rate.
- For Covered Services that you receive from an Out-of-Network Hospital or Facility within the operating area of Empire BlueCross BlueShield, the Maximum Allowed Amount will be the average amounts paid by Empire for comparable services to Empire's Participating Hospitals/Facilities in the same county. If there are no like kind Participating Hospitals/Facilities in the same county, then the Allowed Amount will be the average of amounts paid by Empire for comparable services in like kind Participating Hospitals/Facilities in the contiguous county or counties.
- For Covered Services that you receive from Out-of-Network facilities outside the Empire BlueCross area, the Allowed Amount for reimbursement will be 40% of eligible charges.

Advantages of Staying In-Network

Although Out-of-Network benefits are available, you should utilize In-Network Providers and facilities whenever possible in order to limit your out-of-pocket costs. By staying In-Network, you are reducing the risk of being balanced-billed by a physician and/or Facility, thereby reducing your out-of-pocket expenses. We strongly urge you and your family to utilize In-Network doctors and facilities whenever possible in order to avoid unpredictable bills. Please keep in mind that you will be solely responsible for any amounts billed to you (called "Balanced Billed amounts") by an Out-of-Network Providers or Hospitals that exceed the amount covered by the Plan.

Your Benefits at a Glance

The following chart summarizes the benefits you are most likely to use in a quick-reference format.

- *For In-Network Coverage.* After you meet the Deductible, you pay a Copayment or Coinsurance (a percentage of the Allowed Amount for Providers' fees for services), whichever applies. The Plan pays the remaining amount. Preventive care is not subject to the Deductible, Copayments, or Coinsurance.

- For *Out-of-Network Coverage*. The Plan pays for the cost of services as described in the section entitled “Out-of-Network Medical and Facility Claims.” Out-of-Network Providers and Facilities have not agreed to accept a negotiated rate, so you are responsible for any balance-billed charges in excess of the amounts paid by the Plan, in addition to the Deductible, Copayments, and Coinsurance, as applicable.

See the “What’s Covered and What’s Not” section immediately following for more information.

<p>Annual Deductible (does not apply to preventive care)</p>	<p>\$750 per individual* \$1,500 per family*</p> <p>*For 2015 and 2016, the above-listed annual Deductible was reduced by 50% (to \$375 per individual and \$750 per family). This reduction applied for 2015 and 2016 only, and does not represent a permanent change to the Deductible. Unless you are notified differently in writing, the annual Deductibles will return to \$750 per individual; \$1,500 per family in 2017 and thereafter.</p>												
<p>Annual Out-Of-Pocket Maximum (does not include balance-billed charges)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><u>Individual</u></th> <th><u>Family</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hospital/Medical</td> <td>\$6,000</td> <td>\$12,000</td> </tr> <tr> <td>Prescription Drug</td> <td>\$600</td> <td>\$1,200</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$6,600</td> <td>\$13,200</td> </tr> </tbody> </table>		<u>Individual</u>	<u>Family</u>	Hospital/Medical	\$6,000	\$12,000	Prescription Drug	\$600	\$1,200	Total	\$6,600	\$13,200
	<u>Individual</u>	<u>Family</u>											
Hospital/Medical	\$6,000	\$12,000											
Prescription Drug	\$600	\$1,200											
Total	\$6,600	\$13,200											
<p>Regular Office Visit Copayment</p>	<p>\$20</p>												
<p>Specialist Copayment</p>	<p>\$40</p>												
<p>Preventive Care Copayment</p>	<p>\$0</p>												
<p>Coinsurance for all Benefits that are not subject to a Copayment</p>	<p>20%</p>												
<p>Chiropractic Annual Service Limit</p>	<p>30 visits</p>												

Physical, Occupational, or Speech Therapy Annual Service Limits	30 visits
Skilled Nursing Annual Service Limit	60 visits
Home Health Care Annual Service Limit	200 visits
Hospice Care Lifetime Service Limit	210 days

What's Covered and What's Not

Doctor's Services

When you visit your In-Network doctor, you pay a \$20 Copayment (\$40 for a Specialist) after you satisfy your Deductible. There are no claim forms for you to fill out for In-Network Providers.

If you seek care from an Out-of-Network physician, the Plan pays as described in the section above entitled "Out-of-Network Medical and Facility Claims." If you seek care Out-of-Network, you are responsible for paying charges above the amounts payable by the Plan. Given your financial liability, it is a good idea for you to discuss fees with your doctor in advance.

Things to Remember...

- When making an appointment, be sure to confirm with the doctor's office that the doctor is an In-Network Provider.
- Arrange in advance to have medical records and test results sent to the doctor.
- If your doctor sends you to a lab or radiologist for tests or x-rays, be sure to visit www.anthem.com or call Member Services at (800) 810-BLUE (2583) to confirm that the supplier is in Anthem's Provider network. This will ensure you receive maximum benefits. You must also call the Medical Management Program at (800) 848-9200 to pre-certify. If you are outside Anthem's operating area, to locate Providers who participate in the BlueCard® POS program, call (800) 810-BLUE (2583), or visit www.anthem.com.

Doctor's Services - What's Covered

Here is a partial list of additional covered physician services:

- Consultation requested by the attending physician for advice on an Illness or Injury
- Diabetes supplies prescribed by an authorized Provider, including:
 - Blood glucose monitors (including those for the legally blind)
 - Insulin, syringes, injection aids (cartridges for the legally blind), insulin pumps and appurtenances, and insulin infusion devices
 - Testing strips
 - Oral agents for controlling blood sugar
 - Other equipment and supplies required by the New York State Health Department
 - Data management systems
- Diabetes self-management education and diet information, including:
 - Education by a physician, certified nurse practitioner or member of their staff at the time of diagnosis, when your condition changes significantly, or when Medically Necessary
 - Education by a certified diabetes nurse educator, certified nutritionist, certified dietician, or registered dietician when referred by a physician or certified nurse practitioner (may be limited to a group setting when appropriate)
 - Home visits for education when Medically Necessary
- Diagnosis and treatment of degenerative joint disease related to temporomandibular joint (TMJ) syndrome that is not a dental condition
- Diagnosis and treatment for orthognathic surgery that is not dental in nature
- Foot care and orthotics associated with disease affecting the lower limbs, such as severe diabetes, which requires care from a podiatrist or physician
- Chiropractic care

Doctor's Services - What's Not Covered

The following is a partial list of physician services that are not covered:

- Routine foot care, including care of corns, bunions (except bone surgery), calluses, toenails, flat feet, fallen arches, weak feet, and chronic foot strain
- Symptomatic complaints of the feet except capsular or bone surgery related to bunions and hammertoes
- Orthotics for treatment of routine foot care
- Routine hearing exams (may be covered under Hearing Aid Benefit)
- Hearing aids and the examination for their fitting (may be covered under Hearing Aid Benefit)
- Services such as laboratory, x-ray and imaging, and pharmacy services from a Facility in which the referring physician or his/her immediate family member has a financial interest or relationship
- Services given by an unlicensed Provider or performed outside the scope of the Provider's license

Emergency Care

Coverage is available for any treatment you receive on an emergency basis at a Hospital emergency room or a freestanding emergency care center. Minor surgery that is part of the emergency treatment is also covered.

To be covered as emergency care, the condition must be a medical or behavioral condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that a prudent layperson, who possesses an average knowledge of health and medicine, could reasonably expect the absence of immediate medical attention to result in:

1. Placing the health of the person afflicted with such condition (or, with respect to a pregnant woman, the health of the woman or her unborn Child) in serious jeopardy, or in the case of a behavioral condition placing the health of such person or others in serious jeopardy;
2. Serious impairment to such person's bodily functions;
3. Serious dysfunction of any bodily organ or part of such person; or
4. Serious disfigurement of such person.

Emergency Services are defined as a medical screening examination that is within the capability of the emergency department of a Hospital, including ancillary services routinely available to the emergency department, to evaluate an emergency condition; and within the capabilities of the staff and facilities available at the Hospital, such further medical examination and treatment as are required to stabilize the patient.

If you are admitted to the Hospital, you or someone on your behalf must call the Medical Management Program before services are rendered or within 48 hours after you are admitted to or treated at the Hospital, or as soon as reasonably possible. If you do not obtain authorization within the required time, benefits may be denied.

Home Health Care

Home health care can be an alternative to an extended stay in a Hospital or skilled nursing Facility.

What's Covered

The following is a partial list of covered home health care services and limitations:

- Up to 200 pre-certified home health care visits per year. A visit is defined as up to four hours of care. Care can be given for up to 12 hours a day (three visits). Your physician must certify home health care as Medically Necessary and approve a written treatment plan.
- Part-time services by a registered nurse ("RN") or licensed practical nurse ("LPN")
- Part-time home health aide services (skilled nursing care)
- Physical, speech or occupational therapy, if restorative
- Medications, medical equipment and supplies prescribed by a doctor
- Laboratory services

In addition, if the Plan approves the agency and your program starts within seven days after you leave the Hospital, the Plan will cover:

- Visits by a medical social worker
- X-ray and EKG services
- Ambulance or ambulette service to the Hospital for outpatient care

What's Not Covered

- Custodial services, including bathing, feeding, changing, or other services that do not require skilled care
- Out-of-Network home infusion therapy

Inpatient Hospital Services

After you satisfy the annual Deductible, the Plan covers 80% of the cost of your Medically Necessary care when you stay at an In-Network Hospital that participates in the POS network or the BlueCard® PPO network. Limited benefits are available when you use an Out-of-Network Provider. In order to locate an In-Network Hospital, call Member Services at (800) 810-BLUE (2583) or visit www.anthem.com. If you are outside Anthem's operating area, call (800) 810-BLUE (2583), or visit www.anthem.com to locate Providers who participate in the BlueCard® PPO program.

Medical Management

Call the Medical Management Program at (800) 848-9200 at least two weeks prior to any planned surgery or Hospital admission. For an emergency admission or surgical procedure, call Medical Management within 48 hours, or as soon as reasonably possible. Otherwise, your benefits may be denied.

The Medical Necessity and length of any stay are subject to the Medical Management Program guidelines. If it is determined that an admission or surgery is not Medically Necessary, no benefits will be paid.

What's Covered

Here is a partial list of covered inpatient and outpatient Hospital services (***some may require precertification**):

- Diagnostic x-rays and lab tests, and other diagnostic tests such as EKGs, EEGs or endoscopies*
- Oxygen and other inhalation therapeutic services and supplies, and anesthesia (including equipment for administration)*
- Anesthesiologist, including one consultation before surgery, and services during and after surgery*
- Blood and blood derivatives for emergency care, same-day surgery, or Medically Necessary conditions, such as treatment for hemophilia (available on an outpatient basis only)*
- MRIs/MRAs when pre-approved by the Medical Management Program*
- Semi-private room and board when for an unlimited number of days:
 - The patient is under the care of a physician, and
 - A Hospital stay is Medically Necessary

- Operating and recovery rooms
- Special diet and nutritional services while in the Hospital
- Cardiac care unit
- Services of a licensed physician or surgeon employed by the Hospital
- Care related to surgery
- Breast cancer surgery (lumpectomy, mastectomy), including:
 - Reconstruction following surgery
 - Surgery on and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance
 - Protheses
 - Treatment of physical complications at any stage of mastectomy, including lymphedemas (The patient has the right to decide, in consultation with the physician, the length of Hospital stay following mastectomy surgery.)
- Use of cardiographic equipment
- Drugs, dressings, and other Medically Necessary supplies
- Social, psychological, and pastoral services
- Reconstructive surgery associated with Injuries unrelated to cosmetic surgery
- Reconstructive surgery for a functional defect which is present from birth
- Physical, occupational, speech and vision therapy, including facilities, services, supplies, and equipment related to Medically Necessary medical care

What's Not Covered

Here is a partial list of inpatient Hospital services that are not covered:

- Private duty nursing
- Private room (If you use a private room, you pay the difference between the cost for the private room and the Hospital's average charge for a semi-private room.)
- Diagnostic inpatient stays, unless connected with specific symptoms that if not treated on an inpatient basis could result in serious bodily harm or risk to life
- Services performed in the following:
 - Nursing or convalescent home
 - Institutions primarily for rest or for the aged
 - Rehabilitation facilities (except for physical therapy)
 - Spas
 - Sanatoriums
 - Infirmaries at schools, colleges, or camps

- Any part of a Hospital stay that is primarily custodial, for long-term care or diagnostic studies
- Elective cosmetic surgery or any related complications, other than reconstructive breast surgery following a mastectomy
- Ambulance or ambulette services (except as otherwise provided in the SPD or in an emergency situation)
- Hospital services received in clinic settings that do not meet the Plan's definition of a Hospital or other covered Facility
- Residential treatment services.

Outpatient Hospital Services

You are also covered for same-day (outpatient or ambulatory surgery) Hospital services, such as chemotherapy, radiation therapy, cardiac rehabilitation, and kidney dialysis. Same-day services are surgical or diagnostic procedures that:

- Are performed in a same-day or Hospital outpatient surgical Facility,
- Require the use of both surgical operating and postoperative recovery rooms,
- May require either local or general anesthesia,
- Do not require inpatient Hospital admission because it is not appropriate or Medically Necessary, and
- Would justify an inpatient Hospital admission in the absence of a same-day surgery program.

What's Covered

Here is a partial list of additional covered outpatient services (***some may require precertification**):

- Diagnostic x-rays and lab tests, and other diagnostic tests such as EKGs, EEGs or endoscopies*
- Oxygen and other inhalation therapeutic services and supplies and anesthesia (including equipment for administration)*
- Anesthesiologist, including one consultation before surgery, and services during and after surgery*
- Blood and blood derivatives for emergency care, same-day surgery, or Medically Necessary conditions, such as treatment for hemophilia (available on an outpatient basis only)*
- MRIs/MRAs when pre-approved by the Medical Management Program
- Same-day and Hospital outpatient surgical facilities
- Surgeons

- Surgical assistance if:
 - None is available in the Hospital or Facility where the surgery is performed, and
 - The surgical assistant is not a Hospital employee
- Chemotherapy and radiation therapy, including medications, in a Hospital outpatient department, doctor's office, or Facility. Medications that are part of outpatient Hospital treatment are covered if they are prescribed by the Hospital and filled by the Hospital pharmacy
- Kidney dialysis treatment (including hemodialysis and peritoneal dialysis) is covered in the following settings until the patient becomes eligible for end-stage renal disease dialysis benefits under Medicare:
 - At home, when provided, supervised and arranged by a physician, and the patient has registered with an approved kidney disease treatment center (professional assistance to perform dialysis and any furniture, electrical, plumbing or other fixtures needed in the home to permit home dialysis treatment are not covered)
 - In a Hospital-based or free-standing Facility

Things to remember...

- *Pre-surgical Testing.* If your doctor prescribes pre-surgical testing, be sure to have your tests performed within seven days of the surgery at the same Hospital where it will be performed. Both a Hospital bed and an operating room must be reserved before pre-surgical testing can be covered.
- *Same-day Surgery.* The Hospital or outpatient Facility where same-day surgery is performed may require that someone take you home after the procedure. Be sure to ask about any such policy and arrange for transportation beforehand.
- *Pre-certification.* You do not need to obtain pre-certification if you are scheduled for ambulatory or outpatient surgery (except for Medically Necessary cosmetic/reconstructive surgery, outpatient transplants, ophthalmological or eye-related procedures). However, if you develop complications during or following the surgery and require Hospital admission, you must contact the Medical Management Program within 48 hours of your admission, or as soon as reasonably possible.

What's Not Covered

The following is a partial list of outpatient services that are not covered:

- Same-day surgery not pre-certified as Medically Necessary by the Medical Management Program (if precertification is required)
- Routine medical care including, but not limited to:
 - Inoculation or vaccination
 - Drug administration or injection, excluding chemotherapy
- Collection or storage of your own blood, blood products, semen, or bone marrow

Maternity Care

After you have met your annual Deductible, the Plan covers 80% of the cost of your Medically Necessary care for maternity and newborn care when you use in-network Providers. This includes routine tests related to pregnancy, obstetrical care in the Hospital or birthing center, as well as routine newborn nursery care.

The Newborn's and Mother's Health Protection Act of 1996

Please be advised that group health plans and health insurance issuers offering group insurance coverage generally may not, under Federal law, restrict benefits for any Hospital length of stay in connection with Childbirth for the mother or newborn Child to be less than 48 hours following a normal vaginal delivery, or less than 96 hours following a caesarean section. However, Federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending Provider, after consulting with the mother, from discharging the mother and/or newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, plans and issuers may not, under Federal law, require that a Provider obtain authorization from the plan or the issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours, as applicable).

What's Covered

The following is a partial list of covered maternity-related services:

- One home care visit if the mother leaves earlier than the 48 hour (or 96 hour) limit. The mother must request the visit from the Hospital or a home health care agency within this timeframe (pre-certification is not required). The visit must take place within 24 hours after either the discharge or the time of the request, whichever is later
- Services of a certified nurse-midwife affiliated with a licensed Facility. The nurse-midwife's services must be provided under the direction of a physician

- Patient education, and assistance and training in breast or bottle feeding, if available
- Circumcision of newborn males
- Special care for the baby if the baby stays in the Hospital longer than the mother (call the Medical Management Program to pre-certify the Hospital stay)
- Semi-private room
- If the baby is premature (under 5.5 pounds), the cost of treatment in an approved premature unit and the cost of an incubator for a Child of any weight

What's Not Covered

- Days in Hospital that are not Medically Necessary (beyond the 48 hour/96 hour limits)
- Services that are not Medically Necessary
- Private room
- Out-of-Network birthing center facilities
- Private duty nursing

Medical Equipment and Supplies

Medically necessary prosthetics, orthotics, and durable medical equipment, and medical supplies are generally covered by the Plan, once you meet the annual Deductible. At the time of this printing, covered suppliers are Edgepark (800) 321-0591 and Durable Medical Equipment (DME) (800) 244-4660.

Medical Management

The network supplier must pre-certify the rental or purchase of equipment and supplies by calling the Medical Management Program at (800) 848-9200. When using a supplier outside Anthem's operating area through the BlueCard® PPO Program, you are responsible for pre-certifying services. An Anthem network supplier may not bill you for covered services. If you receive a bill from one of these Providers, contact Member Services.

What's Covered

Covered equipment and supplies include:

- Prosthetics, orthotics (orthopedic appliances) and durable medical equipment from network suppliers when prescribed by a doctor and approved by the Medical Management Program including:
 - Artificial arms, legs, eyes, ears, nose, larynx, and external breast prostheses
 - Electronic heart pacemaker
 - Prescription lenses, if organic lens is lacking
 - Supportive devices essential to the use of an artificial limb
 - Corrective braces
 - Wheelchairs, Hospital-type beds, oxygen equipment, sleep apnea monitors
- Rental (or purchase when more economical than rental) of Medically Necessary durable medical equipment
- Replacement of covered medical equipment because of wear, damage, or change in patient needs, when ordered by a physician
- Reasonable cost of repairs and maintenance for covered medical equipment
- Disposable medical supplies such as syringes
- Enteral formulas with a written order from a physician or other licensed care Provider stating:
 - The formula is Medically Necessary and effective, and
 - Without the formula, the patient would become malnourished, suffer from serious physical disorders, or die
- Modified solid food products for the treatment of certain inherited diseases, if a physician or other licensed care Provider supplies a written order
- Surgical dressings, casts, splints, trusses, and braces

What's Not Covered

The following equipment or services are among those not covered by the Plan:

- Air conditioners or purifiers
- Humidifiers or de-humidifiers
- Exercise equipment
- Swimming pools
- False teeth
- Hearing aids (although covered under the Hearing Aid Benefit)

Mental Health and Substance Abuse

The Plan covers outpatient treatment for alcohol and substance abuse, inpatient detoxification, inpatient alcohol and substance abuse rehabilitation, and inpatient and outpatient mental health care.

Medical Management

You must pre-certify your inpatient mental health care or substance abuse treatment services in advance by calling the Medical Management Program at (800) 848-9200. A counselor will refer you to an appropriate Hospital, Facility, or Provider and send written confirmation of the services being authorized. You should also call to find out whether a Provider or Facility is covered In-Network.

If you are admitted in an emergency to a Hospital or other inpatient Facility for behavioral health problems, you or someone on your behalf must call within 48 hours or as soon as reasonably possible after your admission.

If you do not call to pre-certify behavioral health care, or if you call but do not follow the treatment recommendations, benefits may be denied.

What's Covered

The following behavioral health care services are covered:

- Electroconvulsive therapy for treatment of mental or behavioral disorders (if pre-certified).
- Care from psychiatrists, psychologists, or licensed clinical social workers, providing psychiatric or psychological services within the scope of their practice, including the diagnosis and treatment of mental and behavioral disorders. Social workers must be licensed by the New York State Education Department or a comparable organization in another state, and have three years of post-degree supervised experience in psychotherapy and an additional three years of post-licensure supervised experience in psychotherapy.

What's Not Covered

The following behavioral health care services are not covered:

- Care from psychiatrists, psychologists, or social workers not certified according to New York State Insurance Law, or comparable legislation outside New York.
- Care that is not Medically Necessary.

Treatment for Alcohol or Substance Abuse

What's Covered

- Family counseling services at an outpatient treatment Facility. These can take place before the patient's treatment begins. Your eligible dependents may receive Medically Necessary counseling visits; and
- Out-of-Network outpatient treatment at a Facility that:
 - Has New York State certification from the Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, and
 - Is approved by the Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations if out of state. The program must offer services appropriate to the patient's diagnosis.

Physical, Occupational, or Speech Therapy

Outpatient physical, occupational, and speech therapy benefits are available, subject to the Deductible and the annual limit of 30 visits.

What's Covered

To be covered, physical therapy, rehabilitation services, or any combination of these on an inpatient or outpatient basis up to Plan maximums must be:

- Prescribed by a physician, and
- Designed to improve or restore physical functioning within a reasonable period of time.

In addition to the above requirements, outpatient care must be given at home, in a therapist's office, or in an outpatient Facility. Inpatient therapy must be short-term.

Occupational, speech or vision therapy, or any combination of these on an inpatient or outpatient basis up to Plan maximums must be:

- Prescribed by a physician in conjunction with a physician's services,
- Given by skilled medical personnel at home, in a therapist's office or in an outpatient Facility,
- Performed by a licensed speech/language pathologist or audiologist, and
- Approved by the Medical Management Program.

What's Not Covered

The following therapy services are not covered:

- Therapy to maintain or prevent deterioration of the patient's current physical abilities, and
- Tests, evaluations, or diagnosis received within 12 months prior to the doctor's referral or order for occupational, speech, or vision therapy.

Preventive Care

Preventive care is an important and valuable part of your health care. Regular physical check-ups and appropriate screenings can help you and your doctor detect illness early, minimize the risk of a serious health problem and reduce the risk of incurring greater costs. The Plan provides you and your family with many preventive care services for free when you use In-Network Providers. For example, you and your dependents can have one physical exam per year without any cost-sharing if you visit an In-Network Provider. In addition, the following preventive services are covered without any cost-sharing if you receive the services from an In-Network Provider,

What's Covered

For Adults

- Abdominal aortic aneurysm one-time screening for men of specified ages who have ever smoked
- Alcohol misuse screening and counseling
- Aspirin use to prevent cardiovascular disease for men and women of certain ages
- Blood pressure screening
- Cholesterol screening for adults of certain ages or at higher risk
- Colorectal cancer screening for adults over 50
- Depression screening
- Diabetes (Type 2) screening for adults with high blood pressure
- Diet counseling for adults at higher risk for chronic disease
- Hepatitis B screening for people at high risk, including people from countries with 2% or more Hepatitis B prevalence, and U.S.-born people not vaccinated as infants and with at least one parent born in a region with 8% or more Hepatitis B prevalence
- Hepatitis C screening for adults at increased risk, and one time for everyone born 1945 – 1965
- HIV screening for everyone ages 15 to 65, and other ages at increased risk

- Immunization vaccines for adults — doses, recommended ages, and recommended populations vary:
 - Diphtheria
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Herpes Zoster
 - Human Papillomavirus (HPV)
 - Influenza (flu shot)
 - Measles
 - Meningococcal
 - Mumps
 - Pertussis
 - Pneumococcal
 - Rubella
 - Tetanus
 - Varicella (Chickenpox)
- Lung cancer screening for adults 55 - 80 at high risk for lung cancer because they're heavy smokers or have quit in the past 15 years
- Obesity screening and counseling
- Sexually transmitted infection (STI) prevention counseling for adults at higher risk
- Syphilis screening for adults at higher risk
- Tobacco Use screening for all adults and cessation interventions for tobacco users

For Pregnant Women or Women who may become Pregnant

- Anemia screening on a routine basis
- Breastfeeding comprehensive support and counseling from trained Providers, and access to breastfeeding supplies, for pregnant and nursing women
- Contraception: Food and Drug Administration-approved contraceptive methods, sterilization procedures, and patient education and counseling, as prescribed by a health care Provider for women with reproductive capacity (not including abortifacient drugs).
- Folic acid supplements for women who may become pregnant
- Gestational diabetes screening for women 24 to 28 weeks pregnant and those at high risk of developing gestational diabetes
- Gonorrhea screening for all women at higher risk
- Hepatitis B screening for pregnant women at their first prenatal visit

- Rh Incompatibility screening for all pregnant women and follow-up testing for women at higher risk
- Syphilis screening
- Expanded tobacco intervention and counseling for pregnant tobacco users
- Urinary tract or other infection screening

Other Covered Preventive Services for Women

- Breast cancer genetic test counseling (BRCA) for women at higher risk
- Breast cancer mammography screenings every 1 to 2 years for women over 40
- Breast cancer chemoprevention counseling for women at higher risk
- Cervical cancer screening for sexually active women
- Chlamydia infection screening for younger women and other women at higher risk
- Domestic and interpersonal violence screening and counseling for all women
- Gonorrhea screening for all women at higher risk
- HIV screening and counseling for sexually active women
- Human Papillomavirus (HPV) DNA test every 3 years for women with normal cytology results who are 30 or older
- Osteoporosis screening for women over age 60 depending on risk factors
- Rh incompatibility screening follow-up testing for women at higher risk
- Sexually transmitted infections counseling for sexually active women
- Syphilis screening for women at increased risk
- Tobacco use screening and interventions
- Well-woman visits to get recommended services for women under 65

Coverage for Children's Preventive Health Services

- Alcohol and drug use assessments for adolescents
- Autism screening for children at 18 and 24 months
- Behavioral assessments for children ages: 0 to 11 months, 1 to 4 years, 5 to 10 years, 11 to 14 years, 15 to 17 years
- Blood pressure screening for children ages: 0 to 11 months, 1 to 4 years, 5 to 10 years, 11 to 14 years, 15 to 17 years
- Cervical dysplasia screening for sexually active females
- Depression screening for adolescents
- Developmental screening for children under age 3
- Dyslipidemia screening for children at higher risk of lipid disorders ages: 1 to 4 years, 5 to 10 years, 11 to 14 years, 15 to 17 years

- Fluoride chemoprevention supplements for children without fluoride in their water source
- Gonorrhea preventive medication for the eyes of all newborns
- Hearing screening for all newborns
- Height, weight and body mass index (BMI) measurements for children ages: 0 to 11 months, 1 to 4 years, 5 to 10 years, 11 to 14 years, 15 to 17 years
- Hematocrit or hemoglobin screening for all children
- Hemoglobinopathies or sickle cell screening for newborns
- Hepatitis B screening for adolescents at high risk, including adolescents from countries with 2% or more Hepatitis B prevalence, and U.S.-born adolescents not vaccinated as infants and with at least one parent born in a region with 8% or more Hepatitis B prevalence: 11 – 17 years.
- HIV screening for adolescents at higher risk
- Hypothyroidism screening for newborns
- Immunization vaccines for children from birth to age 18 — doses, recommended ages, and recommended populations vary:
 - Diphtheria, Tetanus, Pertussis (Whooping Cough)
 - Haemophilus influenzae type b
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Human Papillomavirus (PVU)
 - Inactivated Poliovirus
 - Influenza (flu shot)
 - Measles
 - Meningococcal
 - Pneumococcal
 - Rotavirus
 - Varicella (Chickenpox)
- Iron supplements for children ages 6 to 12 months at risk for anemia
- Lead screening for children at risk of exposure
- Medical history for all children throughout development ages: 0 to 11 months, 1 to 4 years, 5 to 10 years, 11 to 14 years, 15 to 17 years
- Obesity screening and counseling
- Oral health risk assessment for young children ages: 0 to 11 months, 1 to 4 years, 5 to 10 years

- Phenylketonuria (PKU) screening for newborns
- Sexually transmitted infection (STI) prevention counseling and screening for adolescents at higher risk
- Tuberculin testing for children at higher risk of tuberculosis ages: 0 to 11 months, 1 to 4 years, 5 to 10 years, 11 to 14 years, 15 to 17 years
- Vision screening for all children

What's Not Covered

The following is a partial listing of preventive services not covered:

- Screening tests done at your place of work at no cost to you
- Free screening services offered by a government health department
- Tests done by a mobile screening unit, unless a doctor not affiliated with the mobile unit prescribes the tests

Things to Remember...

- *Regular doctor visits.* Visit your doctor once a year for a check-up. Take the screening tests appropriate for your gender and age to help detect illness early.
- *Mammograms.* Women with no prior or family history of breast cancer are covered for a baseline mammogram between ages 35-39, and women ages 40 and over are covered for an annual mammogram. Women with a family history of breast cancer will be covered for a routine mammogram as often as their physician recommends one.
- *Check-ups for the kids.* Keep your Children healthy by getting routine check-ups and preventive care, including certain immunizations.

The preventive services referenced above will be covered in full when received from In-Network Providers. Cost-sharing (e.g., Copayments, Deductibles, Coinsurance) may apply to services provided during the same visit as the preventive services set forth above. For example, if a service referenced above is provided during an office visit wherein that service is not the primary purpose of the visit, the cost-sharing amount that would otherwise apply to the office visit will still apply.

The Plan's coverage of preventive services is intended to comply with all the requirements of the Affordable Care Act. Under this law, there may occasionally be changes to the preventive services that are required to be covered by the Plan. The Plan will comply with any such changes in the preventive service coverage requirements. A list of the preventive services covered under the Plan is available at www.healthcare.gov.

Women's Health and Cancer Rights Act of 1998

This Federal law imposes certain requirements on group health plans and health insurers that provide medical and surgical benefits with respect to a mastectomy. Specifically, if you receive benefits in connection with a mastectomy and you elect breast reconstruction in connection with such mastectomy, the law requires coverage for:

- Reconstruction of the breast on which the surgery was performed,
- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance, and
- Prosthesis and treatment of physical complications associated with all stages of mastectomy, including lymphedemas.

If you use an In-Network Provider, the Plan pays for covered expenses after you meet the Deductible. For an Out-of-Network Provider, the Plan pays as described in the section entitled "Out-of-Network Medical and Facility Claims."

Skilled Nursing Facility

The Plan covers inpatient care in an In-Network Skilled Nursing Facility as described below.

Medical Management

In order to receive maximum benefits, please call (800) 848-9200 to pre-certify skilled nursing and hospice care with the Medical Management Program.

What's Covered

You are covered for up to 60 inpatient days per calendar year in a participating skilled nursing Facility. Prior hospitalization is not required to be eligible for benefits. Services are covered if the care is under the direct supervision of a physician, registered nurse ("RN"), physical therapist, or other health care professional, and if your doctor provides:

- A referral and a written treatment plan,
- A projected length of stay,
- An explanation of the services needed, and
- The intended benefits of care.

What's Not Covered

The following services are not covered:

- Skilled nursing Facility care that primarily:
 - Gives assistance with daily living activities
 - Is for rest or for the aged
 - Treats drug addiction or alcoholism

- Convalescent care
- Sanatorium-type care
- Rest cures

Hospice Care

The Plan covers inpatient care in an In-Network hospice Facility as described below.

Medical Management

In order to receive maximum benefits, please call (800) 848-9200 to pre-certify skilled nursing and hospice care with the Medical Management Program.

You are eligible for up to 210 days of hospice care in your lifetime. Hospices provide medical and supportive care to patients who have been certified by their physician as having a life expectancy of six months or less. Hospice care can be provided in a hospice, in the hospice area of a network Hospital, or at home as long as it is provided by an In-Network hospice agency.

The following is a list of covered hospice care services:

- Up to 12 hours of intermittent care each day by a registered nurse ("RN") or licensed practical nurse ("LPN")
- Medical care given by the hospice doctor
- Drugs and medications prescribed by the patient's doctor that are not experimental and are approved for use by the most recent Physician's Desk Reference
- Physical, occupational, speech, and respiratory therapy when required for control of symptoms
- Laboratory tests, x-rays, chemotherapy, and radiation therapy
- Social and counseling services for the patient's family, including bereavement counseling visits for the first year after the patient's death
- Transportation between home and Hospital or hospice when Medically Necessary
- Medical supplies and rental of durable medical equipment
- Up to 14 hours of respite care in any week

Things to Remember...

The following are tips to remember when receiving skilled nursing or hospice care.

- *Learning About a Skilled Nursing Facility.* To learn more about a Skilled Nursing Facility, ask your doctor or caseworker to direct you to the health facilities directory for your state. (Note: New York State maintains this information online at <http://www.health.state.ny.us/>.)
- *Selecting a Skilled Nursing Facility.* When choosing a Skilled Nursing Facility, you may want to consider its location (e.g., proximity to family, friends, doctors, etc.), size (e.g., a large Facility may have more activities, a smaller one may be more personal), visiting hours, and whether your doctor has treatment privileges at the Facility.
- *Considering In-home Hospice Care.* Determine whether the same caregiver will come each day and what you can do if you are not comfortable with your caregiver.

Medical Plan Exclusions and Limitations

In addition to services labeled as “What’s Not Covered” in the prior sections, the following is a partial list of the services that are not covered by the Medical Plan.

Dental Services	Dental services including but not limited to: <ul style="list-style-type: none">• Cavities and extractions• Care of gums• Bones supporting the teeth or periodontal abscess• Orthodontia• False teeth• Treatment of TMJ that is dental in nature• Orthognathic surgery that is dental in nature <i>(See the “Dental Coverage” section of this SPD for information about dental benefits.)</i>
Experimental / Investigational Treatments	<ul style="list-style-type: none">• Technology, treatments, procedures, drugs, biological products, or medical devices that in Anthem’s judgment are:<ul style="list-style-type: none">– Experimental or investigative– Obsolete or ineffective <p>Any hospitalization in connection with experimental or investigational treatments. “Experimental” or “investigative” means that for the particular diagnosis or treatment of the covered person’s condition, the treatment is: (a) Not of proven</p>

	<p>benefit, and (b) Not generally recognized by the medical community (as reflected in published medical literature).</p> <p>Government approval of a specific technology or treatment does not necessarily prove that it is appropriate or effective for a particular diagnosis or treatment of a person's condition. Anthem may require that any or all of the following criteria be met to determine whether a technology, treatment, procedure, biological product, medical device, or drug is experimental, investigative, obsolete, or ineffective:</p> <ul style="list-style-type: none"> • There is final market approval by the U.S. Food and Drug Administration (FDA) for the patient's particular diagnosis or condition, except for certain drugs prescribed for the treatment of cancer. Once the FDA approves use of a medical device, drug, or biological product for a particular diagnosis or condition, use for another diagnosis or condition may require that additional criteria be met. • Published peer-review medical literature must conclude that the technology has a definite positive effect on health outcomes. • Published evidence must show that over time the treatment improves health outcomes (i.e., the beneficial effects outweigh any harmful effects). • Published proof must show that the treatment, at the least, improves health outcomes or that it can be used in appropriate medical situations where the established treatment cannot be used. Published proof must show that the treatment improves health outcomes in standard medical practice, not just in an experimental laboratory setting. <p>The Board of Trustees or its designee has the sole and absolute discretion and authority to determine if a service or supply is or should be classified as experimental or investigational.</p>
<p>Inappropriate Billing</p>	<p>Services usually provided without charge, even if charges are billed</p> <p>Services performed by Hospital or institutional staff, which are billed separately from other Hospital services (except as specified elsewhere)</p>

<p>Government Services</p>	<p>Services covered under government programs (except Medicaid or as specified elsewhere)</p> <p>All government Hospital services (except those provided by United States Veteran’s Administration or other Department of Defense Hospitals [except services in connection with a service-related disability], or as covered in a special agreement between the Plan and a government Hospital. [In an emergency, Anthem will provide benefits until the government Hospital can safely transfer the patient to a participating Hospital.]</p>
<p>Home Care</p>	<p>Services performed at home (except those specified elsewhere in this SPD as available at home or as an emergency)</p> <p>Nursing or therapeutic care provided by a family member or someone who normally resides in your house</p>
<p>Medically Unnecessary Services</p>	<p>Services, treatment, or supplies not Medically Necessary as determined by the Plan</p>
<p>Miscellaneous</p>	<p>Medical care received before you are eligible for benefits under the Plan or during a period in which you have declined coverage from the Plan</p> <p>Treatment for which you or your family members do not have to pay Custodial care, education, or training</p>
<p>Prescription Drugs</p>	<p>All prescription drugs and over-the-counter drugs, self-administered injectibles, vitamins, appetite suppressants, oral contraceptives, injectable contraceptives, contraceptives patches and diaphragms, or any other type of medication (except as specified elsewhere). (See the Prescription Drug Benefit section of this SPD for information about prescription benefits.)</p>

Reproductive Technologies	Assisted reproductive technologies include but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"> • In-vitro fertilization • Gamete and zygote intrafallopian tube transfer • Intracytoplasmic sperm injection • Reversal of sterilization
Travel	Travel, even if associated with treatment and recommended by a doctor
Vision Care	Eyeglasses, contact lenses, and the examination for their fitting (except following cataract surgery) unless specifically indicated <i>(See the Vision Coverage section of this SPD for information about eye care benefits.)</i>
War	Services for Illness or Injury received as a result of war
Workers' Compensation	Services covered under Workers' Compensation, no-fault automobile insurance, and/or services covered by similar statutory programs

Medical Management Program

You must use the Medical Management Program (“MMP”), which is administered by Alicare, to pre-certify Hospital admissions, and certain treatments and procedures. This will ensure that you receive high quality care for the right length of time, in the right setting, and with the maximum coverage.

To reach the MMP, call (800) 848-9200 from 9:00AM to 5:00PM EST Monday through Friday. If you call after hours or on weekends, you can leave a message with your name, Social Security number, and telephone number (including the area code) of where you can be reached on the next business day.

A team of professionals will be available to assist you with the following:

- Manage your benefits to your best advantage
- Learn more about your health care options
- Choose the most appropriate health care setting or service
- Avoid unnecessary hospitalization and the associated risks, whenever possible
- Arrange for any required (and covered) discharge services

Pre-admission Review

You or someone acting on your behalf are required to contact the MMP for a pre-admission review when you enter the Hospital for any scheduled, non-emergency reason. This review includes an evaluation of the reason for admission, and may also include assistance with securing a second surgical opinion, and/or a discussion with you and your doctor about ambulatory surgery.

You and your doctor will receive a written confirmation of the review findings.

Tips for Pre-certifying Services with MMP

Be sure to have the following patient information when you call:

- Name
- Date of birth
- Gender
- Address
- Telephone number
- Anthem I.D. card number
- Name and address of Hospital/Facility
- Name and phone number of admitting doctor
- Reason for admission and nature of services to be performed

Please advise your Provider of the pre-certification requirement.

If Services Are Not Pre-certified

By calling to pre-certify your services, you ensure that you receive the maximum benefits under the Plan. If you fail to contact the Medical Management Program within the appropriate timeframe before or after the admission or procedure, your benefits may be denied.

Ambulatory Surgery

Some surgical procedures can be performed without an overnight Hospital stay. If you are scheduled for ambulatory or outpatient surgery, you are **not** required to pre-certify with the MMP (except for Medically Necessary cosmetic/reconstructive surgery, outpatient transplants, ophthalmological or eye-related procedures). However, if you develop complications and require Hospital admission, you must contact the MMP for precertification within 48 hours of admission or as soon as reasonably possible.

Initial Decisions

Alicare will comply with the following timeframes in processing pre-certification, concurrent and retrospective review of requests for services.

- *Pre-certification Requests.* Pre-certification means that you must contact the Medical Management Program for approval before you receive certain health care services. Alicare seeks to review all requests for pre-certification within three business days of receipt of the necessary information and within no more than 15 calendar days from the receipt of the request. If Alicare does not have enough information to make a decision within three business days, it will notify you in writing of the additional information needed, and you and your Provider will have 45 calendar days to respond. Alicare will make a decision within three business days of its receipt of the requested information, or if no response is received, within three business days after the deadline for a response.
- *Urgent Pre-certification Requests.* If the need for the service is urgent, Alicare will render a decision as soon as possible, taking into account the medical circumstances, but in any event within 24 hours of its receipt of the request. If the request is urgent and Alicare requires further information to make its decision, Alicare will notify you within 24 hours of receipt of the request and you and your Provider will have 48 hours to respond. Alicare will make a decision within 48 hours of its receipt of the requested information, or if no response is received, within 48 hours after the deadline for a response.
- *Concurrent Requests.* Concurrent review means that Alicare reviews your care during your treatment to be sure you get the right care in the right setting and for the right length of time. Alicare will complete all concurrent reviews of services within 24 hours of its receipt of the request.
- *Retrospective Requests.* A retrospective review is conducted after you receive medical services. Alicare will complete all retrospective reviews of services already provided within 30 calendar days of its receipt of the claim. If Alicare does not have enough information to make a decision within 30 calendar days, Alicare will notify you in writing of the additional information needed, and you and your Provider will have 45 calendar days to respond. Alicare will make a decision within 15 calendar days of its receipt of the requested information, or if no response is received, within 15 calendar days after the deadline for a response.

If the Medical Management Program does not meet the above timeframes, the failure should be considered a denial of your claim. You or your doctor may immediately appeal.

Who Calls?	To Precertify...
You	<ul style="list-style-type: none"> • All Hospital admissions <ul style="list-style-type: none"> – At least two weeks prior to any planned surgery or Hospital admission – Within 48 hours of an emergency Hospital admission, or as soon as reasonably possible • For Illness or Injury to newborns • Cardiac rehabilitation • Hospice care • Inpatient physical therapy • Magnetic resonance imaging or angiography (MRI or MRA) scan • Same-day surgery for Medically Necessary cosmetic/reconstructive surgery, outpatient transplants, and ophthalmological or eye-related procedures • Skilled Nursing Facility care
Your Network Provider	<ul style="list-style-type: none"> • Durable medical equipment (renting, purchasing or replacing) • Nuclear cardiology services • PET/CAT scans

If a Claim is Denied

If a claim is denied for lack of Medical Necessity, or because the service has been determined to be experimental or investigational, the MMP will send a notice to you and your doctor with the reasons for the denial. You will have the right to appeal. See “Claims and Appeals Procedures” for more information. If the MMP denies benefits for care or services without discussing the decision with your doctor, your doctor is entitled to ask the MMP to reconsider its decision. A response will be provided by telephone and in writing within one business day of making the decision.

Case Management

The Medical Program's Case Management staff can provide assistance and support when you or a member of your family faces a chronic or catastrophic illness or injury. Specially trained nurses can help you and your family find appropriate, cost-effective health care options, reduce medical costs, and assure quality medical care.

A case supervisor will serve as a single source for patient, Provider, and the Plan—assuring that the treatment, level of care, and Facility are appropriate for your needs. Catastrophic illnesses or injuries for which case management is available include:

- Cancer
- Stroke
- AIDS
- Chronic Illness
- Hemophilia
- Spinal cord and other traumatic injuries

Case management assistance is evaluated and provided on a case-by-case basis. In some situations, the Medical Management Program staff will initiate a review of a patient's health status and the attending doctor's plan of care. They may determine that a level of benefits provided by the PPO is not necessarily desirable, appropriate, and cost-effective. If you would like Case Management assistance following an illness, injury, or surgery, contact the Medical Management Program at (800) 848-9200.

PRESCRIPTION DRUG COVERAGE – GENERIC DRUGS ONLY

How the Plan Works

The Plan provides coverage for prescription drugs purchased at participating retail pharmacies or through the mail-order pharmacy, which is mandatory for maintenance medications. Coverage depends on which option you use. You will receive an ID card when your coverage starts.

Express Scripts administers the prescription drug program for the Plan and maintains the pharmacy network. The network currently includes K-Mart, Walgreens, CVS, Rite Aid, and other chain stores and independent pharmacies. To find a participating pharmacy near you:

- Visit www.Express-Scripts.com and click on “Locate a pharmacy;”
- Call Express Scripts Member Services at (800) 711-0917 (available 24-hours a day, seven days a week, except on Christmas Day and Thanksgiving Day).

If you go to an Out-of-Network pharmacy, you must pay the full cost when you pick up the prescription and then file a claim for reimbursement with Express Scripts. The Plan will pay you the discounted amount that would have been paid to a network pharmacy. You are responsible for any difference between the network discount price and what your pharmacy charged, plus the applicable Copayment. Claim forms are available from Express Scripts.

The following table summarizes these benefits.

Type of Drug	Retail	Mail Order
	<i>Up to a 30-day supply</i>	<i>Up to a 90-day supply</i>
Preventive Medications	Plan pays 100%	Plan pays 100%
Generic	\$10	\$20
Preferred Brand Name	Not Covered	Not Covered
Non-Preferred Brand Name	Not Covered	Not Covered

To find out if a medication is a preferred or non-preferred brand name, contact Express Scripts' Member Services at (800) 711-0917.

Preventive Medications Covered at 100%

The Plan covers certain preventive prescription medications at 100%. There is no Copayment for the preventive prescription medications listed below. Express Scripts maintains the list of fully covered preventive medications. To determine whether a medication is considered preventive, please visit www.Express-Scripts.com or call Express Scripts Member Services at (800) 711-0917.

Here is what is covered at \$0 Copayment for preventive services:

- Iron Supplements from six months of age through 12 months of age
- Fluoride Supplements from six months of age through five years of age
- Aspirin for men from age 45 through age 79
- Aspirin for women from age 55 through age 79
- Folic Acid
- Smoking Cessation Products
- Contraceptives for women through age 50
- Preventive medications for breast cancer for women age 35 and older, including Tamoxifen (generic), Raloxifene (generic), and Soltamox (Tamoxifen liquid) (brand)

Mandatory Mail-Order Program

If you take a medication on a long-term or continuous basis, you must use the mail-order program. Prescription medications that you take on a long-term or continuous basis are often referred to as maintenance medications and are taken every day for the treatment of a chronic condition, such as diabetes, asthma or high blood pressure. Once you have obtained a maintenance medication three times (the initial fill and two refills) at a retail pharmacy, you may not refill the prescription again through a retail pharmacy. You must then use the mail-order program to refill the prescription which offers a greater discount on the cost of maintenance medication and a larger supply (90 days) per prescription.

If you fill a 90-day generic prescription through the mail-order program, the Copayment is \$20. If you were to get the same amount of that generic medication at a retail pharmacy, it would cost you \$30 because you would have to fill three 30-day prescriptions, each with a \$10 Copayment. Using the mail-order program will save you \$10.

More information about the mail-order program is available from Express Scripts at (888) 327-9791 or www.Express-Scripts.com.

Pre-Authorization

You must obtain pre-authorization from Express Scripts in order to obtain coverage for certain prescription drugs. Your physician must call Express Scripts at (888) 327-9791 to initiate the pre-authorization process for any of the prescription drugs listed below.

Many of the prescription drugs that require pre-authorization are considered “specialty medications.” Specialty medications are used to treat complex medical conditions, such as anemia, hepatitis C, multiple sclerosis, asthma, growth hormone deficiency and rheumatoid arthritis. Specialty medications are costly, have special storage requirements and often require specialized patient training and coordination of care.

To obtain a specialty medication, you must use Express Scripts' specialty pharmacy, Accredo Health Group. To reach the specialty pharmacy, call (800) 803-2523. Your physician can also call the specialty pharmacy directly at (800) 987-4904 (be sure to give your doctor your 12-digit Express Scripts member identification number).

The following is a list of drugs that currently require pre-authorization. Generic forms of the prescription medications listed also require pre-authorization. Please be aware that drugs requiring pre-authorization and those classified as specialty medications are subject to change. Contact Express Scripts at (800) 711-0917 for up-to-date information.

Examples of Prescription Drugs that Require Pre-Authorization:	
Drug Category	Drug Name
ERYTHROID STIMULANTS	Aranesp (darbepoetin alfa) Epogen (epoetin alpha) Procrit (epoetin alpha)
GROWTH HORMONES	Egrifta (tesamorelin) Genotropin (somatropin) Geref (semorelin) Humatrope (somatropin) Increlex (mecasermin) I-plex (mecasermin) Norditropin (somatropin) Nutropin (somatropin) Omnitrope (somatropin) Saizen (somatropin) Serostim (somatropin) Tev-Tropin (somatropin) Zorbtive (somatropin)
GROWTH HORMONE RECEPTOR ANTAGONISTS	Somavert (pegvisomant)
MYELOID STIMULANTS	Leukine (sargramostim) Neulasta (pegfilgrastim) Neumega (oprelvekin) Neupogen (filgrastim) Nplate (romiplostim) Promacta (eltrombopag)
BOTULINUM TOXIN	Botox (Botulinum Toxin Type A) Dysport (abobotulinumtoxin A) Myobloc (Botulinum Toxin Type B) Xeomin (incobotulinumtoxin A)

Examples of Prescription Drugs that Require Pre-Authorization:	
Drug Category	Drug Name
INTERFERONS	Actimmune (interferon gamma-1b) Alferon-N (interferon alpha-n3) Infergen (interferon alpha-con) Intron-A (interferon alpha-2b) Pegasys (pegylated Interferon Alfa-2a) Peg-Intron, Sylatron (peginterferon alpha-2b)
ANTINARCOLEPTICS	Nuvigil (armodafinil) Provigil (modafinil)
ANTINEOPLASTICS (Miscellaneous Immunomodulatory)	Revlimid (lenalidomide) Thalomid (thalidomide)
FERTILITY AGENTS – For Non-Fertility Use	Clomid (clomiphene) Serophene (clomiphene) Human Chorionic Gonadotropin (HCG) Pregnyl, Novarel, Ovidrel Gonadotropins Menotropins (Repronex, Menopur) Urofollitropin (Bravelle) Follitropin alfa (Gonal-F) Follitropin beta (Follistim AQ) Gonadotropin Releasing Hormone Agonist leuprolide 1mg/0.2ml (Lupron) nafarelin (Synarel) Progesterone Crinone 8% (progesterone gel) Endometrin (progesterone) Prochieve 8% (progesterone gel)
DERMATOLOGICALS	Atralin (tretinoin) Avita (tretinoin) Retin-A (tretinoin) Tazorac (tazarotene) Tretinoins (generic) Tretin-X (tretinoin)

Examples of Prescription Drugs that Require Pre-Authorization:	
Drug Category	Drug Name
ANTIEMETICS	Aloxi (palonosetron) Anzemet (dolasetron) Cesamet (nabilone) Kytril (granisetron) Sancuso (granisetron) Zofran, Zofran ODT (ondansetron) Zuplenz (ondansetron)
RHEUMATOLOGICAL AGENTS	Actemra (tocilizumab) Arava (leflunomide) Cimzia (certolizumab pegol) Enbrel (etanercept) Humira (adalimumab) Kineret (anakinra) Orencia (abatacept) Remicade (infliximab) Rituxan (rituximab) Simponi (golimumab)
CNS STIMULANTS	Stimulants primarily used to treat Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADD/ADHD)
SELECT SPECIALTY MEDICATIONS	All new Specialty drugs that enter the market will be subject to Prior Authorization Acthar® H.P. gel (repository corticotropin injection)
OPIOID DEPENDENCE	Suboxone® (buprenorphine/naloxone) Zubsolv (buprenorphine/naloxone)
NARCOTIC ANALGESICS	Actiq (fentanyl) Fentora (fentanyl)
HEPATITIS C	Sovaldi (sofosbuvir) Olysio (simeprevir)
NON NARCOTIC ANALGESICS	Ultracet (tramadol/APAP) Ultram (tramadol) Rybix ODT (tramadol)
COX-II INHIBITORS	Celebrex (celecoxib)

Step Therapy for Proton Pump Inhibitor Therapy and OxyContin

Proton pump inhibitor drugs (“PPIs”) are used to treat certain stomach conditions, and the Plan’s coverage of PPIs has special rules to better control costs and ensure appropriate treatment. Specifically, Aciphex®, Dexilant™, Lansoprazole, Prevacid®,

Prilosec® Packets, Protonix® suspension, Zegerid®, and omeprazole/sodium bicarbonate (generic for Zegerid) are not covered unless you first get approval through a coverage review. The PPI medications omeprazole, pantoprazole, and Nexium® will continue to be covered without a review. You'll pay only the Copayment when filling these prescriptions.

OxyContin ER will require alternative step therapies on long-acting generic medications, such as Morphine ER, Oxymorphone ER, Fentanyl patches etc., before use. Exceptions are made for cancer patients.

If you fill or refill a prescription for one of these medications without pre-approval, you will have to pay the full cost of the medication instead of just a Copayment.

If you're taking one of these medications and don't want to pay the full cost, here are some options:

- Ask your doctor to consider changing your prescription to one that doesn't require a review.
- Your lowest-cost option may be a 90-day prescription from the Express Scripts Pharmacy®. The Express Scripts Pharmacy will mail your prescription right to you, and standard shipping is free.
- If your doctor believes that there are special reasons you should continue using your current medication, he/she can request a coverage review by calling (800) 417-1764, 8:00 a.m. to 9:00 p.m., EST.

Coverage Limitations

For most prescription drugs, the Plan provides coverage in quantities up to a 30-day supply at retail pharmacies and up to a 90-day supply through the mail-order pharmacy. However, coverage for certain prescription drug categories will have quantity limits and be subject to specific coverage requirements. These limits are based upon FDA-approved prescribing and safety information, clinical guidelines and uses considered reasonable, safe and effective.

If you fill a prescription that exceeds the quantity limit, you will be responsible for the cost of the additional medicine. If special circumstances exist, your physician may request a review for additional coverage.

The following is a list of drugs that currently have quantity limitations or coverage requirements. Generic forms of the prescription medications listed are subject to the same quantity limitations and coverage requirements. The list of drugs with quantity limitations or coverage requirements is subject to change. Contact Express Scripts at (800) 711-0917 for up-to-date information.

Examples of Prescription Drugs with Quantity Limitations and/or Coverage Requirements:		
Drug Category	Drug Name	Quantity Limitation or Coverage Requirement
ERECTILE DYSFUNCTION	Caverject (alprostadil) Cialis (tadalafil) Edex (alprostadil) Levitra, Staxyn (vardenafil) MUSE (alprostadil) Viagra (sildenafil citrate)	Quantity Limitation
HYPNOTICS	Ambien, Ambien CR (zolpidem) Edluar (zolpidem) Intermezzo (zolpidem) Lunesta (eszopiclone) Rozerem (ramelteon) Silenor (doxepin) Sonata (zaleplon) Zolpimist (zolpidem)	Quantity Limitation
MIGRAINE THERAPY	Amerge (naratriptan) Axert (almotriptan) Frova (frovatriptan) Imitrex, Imitrex SR, Imitrex Injectable (sumatriptan) Maxalt, Maxalt MLT (rizatriptan) Migranal NS (dihydroergotamine) Relpax (eletriptan) Sumavel (sumatriptan) Treximet (sumatriptan/naproxen) Zomig (zolmitriptan)	Quantity Limitation
NARCOTIC ANALGESICS	Abstral (fentanyl) Actiq (fentanyl) Fentora (fentanyl) Lazanda (fentanyl) Onsolis (fentanyl) Duragesic (fentanyl) Oxycontin (Oxycodone) Combination Narcotics Oxymorphone Hydromorphone	Quantity Limitation
NON NARCOTIC ANALGESICS	Conzip ER (tramadol) Ryzolt (tramadol) Ultram ER (tramadol)	Quantity Limitation

Expenses Not Covered

The following prescription drug benefits are not covered

- Drugs and/or medications:
 - Obtained after the date your coverage ends;
 - Filled for more than a 30-day supply at a retail pharmacy or a 90-day supply through mail order;
 - That are experimental and/or investigational, which means they are not approved by the FDA and are not legally available for distribution;
 - For which your cost is equal to or less than the Copayment;
 - Received while confined in a Hospital (however, these costs may be covered by the Plan's Hospital and Medical Benefits);
 - Dispensed for a purpose other than the treatments recommended by the FDA;
 - Prescribed as a result of an Injury or Illness covered by Workers' Compensation; or
 - Intended as nutritional or diet supplements.
- Refills exceeding the number your physician prescribes;
- Refills more than one year after the date of the original prescription;
- Non-legend (over-the-counter) drugs or medications, except for aspirin, and other Provider-required preventive medications;
- Immunization agents, vaccines, biological sera, blood or blood plasma (however, these may be covered by the Plan's medical benefits);
- Fertility medications;
- Growth hormones, except when Medically Necessary and pre-authorized;
- Alcohol wipes;
- Retin-A, except when Medically Necessary;
- Vitamins available without a doctor's prescription;
- Syringes for dispensing prescribed medication (these are covered by the Plan as medical supplies);
- Select Compounded Medications when there is no proven use or for drugs that have alternative commercially available products;
- Zohydro ER; and
- Lovaza, Vascepa.

Clinical Intervention

Express Scripts provides a clinical intervention process to help guard against drug interaction problems that can occur, for example, when different medications are prescribed by more than one physician. A registered pharmacist will discuss alternative medications with your doctor and notify you of any change in your prescribed medication. However, your doctor makes the final decision on all of your prescribed medications. A clinical intervention pharmacist may also (1) suggest changing to a preferred drug or (2) call your doctor if the prescription instructions are different from the drug manufacturer's instructions.

DENTAL COVERAGE

Regular dental care is the single most important factor in maintaining healthy teeth and gums. That's why the Plan offers comprehensive dental coverage. We don't want you to postpone routine dentist visits until you develop a serious dental problem.

The Plan's dental program offers two options. You may seek care from a Sele-Dent Dental Network dentist, or you may select an Out-of-Network dentist.

The maximum annual benefit for dental services is \$1,500 per person, excluding orthodontia. Orthodontia has a separate lifetime limit of \$4,400 per person.

Using Sele-Dent Dental

Sele-Dent Dental is comprised of a network of participating dental professionals who have agreed to provide services at a predetermined schedule of reduced fees. With Sele-Dent, you seek care from among a group of pre-approved dentists and Specialists. Many dental services are covered in full, while others require you to make a Copayment at the time of service. So you know what you will have to pay in advance of going to the dentist, an up-to-the-minute schedule of Copayments is available from Sele-Dent. You will most likely have more paid-in-full dental benefits when you use a participating Sele-Dent dentist than when you use a non-participating dentist.

For a list of participating dental Providers, you may contact Sele-Dent at (800) 520-3368. For eligibility, or a breakdown of dental benefits, you may call C&R Consulting, Inc. at (212) 395-9339 or (866) 320-3807.

Using Your Own Dentist

You also have the freedom to select any licensed dentist of your choice. For all covered services, the Plan sets a maximum benefit, and it then pays your dentist's charge up to this predetermined limit. A schedule of fee limits set by the Plan is available from Sele-Dent.

Filing Claims

All claims and receipts for reimbursement should be submitted to:

C&R Consulting, Inc.
1501 Broadway, Suite 1724
New York, NY 10036

What's Not Covered

The following is a partial list of dental services that are not covered:

- Medically unnecessary dental care
- Dental care received before your benefits start
- Treatment of an occupational Injury or Illness covered by Workers' Compensation or a similar program
- Orthodontia
- Dental care that is reimbursable through a public program
- Confinement in, or treatment received from a Hospital owned or operated by the U.S. government (unless for a charge that a person is legally required to pay without regard to the existence of insurance)
- Treatment that is normally provided without cost
- Cosmetic dentistry/procedures
- Services rendered by a dental Provider that are beyond the scope of the Provider's license
- Any part of a charge that exceeds the reasonable and customary charge or the maximum benefit limit set by the Plan
- Any charge that is reimbursable through no-fault automobile insurance
- Appliances or restorations used only to increase vertical dimensions
- Services not considered within the scope of normal or accepted dental practice
- Prosthetic devices in cases where teeth are restorable by other means
- Replacement of full or partial dentures more often than once every five years
- Treatment of temporomandibular joint syndrome (TMJ), and
- Replacement or repair of any appliance provided as part of the orthodontic treatment plan

VISION COVERAGE

The Plan pays up to \$100 per person (\$25 toward exam and \$75 toward glasses) per year, for the cost of eye examinations and eyeglasses for you and your covered dependents.

The Plan has an agreement with General Vision Services (“GVS”) to provide vision benefits at a discount if you use a location within their Provider network. Please contact the GVS for a list of optical Provider locations at (800) 847-4661.

How to File a Claim

All claims and receipts for reimbursement should be submitted to:

C&R Consulting, Inc.
1501 Broadway, Suite 1724
New York, NY 10036

If you have any questions, you can call C&R Consulting, Inc. at (212) 395-9339 or (866) 320-3807.

HEARING BENEFIT

You and your covered dependents are eligible for a hearing benefit once every four years. Although you may receive benefits from any hearing Provider, you will receive the highest level of coverage when you use the network of participating Providers affiliated with General Hearing Services (“GHS”).

Covered Services

Although all services at a network location are Covered Services, you may obtain benefits at any Provider with whom GHS has negotiated special discounts on your behalf. For a listing of participating Providers, call GHS at (888) 899-1447. Coverage is provided to you for a \$250 Copayment at a GHS Provider for the following:

- A hearing evaluation;
- A behind-the-ear, in-the-ear or otosonic hearing aid, or any comparable manufacturer’s hearing aid;
- A battery for your hearing aid, with a one-year guarantee; and
- Unlimited services of your hearing aid for one year.

If you select a hearing aid that is not part of the Plan’s package, you may have to make additional payments.

When you go to a Non-Participating Provider, you will have to pay for the services you receive and submit a claim to the Fund Office. The Plan will reimburse you the same amount it would have paid if you had gone to a network Provider, up to a maximum benefit of \$350 for each ear, one every four years.

How to File a Claim

Network Provider. All you have to do is provide your name and Social Security number to the network Provider. The Provider will submit the claim form to the Fund Office for payment.

Non-Network Provider. When you use a Provider that is not in the GHS network, you must pay the full fee and submit an itemized receipt to the Fund Office for reimbursement. Be sure to keep a copy of the itemized receipt for your own records.

LIFE INSURANCE

Life Insurance - \$10,000

If you die while you are covered by the Plan, your designated Beneficiary is entitled to \$10,000 of term Life Insurance coverage through Amalgamated Life Insurance Company. The Life Insurance benefit is only for participants; there is no Life Insurance benefit for eligible dependents.

Designating a Beneficiary

You may designate any person as the Beneficiary of your Life Insurance benefit by completing a Beneficiary designation form and returning it to the Fund Office. Beneficiary designation forms are available from the Fund Office.

You may change your Beneficiary at any time by submitting a new Beneficiary designation form to the Fund Office. It is important to keep your Beneficiary designation up to date. You may want to review your Beneficiary designation when circumstances in your life change (e.g., marriage, divorce, birth or adoption of a Child, death of a Beneficiary). Please keep in mind that a divorce does not change your Beneficiary or invalidate your prior designation of your former spouse as Beneficiary for your benefit. If you are divorced and wish to change your Beneficiary, you must submit a new Beneficiary designation form to the Fund Office.

If you do not name a Beneficiary, or if your Beneficiary dies before you, your Life Insurance benefit will be paid to:

- Your surviving spouse or, if none,
- Your Children in equal shares or, if none,
- Your parents in equal shares or, if none,
- Your brothers and sisters in equal shares or, if none,
- Your estate.

Conversion

If your Life Insurance benefit under the Plan ends, you may be eligible to convert your group Life Insurance to an individual life policy without having to provide evidence of your good health. If you are interested in converting to an individual life policy, you should immediately contact the Fund Office to obtain an information form which you must complete and return to Amalgamated Life Insurance Company. An application form, your premium rates, and description of the conversion plan will then be mailed to you by Amalgamated Life. The application and first premium payment must be received by Amalgamated Life Insurance Company within 31 days of the termination of your group Life Insurance benefits.

ACCIDENTAL DEATH & DISMEMBERMENT BENEFIT

The Accidental Death & Dismemberment (“AD&D”) benefit is provided by Amalgamated Life Insurance Company. This policy pays a benefit if, as the result of an accident while you are an Active Employee, you sustain a serious Injury or die within 365 days of the accident. There is no AD&D coverage for your dependents.

In the event of your death due to a covered accident, AD&D benefits are payable in addition to those available under your Life Insurance coverage.

The maximum amount that can be paid under the AD&D policy for all losses is \$10,000. This amount is known as the “principal sum.”

For Loss of:	The Benefit is:
Life	\$10,000 (Principal Sum)
Both hands or both feet	\$10,000 (Principal Sum)
Sight of both eyes	\$10,000 (Principal Sum)
One hand and One Foot	\$10,000 (Principal Sum)
One hand or One Foot and Sight of One Eye	\$10,000 (Principal Sum)
One hand	\$5,000 (50% of Principal Sum)
One foot	\$5,000 (50% of Principal Sum)
Sight of one eye	\$5,000 (50% of Principal Sum)

If more than one loss is suffered in the same accident, payment will be made only for the loss for which the largest amount is payable.

NOT COVERED

No benefits will be paid for losses resulting from or caused directly or indirectly by:

1. Suicide
2. Bacterial infection (except pyogenic infections resulting solely from Injury)
3. Medical or surgical treatment (except medical or surgical treatment made necessary solely by Injury)
4. War or any act of war
5. Injury sustained while engaged in or taking part in aeronautics and/or aviation of any description or resulting from being in an aircraft except while a fare-paying passenger in any aircraft then licensed to carry passengers
6. Committing a felony
7. Intentionally self-inflicted Injury

SHORT-TERM DISABILITY

Weekly Disability Benefits

Weekly disability benefits are payable by the Plan to a participant who is actively at work and who becomes disabled to the extent that he/she is unable to perform any of the usual and customary duties with an employer subject to the following conditions. This benefit is not available to dependents.

Procedural Conditions

The following conditions apply to Weekly Disability Benefits:

1. An initial claim form must be completed and received by the Fund Office within 90 days from the beginning of the disability. This form may be obtained from the Fund Office.
2. Continuation forms are sent to you every four weeks (or as needed) and must be returned within two weeks of the date sent by the Fund Office. If your continuation form is not returned on time, you will not receive any additional Weekly Disability benefits for that disability.
3. The disability must be verified in writing on the claim form by a Physician legally licensed to practice medicine. You must be seen by a Physician either in his/her office, at your home, or at the Hospital.
4. All questions on the claim form must be answered. Incomplete forms will be returned for completion. No copies or fax transmissions will be accepted. The Fund Office must receive an original claim form.
5. No disability will be considered as beginning more than three days prior to the first visit to a Physician during the disability period. Telephone consultations will not be accepted. In addition, the disability cannot be considered as beginning until after the eighth day that you are unable to work due to Illness or an Injury.
6. Requests for additional information from the Plan must be returned within two weeks from the date mailed by the Plan. The fact that a claim for benefits from a source other than the Plan has been filed or is pending does not excuse these reporting requirements (i.e., Workers' Compensation or auto insurance).

Limitations

The following limitations apply to Weekly Disability Benefits:

- Benefits are not payable if the disability is due to an accident or sickness:
 - Sustained on any job (if you have a Workers' Compensation claim, you should notify your employer immediately).
 - Caused by an act of war.
 - For which some other person or entity pays or is responsible.

- Benefits are not payable if the disability results from a self-inflicted Injury or Illness or was sustained in the commission of a crime, including the use of illegal substances.
- If you recover from a disability and return to work and then suffer a relapse related to the same disability within three months (two weeks in N.J.), the second period of disability will be considered as a continuation of the first period of disability. If the two periods of disability are separated by more than three months during which you are not absent from work because of disability, the second period of disability will be considered separately.
- An initial claim form must be filed for any recurrence of a disability regardless of the length of time you returned to work. Continuation forms are not acceptable.
- The Plan may have a medical professional examine you as often as the Plan may reasonably require during pendency of the claim.
- Lack of knowledge of coverage does not excuse these requirements.
- No benefits will be paid to any participant who owes money to the Plan. Failure to repay amounts owed may result in suspension of certain benefits. Subsequent amounts payable under the Weekly Disability benefit may be deducted from amounts owed.

When Benefits Begin

Benefits begin on the eighth day that you are unable to work due to an Illness or Injury. Benefits are payable for as long as you remain disabled, up to a maximum of 26 weeks of disability in any 52-week period.

Amount of Benefits and Duration

The weekly benefit amount and maximum number of weeks is determined by State law governing the plan of disability income benefits under which you are covered. As of April of 2016, the maximum weekly benefit in New York is \$170 and the weekly benefit in New Jersey is \$615.

Tax Issues

A form reporting the total benefits paid in a calendar year will be provided to you each year by the Plan. If you also receive Short Term Disability coverage from your employer, they should also provide a form. A copy will be sent to the Internal Revenue Service. Contact the Fund Office for further information regarding possible tax consequences including Social Security tax, Medicare tax (FICA), and federal unemployment taxes (FUTA).

CLAIMS AND APPEALS PROCEDURES

This section describes the procedures for filing claims for benefits, and the procedures for you to follow if your claim is denied in whole or in part and you wish to appeal the decision. The procedures will vary depending on the type of claim. The Plan has contracted with a number of health organizations (“Health Organization”) to administer different benefits.

What Is a Claim

A claim is a request for benefits made in accordance with the Plan’s claims procedures.

What is not a Claim:

- A request for prior approval of a benefit that does not require prior approval by the Plan.
- An inquiry about Plan eligibility that does not request benefits.
- A request for verification of whether a particular service is covered under the Plan.
- The presentation of a prescription to a pharmacy to be filled under the terms of the Plan.
- A request made by someone other than the claimant or his/her authorized representative.

How to File a Claim

A claim form may be obtained from the Fund Office by calling (212) 366-7880 or from the specific Health Organization listed on pages 72 and 73. The claim form should be completed in its entirety and submitted to the appropriate Health Organization. If a claim is filed improperly or is incomplete, the request will not constitute a claim under these procedures.

You will only receive notice of an improperly filed claim if the claim includes (i) your name, (ii) your specific medical condition or symptom and (iii) a specific treatment, service or product for which approval is requested. Check the claim form to be certain that all applicable portions of the form are completed. Include with the claim form any Itemized Bills if services have already been provided to you or any documentation requested to verify your claim. If the claim forms are returned to you for additional information, delays in processing the claim will result.

A claim form that is incorrectly sent to the Fund Office will be redirected to the appropriate Health Organization. The applicable timeframe for processing the claim will begin to run from the date the claim is received at the appropriate Health Organization.

Authorized Representatives

An authorized representative, such as your spouse, may complete the claim form for you if you have previously designated the individual to act on your behalf. A form can be obtained from the Fund Office to designate an authorized representative. The Plan may request additional information to verify that this person is authorized to act on your behalf. If you designate an authorized representative, all notices will be provided to you through your authorized representative.

When Claims Must Be Filed

All claims, except Life Insurance claims, must be filed in writing by no later than 18 months after the date the charges were incurred. If you are a Medicare ESRD participant for which this Plan pays secondary to Medicare, claims should be filed within 365 days of the date on the Medicare Explanation of Benefits. Any claims not filed within these time periods may be denied.

Life insurance claims must be filed in writing no later than 730 days (two years) after the date of death.

Claims should be filed in writing as soon as possible after the date the charges are incurred. Your claim will be considered to have been filed as soon as it is received by the Health Organization that is responsible for making the initial determination of the claim. Urgent Care claims must be submitted by telephone to the appropriate Health Organization.

Where to Submit Your Initial Claim

When you receive hospital, medical, behavioral health, prescription drug, and dental services from an in-network or participating Provider, the Provider will submit a claim on your behalf. When you incur expenses for these services from an Out-of-Network or non-participating Provider, **you** are responsible for submitting a claim to the appropriate Healthcare Organization.

Hospital, medical and behavioral health claims must be submitted to:

Anthem BCBS
P.O. Box 3877
Church Street Station
New York, NY 10036

Dental and vision claims (with copy of receipts) must be submitted to:

C&R Consulting
1501 Broadway, Suite 1724
New York, NY 10036

Prescription drug claims must be submitted to:

Express Scripts
1 Expressway
St. Louis, MO 63121

Weekly Disability and hearing claims must be submitted to:

Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Life insurance and Accidental Death & Dismemberment claims must be submitted to:

Amalgamated Life
333 Westchester Avenue
White Plains, NY 10604-2910

Notice of Decision

The applicable Healthcare Organization will review the claim for payment and you will receive a notice on an Explanation of Benefits (“EOB”) form that will advise you of the determination, the specific reason(s) for the determination, and a description of the appeal procedures and applicable time limits.

Appeals

Appeals Process

Except as described below, if your Hospital, medical, behavioral health, vision, dental, or hearing claim is denied in whole or in part, or if you disagree with the initial decision made on a claim, you may file an appeal. Appeals must be submitted to the Board of Trustees at:

Board of Trustees
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

The appeal procedures for prescription drug, Life Insurance, and Accidental Death & Dismemberment claims are handled by Express Scripts and Amalgamated Life Insurance Company respectively. These procedures are described later in this section.

For appeals of Hospital, medical, or behavioral health claims that required precertification through the Medical Management Program and which have been denied on the ground that the service does not meet Medical Necessity, there is a two-level appeal procedure. The first level appeal should be filed with Alicare, which administers the Medical Management Program. Send the appeal to the following address:

Attn: Appeals Department
8C Industrial Way
Salem, New Hampshire 03079

Follow up questions can be addressed by phone at (800) 332-5426. However, your appeal should be sent in by mail first.

If Alicare denies your first level appeal, you may file a second level appeal to the Board of Trustees at:

Board of Trustees
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Your second level appeal to the Board of Trustees must be filed within 60 days of your receipt of Alicare's denial of your first level appeal.

How to File an Appeal

Your appeal must be made in writing within 180 days after you receive notice of denial of your claim. If the appeal is not submitted within this timeframe, the initial decision will stand.

Your Rights in the Appeal Process

- You have the right to review, free of charge, documents, records or other information relevant to your claim. A document, record or other information is relevant if it was relied upon in making the decision; it was submitted, considered or generated (regardless of whether it was relied upon); it demonstrates compliance with the Plan's administrative processes for ensuring consistent decision-making; or it constitutes a statement of Plan policy regarding the denied treatment or service.
- The appeal will be reviewed by an appropriate named fiduciary who is not the individual who initially denied your claim.
- The reviewer will not give deference to the initial adverse benefit determination. The decision will be made on the basis of the record, including additional written documents, records and comments that you may submit.

- If your claim was denied on the basis of a medical judgment (such as a determination that the treatment or service was not Medically Necessary, or was investigational or experimental), a health care professional who has appropriate training and experience in a relevant field of medicine will be consulted.
- The health care professional shall be an individual who is neither the individual who was consulted in connection with your original appeal or the subordinate of such individual.
- Upon request, you will be provided with the identification of medical or vocational experts, if any, that gave advice to the Plan on your claim, without regard to whether their advice was relied upon in deciding your claim.

Appeals heard by the Board of Trustees. Decisions on appeals will be made by the Board of Trustees at the next regularly scheduled meeting of the Board of Trustees, following receipt of your written appeal. However, if your appeal is received within 30 days of the next regularly scheduled meeting, your appeal will be considered at the second regularly scheduled meeting following receipt of your appeal. In special circumstances, a delay until the third regularly scheduled meeting following receipt of your appeal may be necessary if additional information such as medical records are requested. Once a decision on your appeal has been reached, you will be notified of the decision as soon as possible, but no later than five days after the decision has been reached. The decision by the Board of Trustees shall be final and binding on all parties except to the extent that an external review is available.

Appeals heard by Alicare. Decisions on first level appeals to Alicare will be made by Alicare's appeals department. As noted, if you are not satisfied with the result of your appeal, you may make a second level appeal to the Board of Trustees.

Alicare will resolve appeals within the following timeframes:

- *Standard appeals:* Within 30 days of receiving all necessary information.
- *Expedited appeals:* (see section below for additional information on expedited appeals) Within 72 hours of receiving all necessary information.

There are two types of reviews performed by Alicare:

- Concurrent Reviews will be completed within 24 hours. These are reviews for services that have not yet been provided and for which pre-certification is sought.
- Retrospective Reviews are conducted if a claimant fails to pre-certify. In this case, Alicare will review the entire record within 30 days

Expedited Appeals to Aicare

You can file an expedited Appeal and receive a quicker response from Aicare if:

- You want to continue health care services, procedures or treatments that have already started.
- You need additional care during an ongoing course of treatment.
- Your Provider believes an immediate appeal is warranted because delay in treatment would pose an imminent or serious threat to your health or ability to regain maximum function, or would subject you to severe pain that cannot be adequately managed without the care or treatment that is the subject of the claim.

Expedited Appeals may be filed by telephone and in writing.

Please note that appeals of claims made after the service has been provided cannot be expedited. When you file an expedited appeal, Aicare will respond as quickly as possible given the medical circumstances of the case, subject to the following maximum timeframes:

- You or your Provider will have reasonable access to Aicare's clinical reviewer within one business day of Aicare's receipt of the request.
- Aicare will make a decision within two business days of receipt of all necessary information but in any event within 72 hours of receipt of the appeal.
- Aicare will notify you immediately of the decision by telephone, and within 48 hours in writing.

Disability claims. Decisions on appeals involving disability claims will be reached within 45 days of your appeal. However, in special circumstances, up to an additional 45 days may be necessary to reach a final decision on a disability claim. You will be advised in writing within the 45 days after receipt of your appeal if an additional period of time will be necessary to reach a final decision on your disability claim.

Notice of Decision on Appeal

The decision on any appeal of your claim will be in writing. The notice of a denial of an appeal will state:

- The specific reason(s) for the determination.
- Reference to the specific Plan provision(s) on which the determination is based.
- A statement that you are entitled to receive reasonable access to and copies of all documents relevant to your claim, upon request and free of charge.
- A statement of your right to bring a civil action under Section 502(a) of the Employee Retirement Income Security Act of 1974 ("ERISA") following an adverse benefit determination on appeal.
- If an internal rule, guideline or protocol was relied upon by the Plan, you will receive either a copy of the rule or a statement that it is available upon request at no charge.

- If the determination was based on Medical Necessity, or because the treatment was experimental or investigational, or other similar exclusion, you will receive an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination applying the terms of the Plan to your claim, or a statement that it is available upon request at no charge.

External Review of Certain Types of Claims

If your appeal is denied, you may be eligible for an independent External Review pursuant to Federal law. Claims that involve (1) medical judgment or (2) a rescission of coverage are eligible for External Review. Some examples of situations in which a claim is considered to involve medical judgment include adverse benefit determinations (full or partial claim denials) based on Alicare's requirements for Medical Necessity, appropriateness, health care setting, level of care or effectiveness of a covered benefit, or based on Alicare's determination that a treatment is experimental or investigational.

You must file a request for external review with the Plan within four months after the date you receive notice of Alicare's or the Board of Trustees' decision denying your appeal. The Plan will conduct a preliminary review and will notify you within five business days whether you are eligible for external review, or whether the Plan needs more information or materials from you to make its decision. If the Plan does need more information or materials, you will have until the later of the end of the four-month period that began on the day you received notice of the Board of Trustees' denial or within the 48-hour period following the day you were notified that more information or materials were required.

If your claim is accepted for external review, the Plan will refer your claim to an Independent Review Organization (IRO), and the IRO will notify you of its decision. You will then have 10 business days to provide the IRO with any additional information you want it to consider. The IRO is not required to accept any information from you more than 10 business days after you receive notice, but it may decide to do so. The Plan will have five business days after your claim is assigned to an IRO within which to provide the IRO with all the documents and information to be considered in reviewing your claim. If the Plan fails to do so, the IRO may decide to reverse the benefit denial, in which case it will notify you and the Plan within one business day after making this decision. The IRO will forward to the Plan any information you provide. The Plan may then decide to reverse its denial, in which case the Plan will notify you within one business day of such a decision.

If the denial of your claim is not reversed as described in the paragraph above, the IRO will provide you and the Plan with written notice of its decision on your claim within 45 days after it receives the request for external review. The IRO is not bound by the Plan's decision or conclusions regarding your claim. The notice will contain:

- A description of the reason for the request for external review;
- The date the IRO received the request from the Plan;
- References to the evidence and documentation used in reviewing the claim;
- A discussion of the reason(s) for the decision;
- A statement that the IRO's decision is binding except to the extent other remedies are available to you or the Plan under applicable law; and
- A statement that judicial review of the decision may be available to you.

Once the IRO notifies the Plan that it has reversed the denial of benefits, the Plan must immediately provide coverage or payment for the claim. The IRO must maintain records of your claim for six years and make the records available to you for inspection on your request.

Expedited External Review

You are entitled to request an expedited external review without first appealing to Aicare or the Board of Trustees if you want to appeal an urgent care claim after the Plan's initial denial of a Pre-Service Claim and if the claim involves a medical condition for which the time frame for an appeal to the Board of Trustees would seriously jeopardize your life or health or your ability to regain maximum function. If the Board of Trustees has already denied an appeal for such a claim, you are still entitled to request an expedited external review, and are also entitled to make such a request if the decision concerns an admission, availability of care, or continued stay for which you have received emergency services and have not been discharged from a Facility. You are also entitled to, free of charge, any new or additional evidence considered by the Plan, relied upon or generated by the plan in the denial, and any new or additional rationale for the denial.

Once you have requested an expedited external review, the Plan will immediately determine whether your claim is eligible for expedited external review and immediately send you notice of its decision or whether the Plan needs more information or materials from you to make its decision. If your claim is eligible for expedited external review, the Plan will assign the claim to an IRO and expeditiously provide the IRO all documents and information considered in denying the claim. The IRO must make a decision no later than 72 hours after it receives the request. If the notice is not in writing, the IRO must provide written confirmation to you and the Plan within 48 hours after providing the initial notice. The IRO's decision is binding, except to the extent it is reviewable under applicable law.

How to File an Appeal for Prescription Drug Claims

Coverage Review Description

You have the right to request that a medication be covered or be covered at a higher benefit (e.g. lower copay, higher quantity, etc.). The first request for coverage is called an initial coverage review. Express Scripts reviews both clinical and administrative coverage review requests:

Clinical coverage review: A request for coverage of a medication that is based on clinical conditions of coverage that are set by the Plan, such as medications that require a prior authorization.

Administrative coverage review: A request for coverage of a medication that is based on the Plan's benefit design, such as request for coverage of a Plan-excluded drug, or a request to lower the Copayment of a drug when the Plan does not allow any exceptions.

How to Request an Initial Coverage Review

The preferred method to request an initial clinical coverage review is for the prescriber to submit the prior authorization request electronically. Alternatively, the prescriber or dispensing Pharmacist may call the Express Scripts Coverage Review Department at (800) 753-2851 or the prescriber may fax a completed coverage review form to (877) 329-3760. Forms may be obtained online at www.Express-Scripts.com/services/physicians/. Home Delivery coverage review requests are automatically initiated by the Express Scripts Home Delivery pharmacy as part of filling the Prescription.

To request an initial administrative coverage review, you or your representative must submit the request in writing to Express Scripts Attn: Benefit Coverage Review Department, PO Box 66587, St Louis, MO 63166-6587.

If the patient's situation meets the definition of urgent under the law, an urgent review may be requested and will be conducted as soon as possible, but no later than 72 hours from receipt of request. In general, an urgent situation is one that, in the opinion of the patient's Provider, the patient's health may be in serious jeopardy or the patient may experience severe pain that cannot be adequately managed without the medication while the patient waits for a decision on the review. If the patient or Provider believes the patient's situation is urgent, the expedited review must be requested by the Provider by phone at (800) 753-2851.

How a Coverage Review is Processed

In order to make an initial determination for a clinical coverage review request, the prescriber must submit specific information to Express Scripts for review. For an administrative coverage review request, you must submit information to Express Scripts to support the request. The initial determination and notification to patient and prescriber will be made within the specified timeframes as follows:

<u>Type of claim</u>	<u>Decision Timeframe</u> Decisions are completed as soon as possible from receipt of request but no later than:	<u>Notification of Decision</u>	
		Approval	Denial
Standard Pre-Service*	15 days (Retail) 5 days (home delivery)	<u>Patient:</u> automated call (letter if call not successful)	<u>Patient:</u> letter
Standard Post-Service*	30 days	<u>Prescriber:</u> fax (letter if fax not successful)	<u>Prescriber:</u> fax (letter if fax not successful)
Urgent	72 hours**	<u>Patient:</u> automated call and letter <u>Prescriber:</u> fax (letter if fax not successful)	<u>Patient:</u> live call and letter <u>Prescriber:</u> fax (letter if fax not successful)

*If the necessary information needed to make a determination is not received from the prescriber within the decision timeframe, a letter will be sent to the patient and prescriber informing them that the information must be received within 45 days or the claim will be denied.

**Assumes all information necessary is provided. If necessary information is not provided within 24 hours of receipt, a 48-hour extension will be granted.

How to Request a Level 1 Appeal or Urgent Appeal after an Initial Coverage Review has been Denied

When an initial coverage review has been denied, an appeal may be submitted within 180 days from receipt of notice of the initial denial. To initiate an appeal, the following information must be submitted by mail or fax to the appropriate department for clinical or administrative review requests:

- Name of patient
- Member ID
- Phone number
- The drug name for which benefit coverage has been denied
- Brief description of why the claimant disagrees with the initial adverse benefit determination
- Any additional information that may be relevant to the appeal, including prescriber statements/letters, bills or any other documents

Clinical appeals: Express Scripts
Attn: Clinical Appeals Department
PO Box 66588, St Louis, MO 63166-6588
Fax (877) 852-4070

Administrative appeal requests: Express Scripts
Attn: Administrative Appeals Department
PO Box 66587 St Louis, MO 63166-6587
Fax (877) 328-9660

If the patient's situation meets the definition of urgent under the law, an urgent appeal may be requested and will be conducted as soon as possible, but no later than 72 hours from receipt of request. In general, an urgent situation is one that, in the opinion of the patient's Provider, the patient's health may be in serious jeopardy or the patient may experience severe pain that cannot be adequately managed without the medication while the patient waits for a decision on the review. If the patient or Provider believes the patient's situation is urgent, the expedited review must be requested by phone or fax:

Clinical appeals: Phone (800) 753-2851
Fax (877) 852-4070

Administrative appeals: Phone (800) 946-3979
Fax (877) 328-9660

Urgent claims and appeals submitted by mail will not be considered for urgent processing unless a subsequent phone call or fax identifies the appeal as urgent.

How a Level 1 Appeal or Urgent appeal is processed

Depending on the type of appeal, appeal decisions are made by an Express Scripts Pharmacist, Physician, panel of clinicians, or trained prior authorization staff member.

Appeal decisions and notifications are made as follows:

<u>Type of Appeal</u>	<u>Decision Timeframe</u> Decisions are completed as soon as possible from receipt of request but no later than:	<u>Notification of Decision</u>	
		Approval	Denial
Standard Pre-Service	15 days	<u>Patient:</u> automated call (letter if call not successful)	<u>Patient:</u> letter
Standard Post-Service	30 days	<u>Prescriber:</u> fax (letter if fax not successful)	<u>Prescriber:</u> fax (letter if fax not successful)
Urgent*	72 hours	<u>Patient:</u> automated call and letter <u>Prescriber:</u> fax (letter if fax not successful)	<u>Patient:</u> live call and letter <u>Prescriber:</u> fax (letter if fax not successful)

*If new information is received and considered or relied upon in the review of the appeal, such information will be provided to the patient and prescriber together with an opportunity to respond prior to issuance of any final adverse determination.

The decision made on an urgent appeal is final and binding. In the urgent care situation, there is only one level of appeal prior to an external review.

How to Request a Level 2 Appeal after a Level 1 Appeal has been Denied

When a level 1 appeal has been denied, a request for a level 2 appeal may be submitted within 90 days from receipt of notice of the level 1 appeal denial. To initiate a level 2 appeal, the following information must be submitted by mail or fax to the appropriate department for clinical or administrative review requests:

- Name of patient
- Member ID
- Phone number
- The drug name for which benefit coverage has been denied
- Brief description of why the claimant disagrees with the adverse benefit determination
- Any additional information that may be relevant to the appeal, including prescriber statements/letters, bills or any other documents

Clinical appeals: Express Scripts
Attn: Clinical Appeals Department
PO Box 66588, St Louis, MO 63166-6588
Fax (877) 852-4070

Administrative appeals: Express Scripts
Attn: Administrative Appeals Department
PO Box 66587, St Louis, MO 63166-6587
Fax (877) 328-9660

If the patient's situation meets the definition of urgent under the law, an urgent appeal may be requested and will be conducted as soon as possible, but no later than 72 hours from receipt of request. In general, an urgent situation is one that, in the opinion of the patient's Provider, the patient's health may be in serious jeopardy or the patient may experience severe pain that cannot be adequately managed without the medication while the patient waits for a decision on the review. If the patient or Provider believes the patient's situation is urgent, the expedited review must be requested by phone or fax:

Clinical appeals: **Phone (800) 753-2851**
Fax (877) 852-4070

Administrative appeals: **Phone (800) 946-3979**
Fax (877) 328-9660

Urgent claims and appeals submitted by mail will not be considered for urgent processing unless a subsequent phone call or fax identifies the appeal as urgent.

How a Level 2 Appeal is Processed

Appeal decisions are made by an Express Scripts Pharmacist, Physician, or panel of clinicians.

Appeal decisions and notifications are made as follows:

<u>Type of Appeal</u>	<u>Decision Timeframe</u> Decisions are completed as soon as possible from receipt of request but no later than:	<u>Notification of Decision</u>	
		Approval	Denial
Standard Pre-Service	15 days	<u>Patient:</u> automated call (letter if call not successful)	<u>Patient:</u> letter
Standard Post-Service	30 days	<u>Prescriber:</u> fax (letter if fax not successful)	<u>Prescriber:</u> fax (letter if fax not successful)
Urgent*	72 hours	<u>Patient:</u> automated call and letter <u>Prescriber:</u> fax (letter if fax not successful)	<u>Patient:</u> live call and letter <u>Prescriber:</u> fax (letter if fax not successful)

*If new information is received and considered or relied upon in the review of the appeal, such information will be provided to the patient and prescriber together with an opportunity to respond prior to issuance of any final adverse determination.

When and How to Request an External Review

The right to request an independent external review may be available for an adverse benefit determination involving medical judgment, rescission, or a decision based on medical information, including determinations involving treatment that is considered experimental or investigational. Generally, all internal appeal rights must be exhausted prior to requesting an external review. The external review will be conducted by an independent review organization with medical experts that were not involved in the prior determination of the claim. The request must be received within four months of the date of the final Internal adverse benefit determination (If the date that is four months from that date is a Saturday, Sunday or holiday, the deadline will be the next business day.)

To submit an external review, the request must be mailed or faxed to Express Scripts.

Express Scripts
Attn: External Appeals Department
PO Box 66588
St. Louis, MO 63166-6588
Phone: (800) 753- 2851
Fax: (877) 852- 4070

How an External Review is Processed

Standard External Review: Express Scripts will review the external review request within five business days to determine if it is eligible to be forwarded to an IRO and the patient will be notified within one business day of the decision.

If the request is eligible to be forwarded to an IRO, the request will randomly be assigned to an IRO and the appeal information will be compiled and sent to the IRO within five business days of assigning the IRO. The IRO will notify the claimant in writing that it has received the request for an external review and if the IRO has determined that the claim involves medical judgment or rescission, the letter will describe the claimant's right to submit additional information within 10 business days for consideration to the IRO. Any additional information the claimant submits to the IRO will also be sent back to Express Scripts for reconsideration. The IRO will review the claim within 45 calendar days from receipt of the request and will send the claimant, the Plan and Express Scripts written notice of its decision. If the IRO has determined that the claim does not involve medical judgment or rescission, the IRO will notify the claimant in writing that the claim is ineligible for an external review.

Urgent External Review: Once an urgent external review request is submitted, the claim will immediately be reviewed to determine if it is eligible for an urgent external review. An urgent situation is one where in the opinion of the attending Provider, the application of the time periods for making non-urgent care determinations could seriously jeopardize the life or health or the ability for the patient to regain maximum function or would subject the patient to severe pain that cannot be adequately managed without the care or treatment that is the subject of the claim.

If the claim is eligible for urgent processing, the claim will immediately be reviewed to determine if the request is eligible to be forwarded to an IRO, and the claimant will be notified of the decision. If the request is eligible to be forwarded to an IRO, the request will randomly be assigned to an IRO and the appeal information will be compiled and sent to the IRO. The IRO will review the claim within 72 hours from receipt of the request and will send the claimant written notice of its decision.

How to File an Appeal for Life Insurance/Accidental Death & Dismemberment Claims

You have the right to appeal the rejection of a Life Insurance/Accidental Death & Dismemberment claim within 60 days of your receipt of a denial letter. An appeal must be addressed in writing to:

Amalgamated Life Insurance Co.
333 Westchester Avenue
White Plains, NY 10604
Attn: Life Insurance Appeals Committee

Please clearly state the name of the Plan, policy number, and appeal position in writing and attach any pertinent documentation.

Limitation on When and Where a Lawsuit May Be Started

You may not start a lawsuit to obtain benefits until you have requested a review and a final decision has been reached on review, or until the appropriate timeframe described above has elapsed since you filed an appeal and you have not received a final decision or notice that an extension will be necessary to reach a final decision

If you or your Beneficiary decides to take legal action following a denial of an appeal, the lawsuit must be filed within 365 days from the notice of the denial of the appeal. The lawsuit must be filed in the United States District Court for the Southern District of New York in New York County, New York.

WHEN YOU HAVE OTHER COVERAGE

The Plan has a Coordination of Benefits (“COB”) feature, which prevents duplication of payments when you or your eligible dependents have coverage under more than one group health plan (or Medicare). For example, duplication of coverage may arise when you or your dependents are covered by both this Plan as well as your spouse’s plan.

You should file claims under both plans to ensure that you receive all the benefits available to you. When you submit claims to the Plan, you must indicate other coverages. The Plan will then coordinate your benefits with your other coverages.

Where there are multiple coverages, the plan that is primarily responsible for paying a person’s medical expenses is the “primary” plan for that person. As primary, it pays benefits first before any other plan. Plans that pay after the primary plan are “secondary.” Here are the rules for determining when a plan is primary or secondary.

- *If the other plan doesn’t have a COB provision*, the other plan is your primary coverage.
- *If the other plan has a COB provision...*
 - **For you**—this Plan is considered your primary plan.
 - **For your spouse**—the plan provided by his/her employer is primary.
 - **For your Children**—The “birthday rule” determines which plan (yours or your spouse’s) is primary. The plan covering the spouse whose birthday falls earlier in the year is primary for your Children. If you and your spouse have the same birthday, the plan covering you or your spouse the longest is primary. If the other plan doesn’t have the birthday rule, but uses a different rule based on gender, the father’s plan normally is primary.

If you have Children but are divorced, the plan covering the parent who has financial responsibility for the Child’s medical care is primary. If no court order assigns responsibility for the Child’s medical care, the plan covering the parent with legal custody is primary. If the custodial parent is remarried, the new spouse’s plan is secondary (provided he/she is an eligible dependent under the Plan). In the case of joint custody, the birthday rule applies.

If this Plan is secondary, you are entitled to reimbursement for any difference between:

- What this Plan would have paid had it been primary, and
- The amount actually paid by the primary plan.

For Example

Let's say your spouse has health coverage through his/her employer. Your spouse incurs \$1,000 in Hospital expenses.

Since your spouse has coverage through his/her employer, that plan is primary and it pays first. However, if your spouse's employer's plan only pays \$700 of the expense, while this Plan would cover \$800 of the cost if this Plan had been primary, your spouse would be entitled to benefits as follows:

\$800	Costs covered by this Plan
<u>(\$700)</u>	Benefits paid by your spouse's employer's plan
\$100	Benefits paid by this Plan

Coordination of Benefits (COB) with Medicare

Medicare is a federal health insurance program for persons age 65 or older, certain disabled persons younger than age 65, and those of any age with permanent kidney failure. If you continue working for a contributing employer beyond age 65, the Plan will remain your primary coverage for as long as your employment continues, even if you and/or an eligible dependent are eligible for Medicare coverage.

Medicare Coordination for End-Stage Renal Disease

If you or an eligible dependent are entitled to Medicare because of End-Stage Renal Disease ("ESRD"), this Plan pays first and Medicare pays second for 30 months starting the **earlier** of the month in which Medicare ESRD coverage begins or the first month in which the individual receives a kidney transplant. Then, starting with the 31st month after the start of Medicare coverage, Medicare pays first and this Plan pays second. If you or your eligible dependent are entitled to benefits under Medicare for ESRD, you will be deemed to have enrolled for purposes of determining which plan is primary and what benefits are payable by the Fund regardless of whether or not you or your eligible dependent has enrolled in Medicare. In other words, this Plan will pay benefits as if you have Medicare Parts A and Part B irrespective of whether you enroll in Medicare Parts A and Part B. If you or your eligible dependent are not entitled to Medicare, it is your responsibility to provide written documentation from Medicare showing that you timely applied for Medicare and that Medicare determined that you or your eligible dependent are not entitled to Medicare. Please note that your failure to timely apply for Medicare or to pay the required premiums to Medicare will not extend your primary coverage under this Plan.

Right to Recover

If the Plan makes payment for benefits that are in excess of expenses actually incurred or in excess of allowable amounts, due to error (for example, a clerical error) or fraud or for any other reason (for example, your failure to notify the Fund Office regarding a change in family status), the Plan reserves the right to recover such overpayment through whatever means are necessary, including, without limitation, termination of your coverage (or your dependents' coverage), deduction of the excess amounts from future claims and/or legal action.

SUBROGATION AND REIMBURSEMENT

These provisions apply when the Plan pays benefits as a result of Injuries or Illnesses you sustained for which you have a right to a Recovery or have received a Recovery from any source. A "Recovery" includes, but is not limited to, monies received from any person or party, any person's or party's liability insurance, uninsured/underinsured motorist proceeds, Worker's Compensation insurance or fund, "no-fault" insurance and/or automobile medical payments coverage, whether by lawsuit, settlement or otherwise. Regardless of how you or your representative or any agreements characterize the money you receive as a Recovery, it shall be subject to these provisions.

Subrogation

The Plan has the right to recover payments it makes on your behalf from a party responsible for compensating you for your Illnesses or Injuries. When a right to recovery exists, the following will apply:

- The Plan has first priority from any Recovery for the full amount of benefits it has paid regardless of whether you are fully compensated, and regardless of whether the payments you receive make you whole for your losses, Illnesses and/or Injuries.
- You and your legal representative must do whatever is necessary to enable the Plan to exercise the Plan's rights and do nothing to prejudice those rights.
- In the event that you or your legal representative fail to do whatever is necessary to enable the Plan to exercise its subrogation rights, the Plan shall be entitled to deduct the amount the Plan paid from any future benefits under the Plan.
- The Plan has the right to take legal action against any person, party or entity to recover the benefits paid under the Plan.
- The Plan has the right to terminate coverage against any Participant and his/her eligible dependents for failure to comply with the Plan's subrogation requirements.
- To the extent that the total assets from which a Recovery is available are insufficient to satisfy in full the Plan's subrogation claim and any claim held by you, the Plan's subrogation claim shall be first satisfied before any part of a Recovery is applied to your claim, your attorney fees, other expenses or costs.
- The Plan is not responsible for any attorney fees, attorney liens, other expenses or costs you incur without the Plan's prior written consent. The "common fund" doctrine does not apply to any funds recovered by any attorney you hire regardless of whether funds recovered are used to repay benefits paid by the Plan.

Reimbursement

If you obtain a Recovery and the Plan has not been repaid for the benefits the Plan paid on your behalf, the Plan shall have a right to be repaid from the Recovery the amount of the benefits paid on your behalf and the following provisions will apply:

- You must reimburse the Plan from any Recovery to the extent of benefits the Plan paid on your behalf regardless of whether the payments you receive make you whole for your losses, illnesses and/or injuries.
- Notwithstanding any allocation or designation of your Recovery (e.g., pain and suffering) made in a settlement agreement or court order, the Plan shall have a right of full recovery, as permitted by applicable law, in first priority, against any Recovery. Further, the Plan's rights will not be reduced due to your negligence.
- You and your legal representative must hold in trust for the Plan the proceeds of the gross Recovery (i.e., the total amount of your Recovery before attorney fees, other expenses or costs) to be paid to the Plan immediately upon your receipt of the Recovery, as permitted by applicable law. You must reimburse the Plan, in first priority and without any set-off or reduction for attorney fees, other expenses or costs. The "common fund" doctrine does not apply to any funds recovered by any attorney you hire regardless of whether funds recovered are used to repay benefits paid by the Plan.
- If you fail to repay the Plan, the Plan shall be entitled to deduct any of the unsatisfied portion of the amount of benefits the Plan has paid or the amount of your Recovery, whichever is less, from any future benefit under the Plan if:
 - The amount the Plan paid on your behalf is not repaid or otherwise recovered by the Plan; or
 - You fail to cooperate.
- In the event that you fail to disclose the amount of your settlement to the Plan, the Plan shall be entitled to deduct the amount of the Plan's lien from any future benefit under the Plan or to terminate coverage under the Plan for you and your eligible dependents.
- The Plan shall also be entitled to recover any of the unsatisfied portion of the amount the Plan has paid or the amount of your Recovery, whichever is less, to the extent possible, directly from the Providers to whom the Plan has made payments on your behalf. In such a circumstance, it may then be your obligation to pay the Provider the full-billed amount, and the Plan will not have any obligation to pay the Provider or reimburse you.
- The Plan is entitled to reimbursement from any Recovery in first priority, even if the Recovery does not fully satisfy the judgment, settlement or underlying claim for damages, fully compensate you, or make you whole.

OTHER IMPORTANT INFORMATION

Administering the Plan

Type of Administration

The Plan is maintained and administered by a joint Board of Trustees on which labor and management are equally represented. The Board of Trustees and the Plan Administrator have delegated certain administrative functions to Anthem BlueCross BlueShield (for In-Network medical benefits), Alicare (for the Medical Management Program), C&R Consulting (for Medical, Dental, and Vision benefits claims, and general questions), Express Scripts (for retail and mail order prescription drug benefits), and Amalgamated Life Insurance Company (for Life Insurance benefits and AD&D benefits).

The Fund Office handles the other day-to-day operations of the Plan. The Board of Trustees is responsible for making and enforcing Plan rules and it is responsible for interpreting the Plan provisions uniformly for all participants.

If you need to communicate with the Board of Trustees, please submit your written comments or requests to:

Board of Trustees
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

The telephone number is (212) 366-7880.

You can obtain a complete list of all the employers and labor organizations sponsoring the Plan (along with their mailing addresses) by writing to the Board of Trustees, or you can examine the list in person at the Fund Office.

Collective Bargaining Agreement(s)

The collective bargaining agreements and participation agreement(s) set forth the conditions under which employers are required to contribute toward the cost of the Plan, and the rates of contribution.

You may examine the collective bargaining agreements in person upon written request at the Fund Office during normal business hours, or you can request copies from the Plan Administrator. As allowed by law, you will be charged for the cost of reproduction.

Funding Source(s)

Contributions from employers are the primary source of financing for Plan benefits and administrative expenses. The rate at which each employer must contribute is set out in the applicable collective bargaining agreements and participation agreement(s). Additional income may also be generated by the portion of Plan assets that is invested.

Currently, the Plan does not require participants to contribute toward the cost of the Plan (with the exception of what is defined in some collective bargaining agreements and participation agreements, and what is required for continuing coverage under COBRA). Please be advised that this could change at any time in the future.

The medical and prescription drug benefits provided under the Plan are all self-insured benefits. This means that the Plan has not purchased insurance coverage(s) to guarantee the payment of these benefits and all such benefits are paid directly out of Fund assets.

Life insurance and AD&D benefits are payable in accordance with the provisions of the insurance policy issued by the insurer, and are guaranteed by the insurer. The insurer has full financial responsibility and liability for the payment of these benefits.

Method for Accumulating Plan Assets

All contributions and investment earnings are accumulated in a separate trust fund. Plan assets are invested according to guidelines and objectives adopted by the Board of Trustees in consultation with its investment consultant.

Future of the Plan

Interpreting the Plan

The Board of Trustees has the exclusive right, power, and authority, in its sole discretion, to administer, apply, and interpret the Plan, including this SPD and any other Plan documents, and to decide all matters that arise in the operation and administration of the Plan.

Without limiting the generality of the foregoing, the Board of Trustees has the sole and absolute authority to:

- Take all actions and make all decisions related to eligibility for, and the amount of, benefits under the Plan;
- Formulate, interpret, and apply rules, regulations, and policies necessary to administer the Plan in accordance with the terms of the SPD and any subsequent SMMs;

- Decide questions (both legal and factual) related to eligibility and the calculation and payment of benefits, and any other issues arising under the Plan;
- Resolve and/or clarify any ambiguities, inconsistencies, errors, and omissions arising under the official Plan documents including this SPD and any subsequent SMMs;
- Approve or deny benefit claims; and
- Determine the standard of proof required in any case.

This list is for illustration purposes only and is not meant to be exhaustive of the types of determinations and interpretations under the control of the Board of Trustees.

Any and all determinations and interpretations made by the Board of Trustees are final and binding on all participants, beneficiaries, and any other individuals claiming benefits.

Amending, Modifying or Terminating the Plan

The Board of Trustees reserves the right, in its sole discretion, to amend, modify or terminate the benefits provided under the Plan, in whole or in part, for any reason and at any time. If the Plan is amended, modified, or terminated, in whole or in part, the ability of participants and dependents to participate in the Plan and/or to receive benefits thereunder, as well as the type and amount of benefits provided under the Plan, may be modified or terminated.

Among other things, this shall empower the Board of Trustees to do the following:

- Change the eligibility rules;
- Diminish the amounts of benefits;
- Increase Deductibles, Copayments or Coinsurance;
- Eliminate particular types of benefits;
- Substitute certain benefits for others;
- Impose or decrease maximums on the amount of benefits payable;
- Require contributions or increase contributions from participants and beneficiaries as a condition of eligibility; and
- Terminate the Plan in its entirety.

All benefits provided under the Plan and eligibility rules:

- Are not guaranteed;
- May be changed or discontinued by the Board of Trustees at any time, in its sole and absolute discretion;
- Are subject to the rules and regulations adopted by the Board of Trustees; and
- Are subject to the Trust Agreement that establishes and governs the Plan's operations, the collective bargaining agreements, the participation agreements, and the Plan's contracts with the applicable insurance companies.

Under no circumstances will any person obtain a vested or non-forfeitable right to receive, directly or indirectly, any benefits provided by, or assets of, the Plan.

Without limiting any other Plan provision for the discontinuance of coverage, coverage under the Plan will be terminated when the Plan terminates, or when an individual is no longer eligible to receive benefits under the Plan, whichever occurs first.

Non-assignment of Benefits

The Plan categorically prohibits, and the Plan will not accept in any circumstances, any assignment or any attempt to assign any benefit claims or any other types of claims, regardless of the nature of such claims, to an Out-of-Network Provider or an Out-of-Network Hospital or Facility. This prohibition on assignments applies to any claims for benefits or monies alleged to be due under the Plan, any claim for a determination as to future rights to benefits under the Plan, any claim for access to documents or information under ERISA or any other applicable law, any claim for a breach or alleged breach of fiduciary duty under ERISA, and any and all other claims regardless of the nature of such claims. In the event that the Plan or a Health Organization makes a direct payment to an Out-of-Network Provider or an Out-of-Network Hospital or Facility or otherwise communicates to an Out-of-Network Provider or an Out-of-Network Hospital or Facility, such payment or communication shall in no way be construed or interpreted as a waiver of the Plan's prohibition on assignments.

YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Your Rights under ERISA

You are entitled to certain rights and protections ERISA. ERISA provides that all plan participants are entitled to:

- Receive information about your plan and benefits;
- Continue group health plan coverage;
- Prudent actions by plan fiduciaries;
- Enforce your rights; and
- Assistance with your questions.

Receiving Information About Your Plan Benefits

You have the right to:

- Examine, without charge, at the Fund Office (and at other specified locations) all documents governing the Plan, including insurance contracts and collective bargaining agreements (if applicable), and a copy of the latest annual report (Form 5500 Series) filed by the Plan with the U.S. Department of Labor and available at the Public Disclosure Room of the Employee Benefits Security Administration.
- Obtain, upon written request to the Plan Administrator, copies of documents governing the operation of the Plan, including insurance contracts and collective bargaining agreements, and copies of the latest annual report (Form 5500 Series) and updated summary plan description. The Plan Administrator may make a reasonable charge for the copies.
- Receive a summary of the Plan's annual financial report. The Plan Administrator is required by law to automatically furnish each participant with a copy of this summary annual report.

Continuing Group Health Plan Coverage

You have the right to continue health care coverage for yourself, spouse, or dependents if there is a loss of coverage under the Plan as a result of a qualifying event. You or your dependents may have to pay for such coverage. This SPD includes the rules governing your COBRA Coverage rights.

Prudent Action by Plan Fiduciaries

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

Enforcing Your Rights

If your claim for a benefit is denied or ignored, in whole or in part, you have a right to know why this was done, to obtain copies of documents relating to the decision without charge, and to appeal any denial, all within certain time schedules.

Under ERISA, there are steps you can take to enforce the above rights. For instance, if you request a copy of plan documents or the latest annual report from the Plan and do not receive them within 30 days, you may file suit in a Federal court. In such a case, the court may require the Plan Administrator to provide materials and pay you up to \$110 a day until you receive the materials, unless the materials were not sent for reasons beyond the control of the Administrator.

If you have a claim for benefits that is denied or ignored, in whole or in part, you may file suit in a state or Federal court. In addition, if you disagree with the Plan's decision, or lack thereof, concerning the qualified status of a Medical Child Support Order, you may file suit in a Federal court. If it should happen that Plan fiduciaries misuse the Plan's money, or if you are discriminated against for asserting your rights, you may seek assistance from the U.S. Department of Labor, or you may file suit in Federal court.

The court will decide who should pay court costs and legal fees. If you are successful, the court may order the person you have sued to pay these costs and fees. If you lose, the court may order you to pay the costs and fees, for example, if it finds your claim is frivolous.

Getting Answers to Your Questions

If you have questions about the Plan, you should contact the Fund Office. If you have any questions about this statement or about your rights under ERISA, or if you need assistance in obtaining documents from the Fund Office, you should contact the nearest office of the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, listed in your telephone directory, or the Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington D.C. 20210. You may also obtain certain publications about your rights and responsibilities under ERISA by calling the publications hotline of the Employee Benefits Security Administration.

Privacy of Protected Health Information

A Federal law — the Health Insurance Portability and Accountability Act (“HIPAA”) — imposes certain confidentiality and security obligations on the Plan with respect to medical records and other individually identifiable health information used or disclosed by the Plan. HIPAA also gives you rights with respect to your health information, including certain rights to receive copies of the health information that the Plan and its business associates maintain about you, and knowing how your health information may be used. A description of how the Plan uses your health information, and your other rights under HIPAA’s Privacy Rules is available in the Plan’s “Notice of Privacy Practices,” which is distributed to all participants. You may request an additional copy of this Notice by contacting the Fund Office.

IMPORTANT NAMES, NUMBERS, AND OTHER INFORMATION

Name of the Plan

Hollow Metal Trust Fund

Effective Date of the Plan

June 1, 1984

Plan Number

501

Employer Identification Number

11-2750720

Plan Sponsor

Board of Trustees of the Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014
(212) 366-7880

Plan Year

January 1 - December 31

Type of Plan

Welfare benefits, including Hospital, medical, prescription, Short-Term disability, hearing, dental, vision, Accidental Death & Dismemberment, and Life Insurance.

Plan Administrator

Board of Trustees
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Attn: Neil Sandy, Interim Executive Director

Board of Trustees

Joseph Geiger
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Catherine Condon
Manufacturing Woodworkers Association
1311 Mamaroneck Avenue, Suite 170
White Plains, NY 10605

Michael Cavanaugh
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Vincent Gallo
L.I.F. Industries, Inc.
5 Harbor Park Drive
Port Washington, NY 11050

Robert Villalta
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Edmund Greco
Yonkers Plywood
PO Box 152
Old Bridge, NJ 00857

Christopher Wallace
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Agent for Service of Legal Process

Neil Sandy
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Service of Legal Process may also be made on the Board of Trustees at the address above.

Claims Administration

C&R Consulting, Inc. (Medical, Dental, and Vision Benefits) **(212) 395-9339 or (866) 320-3807**

Alicare (Medical Management Program) **(800) 848-9200**

Express Scripts (Prescription Drug Benefits) **(800) 711-0917**

Amalgamated Life Insurance Company (Life Insurance and AD&D) **(914) 367-5000**

Legal Counsel

Kauff, McGuire & Margolis LLP
Virginia & Ambinder, LLP

Consultants and Actuaries

First Actuarial Consulting, Inc.

Accountant

Novak/Francella, LLC

GLOSSARY

Active Employee	An individual who works for an employer that has an agreement with the Union that requires contributions to this Plan and who has met the Plan's eligibility requirements.
Allowed Amount	The Allowed Amount is the maximum charge the Plan recognizes for any service and on which plan payments are based.
Annual Out-of-Pocket Coinsurance Maximum	The most you will have to pay in out-of-pocket costs for Coinsurance on Covered Services received during a calendar year. When you meet the out-of-pocket Coinsurance maximum, the Plan pays 100% of the Maximum Allowed Amount for covered expenses for the remainder of that calendar year. Your Copayments, Deductible and any amount you pay above the Out-of-Network Maximum Allowed Amount count toward your Annual out-of-pocket Coinsurance Maximum.
Balance Billing	The difference between what the Plan pays for a service and what that Provider charges. This amount is payable by the participant or eligible dependent.
Beneficiary	The individual(s) who you name to receive benefits under the Life Insurance and Accidental Death & Dismemberment insurance coverage upon your Injury or death.
Copayment	The fee you pay for office visits and certain Covered Services when you use Network Providers. The Plan then pays 100% of remaining covered expenses, subject to your Deductible.
Covered Employment	When you are working for an employer that is required by a collective bargaining agreement or participation agreement to contribute to the Hollow Metal Trust Fund on your behalf, you are in Covered Employment.
Covered Services	The services for which benefits are payable by the Plan.
Deductible	The dollar amount you must pay each calendar year before the Plan pays benefits for covered services. If you have family coverage, once the first family member meets the individual Deductible, the plan will pay benefits for that family member. However, the benefits for other family members will not be paid until two or more eligible family members meet the family Deductible. Once the family Deductible is met, the Plan will pay benefits for covered In-Network and Out-of-Network services for the remainder of the year for all eligible family members.

Disabled Child or Children	A Disabled Child is an unmarried Child of any age who is incapable of self-sustaining employment due to physical or mental handicap. The handicap must begin before age 26, when coverage for the Child would usually end. Written evidence of the handicap must be sent to the Fund Office within 60 days of the date when coverage would usually end and when requested by the Plan thereafter. A Child must be receiving Social Security Disability benefits to be considered incapable of self-sustaining employment.
Exclusions/ Limitations	No benefits will be payable or covered by the Plan.
Generic Drugs	Prescription drug which has the equivalency of the brand name drug with the same use and metabolic disintegration. Only Generic Drugs are covered by the Plan.
Hospital/Facility	<p>For purposes of certifying inpatient services, a Hospital or Facility must be a fully licensed acute-care general Facility that has all of the following on its own premises:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A broad scope of major surgical, medical, therapeutic and diagnostic services available at all times to treat almost all illnesses, accidents and emergencies. • 24-hour general nursing service with registered nurses who are on duty and present in the Hospital at all times. • A fully staffed operating room suitable for major surgery, together with anesthesia service and equipment. The Hospital must perform major surgery frequently enough to maintain a high level of expertise with respect to such surgery in order to ensure quality care. • Assigned emergency personnel and a “crash cart” to treat cardiac arrest and other medical emergencies. • Diagnostic radiology Facilities. • A pathology laboratory. • An organized medical staff of licensed doctors. <p><i>(continued)</i></p>

<p>Hospital/Facility <i>(continued)</i></p>	<p>For pregnancy and Childbirth services, the definition of “Hospital” includes any birthing center that has a participation agreement with Anthem.</p> <p>For physical therapy purposes, the definition of a “Hospital” may include a rehabilitation Facility either approved by Anthem or participating with Anthem. For kidney dialysis treatment, a Facility in New York State qualifies for In-Network Benefits if the Facility has an operating certificate issued by the New York State Department of Health, and participates with Anthem. In other states, the Facility must participate with another BlueCross and/or BlueShield plan and be certified by the state using criteria similar to New York’s. Out-of-Network benefits will be paid only for Non-Participating Facilities that have an appropriate operating certificate.</p> <p>For behavioral health care purposes, the definition of “Hospital” may include a Facility that has an operating certificate issued by the Commissioner of Mental Health under Article 31 of the New York Mental Hygiene Law; a Facility operated by the Office of Mental Health; or a Facility that has a participation agreement with Empire to provide mental and behavioral health care services. For alcohol and/or substance abuse care received Out-of-Network, a Facility in New York State must be certified by the Office of Alcoholism and Substance Abuse Services. A Facility outside of New York State must be approved by the Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations.</p> <p>For certain specified benefits, the definition of a “Hospital” or “Facility” may include a Hospital, Hospital department or Facility that has a special agreement with Anthem.</p> <p>Anthem does not recognize the following Facilities as Hospitals: nursing or convalescent homes and institutions; rehabilitation Facilities (except as noted above); institutions primarily for rest or for the aged; spas; sanitariums; infirmaries at schools, colleges, or camps.</p>
<p>Illness</p>	<p>Any sickness, disorder, or disease that is not employment-related. Pregnancy is treated in the same manner as an Illness under this Plan for you or an eligible dependent.</p>

In-Network Benefits	Benefits for Covered Services delivered by Network Providers and suppliers. Services provided must fall within the scope of the Provider's individual professional licenses.
In-Network Coinsurance	<p>Percentage of the Allowed Amount that you must pay for certain in-network services. Once you meet your annual In-Network out-of-pocket Coinsurance maximum, the Plan will pay 100% of Empire's Maximum Allowed Amount. Please note that In-Network Coinsurance cannot be applied toward meeting your annual Out-of-Network Coinsurance.</p> <p>Refer to the Schedule of Benefits for your In-Network Coinsurance and out-of-pocket maximum amounts.</p>
In-Network Provider/Supplier	<p>A doctor, other professional Provider, or durable medical equipment, home health care or home infusion supplier who:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is in Anthem's POS network • Is in the PPO network of another BlueCross and/or BlueShield plan • Has a negotiated rate arrangement with another BlueCross and/or BlueShield plan that does not have a POS network
Injury	A bodily Injury resulting directly from an accident and independently of other causes, which occurs while you are covered under this Plan.
Itemized Bill	A bill from a Provider, Hospital or ambulance service that gives information that Anthem needs to settle your claim. Provider and Hospital bills must contain the patient's name, diagnosis, and date and charge for each service performed. A Provider bill must also have the Provider's name and address and descriptions of each service, while a Hospital bill must have the subscriber's name and address, the patient's date of birth and the participant's Anthem identification number. Ambulance bills must include the patient's full name and address, date and reason for service, total mileage traveled, and charges.
Maximum Allowed Amount (MAA)	The maximum dollar amount of reimbursement for Covered Services. Please see the Maximum Allowed Amount Reimbursement for Covered Services section for additional information.

<p>Medically Necessary</p>	<p>Services, supplies or equipment provided by a Hospital or other Provider of health services that are:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistent with the symptoms or diagnosis and treatment of the patient's condition, illness or Injury, • In accordance with standards of good medical practice, • Not solely for the convenience of the patient, the family or the Provider, • Not primarily custodial, and • The most appropriate level of service that can be safely provided to the patient. <p>The fact that a Network Provider may have prescribed, recommended or approved a service, supply or equipment does not, in itself, make it Medically Necessary.</p>
<p>Non-Participating Hospital/Facility</p>	<p>A Hospital or Facility that does not have a participation agreement with Anthem or another BlueCross and/or BlueShield plan to provide services to persons covered under Anthem POS or PPO contract. Or, a Hospital or Facility that does not accept negotiated rate arrangements as payment in full in a plan area without a PPO network.</p>
<p>Out-of-Network Benefits</p>	<p>Reimbursement for Covered Services provided by Out-of-Network Providers and suppliers. Out-of-Network benefits are generally treated the same as In-Network benefits but are subject to Balance Billing and therefore, have higher out-of-pocket costs.</p>
<p>Out-of-Network Providers/Suppliers</p>	<p>A doctor, other professional Provider, or durable medical equipment, home health care or home infusion supplier who:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is not in Anthem's POS network • Is not in the PPO network of another BlueCross and/or BlueShield plan • Does not have a negotiated rate with another BlueCross and/or BlueShield plan.
<p>Participating Hospital/Facility</p>	<p>A Hospital or Facility that:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is in BlueCross BlueShield's POS network • Is in the PPO network of another BlueCross and/or BlueShield plan • Has a negotiated rate arrangement with another BlueCross and/or BlueShield plan that does not have a PPO network.

Participation Agreement	An agreement between an employer and the Fund that is not a Collective Bargaining Agreement, but provides for the employer to contribute to the Plan on behalf of its non-bargaining unit employees.
Plan Administrator	The Board of Trustees.
Precertified Services	Services that must be coordinated and approved by Alicare Medical Management before you receive them to be fully covered by your plan.
Provider	<p>A Hospital or Facility (as defined earlier in this section), or other appropriately licensed or certified professional health care practitioner. Anthem will pay benefits only for Covered Services within the scope of the practitioner's license.</p> <p>For behavioral health care purposes, "Provider" includes care from psychiatrists, psychologists or licensed clinical social workers, providing psychiatric or psychological services within the scope of their practice, including the diagnosis and treatment of mental and behavioral disorders. Social workers must be licensed by the New York State Education Department or a comparable organization in another state, and have three years of post-degree supervised experience in psychotherapy and an additional three years of post-licensure supervised experience in psychotherapy.</p> <p>For maternity care purposes, "Provider" includes a certified nurse-midwife affiliated with or practicing in conjunction with a licensed Facility and whose services are provided under qualified medical direction.</p>
Specialist	A physician whose practice is limited to a particular branch of medicine or surgery, especially one who is certified by a board of physicians.
Treatment Maximums	Maximum number of covered visits for certain treatments. When a service is covered both in and out of network, the number of in and out of network visits are combined when counting toward the maximum.

Hollow Metal
Trust Fondo
Plan A

395 Hudson Street
New York, NY 10014
As of April 1, 2016

DESCRIPCIÓN ABREVIADA DEL PLAN

**HOLLOW METAL TRUST
FONDO – PLAN A**

DESCRIPCIÓN ABREVIADA DEL PLAN

Vigente a partir del 1 de abril de 2016

Hollow Metal Trust Fund

**395 Hudson Street
New York, NY 10014
(212) 366-7880**

JUNTA DE FIDEICOMISO

Agentes fiduciarios del Sindicato

Joseph Geiger
Michael Cavanaugh
Robert Villalta
Christopher Wallace

Agentes fiduciarios del Empleador

Catherine Condon
Vincent Gallo
Edmund Greco

DIRECTOR EJECUTIVO PROVISIONAL

Neil Sandy

CONSULTORES Y ACTUARIOS

First Actuarial Consulting, Inc.

CONTABILIDAD

Novak/Francella, LLC

Índice

Page

ASPECTOS BÁSICOS DE LOS BENEFICIOS	1
Aspectos destacados.....	1
Elegibilidad	3
Para usted	3
Para sus dependientes	4
Proporcionar información: su responsabilidad	7
Órdenes de manutención infantil médica calificada	8
Procedimientos en caso de faltante de beneficios	8
Cobertura durante determinadas licencias.....	9
Ley de Licencias Médicas y Familiares	9
Licencia por servicio militar	10
Cuándo finaliza la cobertura.....	12
Continuación de la cobertura en COBRA.....	13
CÓMO ACCEDER A SU ATENCIÓN MÉDICA...	
¿QUÉ SUCEDE CUANDO...?	17
Padece una situación médica	17
Necesita obtener medicamentos con receta.....	18
Fallece o sufre una lesión en un accidente.....	19
Cambia la elegibilidad de su dependiente	19
Se casa	19
Está embarazada o adopta un hijo	20
COBERTURA MÉDICA.....	21
Comprender los aspectos básicos	21
Un vistazo a sus beneficios	24
Lo que está cubierto y lo que no	26
Servicios del médico	26
Atención de emergencia	28
Atención médica a domicilio.....	29
Servicios del hospital a pacientes internados	30
Servicios hospitalarios para pacientes externos.....	32
Atención por maternidad	34
Equipos y suministros médicos.....	35
Salud mental y abuso de sustancias	37
Tratamiento por abuso de sustancias o alcohol	38

Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla	38
Atención preventiva	39
Centro de atención de enfermería especializada	44
Atención en hospicios.	45
Exclusiones y limitaciones al plan médico	47
Programa de Administración Médica.....	50
Revisión previa a la hospitalización	50
Cirugía Ambulatoria	51
Administración de casos	54
COBERTURA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA – SOLO MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	55
Cómo funciona su Plan	55
Los medicamentos preventivos están cubiertos al 100 %.	55
Programa de envío a domicilio obligatorio	56
Autorización previa	56
Limitaciones de la cobertura.....	60
COBERTURA DENTAL.....	64
COBERTURA DE LA VISIÓN	66
BENEFICIOS AUDITIVOS.....	67
SEGURO DE VIDA	68
BENEFICIO POR FALLECIMIENTO Y MUTILACIÓN ACCIDENTALES	69
DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO.....	70
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES Y APELACIONES.....	72
Reclamaciones médicas de la visión, dentales y auditivas.....	73
Apelaciones médicas de la visión, dentales y auditivas.....	74
Apelaciones externas por reclamaciones médicas de la visión, dentales y auditivas	78
Reclamaciones y apelaciones por medicamentos con receta	80
Reclamaciones y apelaciones por seguro de vida/muerte y mutilación accidentales	88
CUANDO TIENE OTRA COBERTURA	89
SUBROGACIÓN Y REEMBOLSO	92

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE94
Administrar el Plan.....94
Futuro del Plan95
Falta de asignación de beneficios97

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES98
Sus derechos según ERISA98
Recibir información sobre los beneficios del Plan.....98
Continuar la cobertura del Plan de salud grupal98
Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan.....99
Hacer cumplir sus derechos99
Obtener respuestas a sus preguntas100
Privacidad de la información de salud protegida.....100

NOMBRES, NÚMEROS Y OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE ...101
GLOSARIO104

ASPECTOS BÁSICOS DE LOS BENEFICIOS

Aspectos destacados

El Plan A de Hollow Metal Trust Fund (el “Plan”) le brinda a usted y a su familia beneficios de salud, discapacidad, seguro de vida y de muerte y mutilación accidentales. La cobertura que se ofrece en el Plan incluye lo siguiente:

- Atención médica y hospitalaria
- Medicamentos con receta
- Atención dental
- Atención de la vista
- Atención auditiva
- Seguro de vida*
- Muerte y mutilación accidentales*
- Discapacidad a corto plazo*

*Los beneficios de seguro de vida, muerte y mutilación accidentales y discapacidad a corto plazo no están disponibles para los empleados que participan en un acuerdo de participación.

Acerca de este SPD

En este folleto, que funciona como documento del Plan y como la Descripción Abreviada del Plan (Summary Plan Description, SPD), se proporciona información importante sobre el plan y se describen los beneficios disponibles en virtud de este. Este SPD reemplaza los SPD y los Resúmenes de modificaciones importantes (Summaries of Material Modification, SMM) que pueda haber recibido antes. El objetivo es ofrecerle una explicación clara sobre sus beneficios. No cubre todas las disposiciones, limitaciones y exclusiones del Plan, en especial aquellas relacionadas con situaciones poco comunes o que afectan solo a unos pocos participantes. Se han hecho todos los esfuerzos necesarios para garantizar la precisión de la información en este SPD a partir de abril de 2016. Si se realizaran cambios en el Plan, la oficina del Fondo le enviará un SMM que describa el cambio. En el caso improbable de que hubiera una discrepancia entre el SPD y cualquier otro documento, regirá este SPD. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la oficina del Fondo.

La Junta de fideicomiso tiene el derecho, el poder y la autoridad exclusivos para administrar, aplicar e interpretar el Plan y los documentos relacionados.

Este documento no es un Plan asegurado. Con la excepción de los beneficios asegurados por muerte y mutilación accidentales y seguro de vida, los otros beneficios descritos en este SPD son financiados por Hollow Metal Trust Fund.

Este SPD se refiere a varias organizaciones con las que el Plan tiene un contrato para prestar diversos servicios. Estas compañías incluyen Empire HealthChoice Assurance, Inc., que hace negocios bajo el nombre de Empire BlueCross BlueShield (una filial de Anthem, Inc.), C&R Consulting Inc., Express Scripts, Sele-Dent, General Vision Services, General Hearing Services, Amalgamated Life Insurance Company y Alicare.

Elegibilidad

Para usted

Para ser elegible para la cobertura conforme al Plan, debe

- ser empleado por un empleador que realice aportes a este Plan en su nombre, tal como lo exige un convenio colectivo de trabajo (Collective Bargaining Agreement, CBA) entre su empleador y un sindicato local afiliado con el Consejo de la Hermandad Unida de Carpinteros y Ebanistas de Estados Unidos correspondiente al distrito de la ciudad de Nueva York (el “Sindicato”) o un acuerdo de participación entre su empleador y Hollow Metal Trust Fund.

A partir del 1 de julio de 2015, cambiaron las reglas que rigen el momento a partir del que comienza a ser elegible para recibir cobertura del Plan. Anteriormente, su elegibilidad se basaba en la regla de las 1,200 horas, en virtud de la Ley de cuidado de bajo costo. Esto significa que la cobertura para los nuevos participantes comenzaba el primer día del mes siguiente al mes en el que hubiera trabajado un total de 1,200 horas para las que se hubieran realizado aportes al Fondo. Este ya no es el caso. Las reglas de elegibilidad actuales son las siguientes:

- Si trabaja en virtud de un CBA que requiere que su empleador pague una prima mensual al Fondo en su nombre, será elegible para la cobertura el primer día del mes posterior al mes en el que se declaren los aportes.

Por ejemplo: si el empleador primero tiene la obligación de realizar aportes al Fondo en su nombre para el mes de enero, su empleador deberá informar sobre la obligación de la prima o realizar los aportes obligatorios en febrero y su cobertura comenzará el 1 de marzo.

- La cobertura finalizará el último día del segundo mes posterior al mes por el que se debía la última prima al Fondo en su nombre.

Por ejemplo: si es despedido el 15 de mayo y su empleador pagó al Fondo la última prima de mayo en su nombre, su cobertura finalizará el 31 de julio a menos que usted opte por una cobertura COBRA y pague por ella.

- Si recibe beneficios por discapacidad a corto plazo o indemnización por accidentes y enfermedades laborales mientras es elegible para la cobertura en virtud del Fondo, se le acreditará un mes de cobertura por cada mes que reciba los beneficios por discapacidad a corto plazo o beneficios de compensación laboral, hasta un máximo de seis meses. Este crédito no se aplicará más de una vez durante un período de 52 semanas de discapacidad. Para recibir este crédito, deberá enviar a la oficina del Fondo un comprobante de que recibe estos beneficios y debe estar inscrito en la cobertura en virtud del Plan a la fecha en la que quedó discapacitado.

Para sus dependientes

Los dependientes elegibles incluyen los siguientes:

- *Su cónyuge*: la persona con la que está legalmente casado. Esto incluye tanto a matrimonios del sexo opuesto como del mismo sexo. Los cónyuges ya no son elegibles si se divorcian.
- *Sus hijos*: hasta el último día del mes en que cumplan 26 años. Los hijos incluyen:
 - Hijos biológicos;
 - Hijastros;
 - Niños de quienes es el tutor legal o el representante legal asignado por un juzgado;
 - Hijos legalmente adoptados o colocados en adopción, incluidos los que una agencia de colocación con licencia haya destinado a su hogar con fines adoptivos, o hijos que hayan estado viviendo en su casa como hijos de crianza por quienes se efectúan pagos de cuidado tutelar y por quienes se haya presentado una solicitud de adopción.
 - Hijos solteros, independientemente de la edad, que sean incapaces de tener un empleo que les permita mantenerse debido a una discapacidad que comenzó antes de los 26 años. Si su hijo tiene 26 años, debe tener una concesión de discapacidad del Seguro Social para ser elegible para la continuación de la cobertura.

En el siguiente cuadro se detalla la documentación que debe presentar ante la oficina del Fondo para que sus dependientes estén cubiertos en virtud del Plan.

Relación	Descripción	Documentación
Cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> • Su cónyuge legítimo actual • Un excónyuge no es un dependiente elegible 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de matrimonio; Y • Copia de la tarjeta del Seguro Social de su cónyuge.
Hijo de hasta 26 años	<ul style="list-style-type: none"> • Hijo biológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento; Y • Copia de la tarjeta del Seguro Social de su dependiente.
	<ul style="list-style-type: none"> • Hijo adoptado <ul style="list-style-type: none"> ○ un menor que una agencia de colocación con licencia haya destinado a su hogar en relación con una adopción; o ○ un hijo de crianza por quien se efectúan pagos de cuidado tutelar y por quien se haya presentado una solicitud de adopción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la tarjeta del Seguro Social de su dependiente; Y • Certificado de nacimiento en el que consten los padres adoptivos; o • Certificado de adopción; o • Constancia de la agencia de adopción sobre la intención de adoptar.
	<ul style="list-style-type: none"> • Hijastro <ul style="list-style-type: none"> ○ Su hijastro, con quien tenga una relación padre-hijo frecuente, siempre que no haya un acuerdo u orden judicial que especifiquen que la asistencia principal o la cobertura médica del hijastro en cuestión es obligación de otra persona que no sea su cónyuge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de matrimonio entre usted y el padre/la madre del niño; Y • Certificado de nacimiento del hijastro; Y • Copia de la tarjeta del Seguro Social de su dependiente.
	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de manutención infantil médica calificada <ul style="list-style-type: none"> ○ Cualquier niño que usted deba cubrir conforme una orden judicial 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de la tarjeta del Seguro Social de su dependiente; Y • Orden judicial firmada por un juez; u • Orden de pensión médica emitida por una agencia gubernamental.

Relación	Descripción	Documentación
Niño de quien es tutor o representante legal asignado por un juzgado;	<ul style="list-style-type: none"> ● Cualquier niño de quien es el tutor o representante legal asignado por el juzgado y a quien debe brindar asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> ● Copia de la tarjeta del Seguro Social de su dependiente; Y ● Orden judicial firmada por un juez.
Hijo con discapacidad	<p data-bbox="271 332 611 414">Un hijo de cualquier edad que cumpla con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dependá de usted para obtener más de la mitad del aporte económico que necesita; ● Viva con usted en la misma residencia principal durante más de la mitad del año calendario, excepto por ausencias temporales debidas a circunstancias especiales, como educación, enfermedad o si la persona reside en un centro de tratamiento; ● La persona quedó incapacitada antes de cumplir los 26 años y mientras estaba cubierta en virtud del Plan; ● Si su hijo tiene más de 26 años, debe tener una concesión de discapacidad del Seguro Social para ser elegible para la continuación de la cobertura; Y ● Usted presenta la prueba de discapacidad requerida ante oficina del Fondo en el plazo de 12 meses a partir de la fecha en la que la cobertura de la persona se hubiera cancelado de otra manera. <p data-bbox="271 1291 611 1429">Los agentes fiduciarios se reservan el derecho de que un médico de su elección examine a su dependiente, a fin de determinar la existencia de dicha discapacidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Copia de la tarjeta del Seguro Social de su dependiente; Y ● Certificado de nacimiento; Y ● Certificado de matrimonio entre usted y el padre/la madre del niño, en caso de que sea su hijastro; Y ● Concesión de discapacidad del Seguro Social; y ● Solicitud de cobertura para dependiente que supera el límite de edad.

Proporcionar información: su responsabilidad

Es importante que notifique a la oficina del Fondo de inmediato si hubiera cambios en su información. Debe llamar al (212) 366-7880 si experimenta uno de los cambios de situación que se describen a continuación:

- Cambio de dirección;
- Matrimonio, divorcio o anulación;
- Nacimiento, adopción o colocación de un menor en adopción;
- Recibo de beneficios por discapacidad e indemnización por accidentes o enfermedades laborales;
- Un hijo dependiente deja de ser elegible para la cobertura para dependientes;
- Usted o un dependiente obtienen el derecho a Medicare;
- Se toma una licencia por servicio militar;
- Se toma una licencia por motivos familiares o médicos;
- Fallece una persona cubierta;
- Usted o su dependiente pasan a estar cubiertos por otro plan de salud grupal; o
- Usted o su dependiente dejan de estar cubiertos por otro plan de salud grupal;

Si usted está cubierto por el Plan cuando nace su hijo, el recién nacido automáticamente estará cubierto por el Plan durante 30 días a partir de la fecha de nacimiento. Para continuar la cobertura de su hijo transcurridos los 30 días, debe inscribirlo. Llame a la oficina del Fondo al (212) 366-7880 y proporcione una copia del certificado de nacimiento de su hijo y de la tarjeta del Seguro Social tan pronto las tenga.

El Plan cumple con los derechos de inscripción especiales en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, podrá inscribir a sus dependientes. No obstante, debe solicitar un formulario de inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.

Usted y sus dependientes también pueden inscribirse en este Plan si usted (o sus dependientes) tiene cobertura a través de Medicaid o un Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (The State Children's Health Insurance Program, SCHIP) y usted (o sus dependientes) pierde la elegibilidad para esa cobertura. Debe solicitar la inscripción en el plazo de 60 días a partir del momento en que la cobertura de Medicaid o SCHIP se cancelan. Usted y sus dependientes también pueden inscribirse en este Plan si usted (o sus dependientes) pasa a ser elegible para un programa de asistencia en el pago de la prima a través de Medicaid o SCHIP. Debe solicitar la inscripción en el plazo de 60 días a partir del momento en que se determine que usted (o sus dependientes) es elegible para recibir asistencia. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con la oficina del Fondo.

Órdenes de manutención infantil médica calificada

Una orden de manutención infantil médica calificada (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO) es una orden emitida por una agencia o tribunal estatales que requiere que una persona proporcione cobertura de un plan de salud grupal a un hijo. Si el Plan recibe dicha orden, se revisará su estado conforme los procedimientos QMCSO del Plan. Para obtener más información sobre QMCSO o una copia de los procedimientos QMCSO del Plan, comuníquese con la oficina del Fondo.

Procedimientos en caso de faltante de beneficios

Debe controlar con frecuencia que todas las horas que trabaja en un empleo con cobertura se acrediten en forma adecuada. Para controlar sus horas, puede llamar a la oficina del Fondo al (212) 366-7880.

Si tiene un empleo con cobertura y sus horas no se han informado a la oficina del Fondo, se considera que usted tiene un “faltante de beneficios”.

En el caso de que haya una disputa respecto a si su trabajo constituye empleo con cobertura, es su responsabilidad demostrar que dicho trabajo se encontraba en esa categoría. El informe de su empleador respecto a sus ganancias ante la Administración del Seguro Social puede ser suficiente prueba de que el trabajo realizado correspondía a un empleo con cobertura. Usted debe guardar los registros, como talones de pago y registros diarios del trabajo como empleo con cobertura, a fin de demostrar la elegibilidad. Los agentes fiduciarios se reservan el derecho de determinar si la evidencia que usted presenta es adecuada para demostrar que el trabajo correspondía a un empleo con cobertura.

Debe presentar un informe de faltante de beneficios por horas tan pronto sepa que su empleador no lo está haciendo o informa una cantidad de horas inferior a la correspondiente. Debe guardar un registro diario de su trabajo en un empleo con cobertura en el que conste el nombre del empleador, la cantidad de horas trabajadas y el lugar de trabajo. Además, debe guardar los talones de pago.

Puede obtener formularios de informes de faltante de beneficios por horas en la oficina del Fondo. Debe presentar copias de los talones de pago, junto con el informe de faltante de beneficios por horas completado ante la oficina del Fondo por correo o fax.

Haga sus envíos por correo a: **Hollow Metal Trust Fund**
395 Hudson Street
New York, NY 10014
Attention: Trust Fund Benefit Shortages

Haga sus envíos por fax al: **(212) 366-7556**

Guarde en sus registros una copia del informe de faltante de beneficios por horas y los talones de pagos.

Una vez que la oficina del Fondo verifique que el informe del faltante de beneficios por horas es válido, se le acreditarán las horas para el mes de nómina de pago en el que se trabajaron esas horas. Si el informe del faltante de beneficios por horas no se presenta en forma oportuna, es posible que las horas acreditadas no le ayuden a determinar la elegibilidad.

Cobertura durante determinadas licencias

Ley de Licencias Médicas y Familiares

En virtud de la Ley de Licencias Médicas y Familiares de 1993 (Family and Medical Leave Act, FMLA) puede recibir hasta 12 semanas de licencia no remunerada durante cualquier período de 12 meses:

- para cuidar a un recién nacido o un hijo adoptado;
- para cuidar a un cónyuge, padre/madre o hijo que tenga un problema de salud grave;
- si tiene un problema de salud grave que le impide realizar su trabajo; o
- si tiene una necesidad que reúne los requisitos porque su cónyuge, hijo o padre/madre son convocados para participar en el servicio militar.

El Plan no participa en el otorgamiento de la licencia FMLA. Si su empleador le otorga la licencia FMLA, su cobertura continuará en tanto su empleador realice los aportes necesarios para mantener su elegibilidad en virtud de la FMLA. Si su empleador deja de realizar aportes al Plan en su nombre, o si usted agota la licencia FMLA, puede disponer de la cobertura de COBRA. (Consulte la página 13 para obtener más información sobre COBRA).

Además, la Ley de Autorización para Defensa Nacional de 2008 le puede permitir tomarse hasta 26 semanas de licencia FMLA no remunerada durante cualquier período de 12 meses para cuidar a un miembro del servicio militar si dicha persona es su cónyuge, hijo, padre/madre, o un pariente cercano, que se está realizando un tratamiento o una terapia por una enfermedad o lesión que se ocasionara en el cumplimiento de sus funciones y es paciente externo o se encuentra en la lista de retirados temporales de las fuerzas armadas.

Si no regresa a su trabajo cuando finaliza su licencia FMLA, es posible que deba devolver a su empleador el monto de los aportes que realizó al Plan durante su licencia FMLA. No obstante, si no regresa al trabajo debido a la gravedad de su situación médica o la de su familiar, u otras circunstancias fuera de su control, es posible que no se aplique el requisito de devolución.

Comuníquese con su empleador si tiene preguntas acerca de sus derechos en virtud de FMLA.

Licencia por servicio militar

Si abandona su empleo para ingresar en los servicios uniformados según se define en la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA) de 1994, su elegibilidad para cobertura y la de sus dependientes finalizarán. No obstante, si satisface los criterios de elegibilidad en virtud de USERRA, puede optar por continuar la cobertura médica según el Plan.

Si opta por continuar la cobertura y forma parte de los servicios uniformados por menos de 31 días, la cobertura en virtud del Plan continuará. Si el servicio continúa por 31 días o más, puede optar por continuar la cobertura en virtud del Plan mediante autopagos mensuales. El importe de los autopagos será igual a las primas de COBRA. (Consulte la página 12 para obtener más información sobre COBRA). Además, sus dependientes pueden ser elegibles para recibir cobertura médica en virtud del Programa Médico y de Salud para Civiles de los Servicios Uniformados, o TRICARE. Si usted o sus dependientes están cubiertos tanto por este Plan como por TRICARE, el Plan pagará primero y TRICARE pagará después. Este Plan coordinará la cobertura con TRICARE. Consulte la Sección “Cuando tiene otra cobertura” en la página 89 para obtener más información.

Si opta por continuar la cobertura en virtud de USERRA, su cobertura en virtud del Plan puede continuar hasta la primera de las dos condiciones a continuación:

- El final del período durante el cual usted es elegible para solicitar reempleo conforme a USERRA; o
- 24 meses consecutivos posteriores a que su cobertura finalice en virtud del Plan de otra manera.

No obstante, la cobertura de USERRA puede finalizar antes del final del período máximo. La cobertura finalizará a la medianoche del día en que se produzca la primera de las siguientes situaciones:

- El Plan deja de ofrecerle cobertura médica;
- Sus aportes de autopago no se abonan en forma oportuna;
- Sus servicios uniformados finalizan debido a una baja deshonrosa u otra conducta indeseable; o
- Vuelve a tener la cobertura del Plan.

Requisitos de notificación

Debe notificar a la oficina del Fondo por escrito y por anticipado si ingresa a los servicios uniformados. Si no proporciona un aviso por anticipado sobre sus servicios uniformados, es posible que no sea elegible para continuar la cobertura hasta que se justifique la falta de dicho aviso. Los agentes fiduciarios, a su absoluta discreción, determinarán si la falta de un aviso anticipado es justificable dadas las circunstancias y pueden requerir que proporcione documentación para respaldar la justificación. Si los agentes fiduciarios justifican la falta de un aviso anticipado, puede optar por continuar la cobertura y pagar

todas las sumas adeudadas de acuerdo con la elección de COBRA y los procedimientos de pago descritos en la página 13.

La elección, el pago y la cancelación de la continuación de la cobertura de USERRA se registrarán por las normas de elección, pago y cancelación de la cobertura de COBRA, siempre y cuando estas reglas no se opongan a las de USERRA. COBRA y USERRA funcionan en forma simultánea. Esto significa que si es elegible simultáneamente para COBRA y USERRA, se le proporcionará un beneficio mejor para los períodos en los que es elegible para los dos tipos de continuación de cobertura. Si no sigue las reglas de COBRA cuando elige y paga la cobertura de USERRA, puede perder el derecho de continuar la cobertura en virtud de USERRA. No obstante, si las circunstancias hacen que de otra forma sea imposible o irrazonable que elija y pague la cobertura de USERRA en forma oportuna, los agentes fiduciarios pueden, a discreción, restaurar sus derechos a la continuación de cobertura de USERRA, siempre y cuando realice todos los pagos requeridos para la continuación de la cobertura.

Si no continúa la cobertura en virtud de USERRA

Si no continúa la cobertura en virtud de USERRA, la cobertura se cancelará de inmediato cuando ingrese a los servicios uniformados. Si sus dependientes elegibles están cubiertos en virtud del Plan cuando ingresa a los servicios uniformados, pueden continuar la cobertura si eligen y pagan la cobertura de COBRA.

Cómo restaurar su cobertura de salud

Si recibe una baja deshonrosa de los servicios uniformados, puede solicitar el reemplazo a su antiguo empleador, de acuerdo con USERRA. Estos derechos de reemplazo incluyen el derecho a elegir la restauración en cualquier cobertura médica ofrecida por su antiguo empleador o a través de este. En virtud de USERRA, los plazos para reemplazo y restauración se basan en su antigüedad en el servicio militar, de la siguiente manera:

- Menos de 31 días: tiene un día después de la baja (con un margen de 8 horas por transporte) para volver a trabajar para un empleador que realice los aportes;
- Más de 30 días pero menos de 181 días: tiene hasta 14 días después de la baja para volver a trabajar para un empleador que realice los aportes;
- Más de 180 días: tiene hasta 90 días después de la baja para volver a trabajar para un empleador que realice los aportes;

Si está hospitalizado o se recupera de una enfermedad o lesión que se produjera durante su servicio uniformado al momento de su baja, tiene hasta el final del período que sea necesario para que se recupere para volver a trabajar para un empleador que realice los aportes.

Cuándo finaliza la cobertura

La cobertura en virtud del Plan para usted y sus dependientes elegibles finaliza el último día del mes posterior a uno de los siguientes acontecimientos:

- Usted o sus dependientes elegibles ya no cumplen los requisitos de elegibilidad para el Plan.
- El Plan o la compañía aseguradora rescinden el contrato que le brinda los beneficios.
- Usted o sus dependientes cubiertos ofrecen una declaración falsa en un formulario de inscripción o de reclamación, o de otra forma cometen fraude de cualquier tipo con respecto al Plan.

La cobertura de sus dependientes finaliza el día que finaliza su cobertura o el día que ya no reúnan los requisitos para ser dependientes elegibles en virtud del Plan, lo que suceda primero.

La cobertura para usted o sus dependientes puede finalizar en forma retroactiva (revocada) debido a lo siguiente:

- En casos de fraude o tergiversación intencional (en tales casos, se le enviará un aviso con 30 días de anticipación), o
- Debido a la falta de pago de las primas (incluidas las primas de COBRA).

Su cónyuge ya no será elegible para la cobertura si usted se divorcia. La cobertura de su cónyuge se cancelará el último día del mes en el que se produzca el divorcio. Usted o su cónyuge tienen la obligación de notificar a la oficina del Fondo por escrito en caso de que se divorcien. Usted o su excónyuge son responsables de los beneficios pagados en nombre de un excónyuge o hijastro. Si usted no reembolsa esos importes en forma oportuna, los agentes fiduciarios cancelarán su cobertura y la de sus dependientes restantes en virtud del Fondo y dicha cobertura no se restaurará hasta que haya reembolsado el total al Plan, incluido el importe de los honorarios del abogado y los costos en los que se haya incurrido en relación con la obtención de dicho reembolso.

Sin cobertura para jubilados

El Plan no ofrece ningún tipo de cobertura médica para participantes que se jubilan o para los dependientes elegibles de dichos participantes. No obstante, dichas personas son elegibles para optar por la cobertura de COBRA cuando se jubilen.

Continuación de la cobertura en COBRA

En virtud de la Ley de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de 1985, usted y sus dependientes cubiertos pueden ser elegibles para continuar la cobertura en determinadas circunstancias, cuando su cobertura finalice por otro motivo. Debe efectuar autopagos para que la cobertura continúe. La continuación de la cobertura incluye beneficios médicos, hospitalarios, de medicamentos con receta, dentales, de la visión y auditivos idénticos a la cobertura que tenía cuando era un empleado activo. La cobertura de COBRA no incluye beneficios de seguro de vida, muerte o mutilación accidentales o discapacidad a corto plazo.

COBRA le permite continuar con la cobertura del Plan si sufre un “evento que califica”. A continuación se enumeran los eventos que califican. La cobertura COBRA se ofrece a cada persona que sea un “beneficiario que califica”. Un beneficiario que califica es una persona que perderá la cobertura en virtud del Plan debido a un evento que califica. Según el evento que califica, los empleados, cónyuges e hijos dependientes pueden ser beneficiarios que califican. Los beneficiarios que califican y que optan por la cobertura de COBRA deben pagar por dicha cobertura.

Cada beneficiario que califica tiene derecho independiente a optar por la continuación de la cobertura. Por ejemplo, tanto el empleado como su cónyuge pueden optar por la continuación de la cobertura, o solo uno de ellos puede hacerlo. Además, los padres (o tutores legales) pueden optar por la continuación de la cobertura solo en su nombre, solo en nombre de sus hijos dependientes o en su nombre y el de sus hijos dependientes.

Si usted es empleado, será un beneficiario que califica si pierde la cobertura por uno de los siguientes eventos que califican:

1. se reduce su jornada laboral, o
2. su empleo termina por causas distintas a una mala conducta flagrante.

Si usted es cónyuge de un empleado, será un beneficiario que califica si pierde la cobertura del Plan por uno de los siguientes eventos que califican:

1. su cónyuge fallece;
2. se reduce la jornada laboral de su cónyuge;
3. El empleo de su cónyuge termina por causas distintas a una mala conducta flagrante; o
4. Se divorcia.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios que califican si pierden la cobertura por uno de los siguientes eventos que califican:

1. el empleado (padre o madre) fallece;
2. se reduce la jornada laboral del empleado (padre o madre);
3. El empleo de su padre/madre empleado termina por causas distintas a una mala conducta flagrante; o
4. Los padres se divorcian; o
5. El hijo deja de ser elegible para la cobertura conforme al Plan como un “hijo dependiente” (a los 26 años).

No puede optar por la cobertura de COBRA para su cónyuge o sus hijos dependientes que no estén cubiertos en virtud del Plan al momento del evento que califica. No obstante, si un empleado adquiere un nuevo dependiente elegible a través de un matrimonio, un nacimiento o una adopción durante el período de continuación de la cobertura de COBRA, el empleado puede optar por la cobertura de COBRA para dicha persona. Una vez que la persona se inscribe en la continuación de la cobertura de COBRA, será tratada como los demás beneficiarios que califican con respecto al mismo evento que califica. El período máximo de cobertura para ese cónyuge o niño se mide a partir de la misma fecha que el resto de los beneficiarios que califican con respecto al mismo evento que califica (y no desde la fecha de nacimiento o colocación en adopción del niño o el matrimonio con el cónyuge). Para agregar un nuevo dependiente, usted debe notificar a la oficina del Fondo en el plazo de 30 días a partir del nacimiento, la colocación en adopción o el matrimonio.

El período máximo de cobertura en virtud de COBRA es de 36 meses, incluso si experimenta otro evento que califica mientras ya tiene la cobertura de COBRA. Si está cubierto en virtud de COBRA por 18 meses debido a la desvinculación del empleo o la reducción en las horas, los dependientes que estaban cubiertos cuando se produjo el primer evento que califica (cónyuge, niño u otro dependiente elegible) pueden extender la cobertura por otros 18 meses en el caso de su muerte o si:

- Se divorcia;
- Su hijo ya no cumple con los requisitos para ser un dependiente elegible en virtud del Plan; o
- Usted es elegible para Medicare.

Por ejemplo, supongamos que usted deja de trabajar (primer evento que califica de COBRA) y usted y sus dependientes cubiertos optan por la cobertura de COBRA por 18 meses. No obstante, tres meses después de que comience su cobertura de COBRA, su hijo cumple 26 años y ya no califica para la cobertura del Plan a partir del último día del mes en que cumpla los 26 años. Entonces, su hijo puede continuar con la cobertura de COBRA por separado por otros 33 meses, por un total de 36 meses de cobertura de COBRA. Se requieren una notificación a la oficina del Fondo en el plazo de 60 días a partir de este segundo evento que califica, la elección oportuna de la continuación de la cobertura y los autopagos.

Usted, como el empleado elegible, no tiene derecho a la cobertura de COBRA por más del total de 18 meses si su empleo finaliza o si sus horas son reducidas (excepto que quede discapacitado durante los primeros 60 días de la cobertura de COBRA). Por lo tanto, si sufre una reducción en las horas seguida de la finalización del empleo, esta última no se considerará como un segundo evento que califica y usted no podrá extender la cobertura.

Cómo notificar a la oficina del Fondo

Usted y la oficina del Fondo son responsables cuando se producen eventos que califican para que usted o sus dependientes cubiertos sean elegibles para la cobertura de COBRA. Su familia debe notificar a la oficina del Fondo en el caso de su muerte. Usted o su dependiente deben notificar por escrito a la oficina del Fondo en el plazo de 60 días en el caso de un divorcio o pérdida del estado de dependiente de un hijo en virtud del Plan. Si no notifica a la oficina del Fondo en el plazo de 60 días en el caso de dichos eventos, usted o sus dependientes cubiertos perderán el derecho a optar por la cobertura de COBRA.

Cuando se notifica a la oficina del Fondo en forma oportuna que se ha producido uno de estos eventos, usted y sus dependientes cubiertos recibirán un aviso sobre sus derechos a optar por la cobertura de COBRA. Una vez que recibe el aviso de COBRA, tiene 60 días a partir de la fecha en que perdería su cobertura o la fecha en que reciba el aviso de COBRA sobre la cobertura, lo que suceda más tarde. Sus dependientes cubiertos tienen la opción de elegir una cobertura independiente de la suya, si usted no opta por la cobertura de COBRA. Por ejemplo, su cónyuge puede optar por la cobertura de COBRA, incluso cuando usted no lo haga. Se puede optar por la cobertura de COBRA para uno, varios o todos los hijos que sean beneficiarios que califican. Uno de los padres puede optar por continuar la cobertura en nombre de cualquiera de los hijos. Usted o su cónyuge pueden optar por la cobertura de COBRA en nombre de todos los beneficiarios que califican.

Si se divorcia, debe notificar a la oficina del Fondo de inmediato acerca del divorcio y presentar una copia de la sentencia de divorcio. Usted y su excónyuge tienen responsabilidad conjunta y solidaria respecto de cualquier importe abonado en nombre de su excónyuge o hijastro luego de un divorcio. Si no reembolsa al Plan los costos de los beneficios prestados en nombre de dicho excónyuge o hijastro, usted y sus dependientes elegibles dejarán de serlo para la cobertura. No obstante, si reembolsa al Plan la cantidad de los beneficios que el plan pagó en nombre de un excónyuge, o cualquier otro dependiente elegible, más los costos en los que haya incurrido el Plan para obtener el reembolso, su cobertura se restaurará con carácter prospectivo.

IMPORTANTE: Un divorcio no cambia a su beneficiario ni invalida la designación que previamente haya hecho de su excónyuge como beneficiario para los beneficios de seguro de vida o muerte y mutilación accidentales. Si usted se divorció y desea cambiar de beneficiario, debe presentar un nuevo formulario de designación de beneficiario ante la oficina del Fondo.

Cómo pagar la cobertura de COBRA

Si usted o un dependiente cubierto optan por continuar la cobertura en virtud de COBRA, usted o el dependiente cubierto deben pagar el costo total de la cobertura más un 2 % de gastos administrativos. Si es elegible para recibir la continuación de la cobertura por 29 meses debido a una discapacidad, su costo aumentará a 150 % del costo total de la continuación de la cobertura entre los meses 19 a 29 de cobertura.

Su primer pago debe realizarse dentro de los 45 días después de que opte por la continuación de la cobertura y debe incluir pagos retroactivos por hasta el día que su cobertura o la de sus dependientes cubiertos por el Plan se cancelaran.

Los pagos subsiguientes se deben abonar el primer día del mes y no deben efectuarse más de 30 días luego de esa fecha. Un pago se considera efectuado en la fecha en la que fue enviado al Plan. Si hubiera dudas respecto de cuándo fue la fecha de envío, la oficina del Fondo utilizará la fecha del sello postal para determinar dicha fecha. Su período de gracia es el período de 30 días. Si usted paga luego de la fecha de vencimiento pero antes de que finalice el período de gracia, la oficina del Fondo cancelará su cobertura a partir de la fecha de vencimiento y luego la restaurará en forma retroactiva hasta dicha fecha. Si un pago se efectúa en forma tardía (después del vencimiento del período de gracia), la cobertura se cancelará en forma retroactiva al último día del mes por el que se efectuó el pago y no puede restaurarse.

Cuándo se cancela la cobertura de COBRA

La continuación de la cobertura de COBRA para usted o sus dependientes cubiertos puede finalizar por cualquiera de los siguientes motivos:

- La cobertura ha continuado por el período máximo de 18, 29 o 36 meses;
- El Plan ya no ofrece cobertura médica grupal;
- El Plan cancela la cobertura con causa, como la presentación de una reclamación fraudulenta, de la misma manera que la cobertura se cancelaría para los empleados activos en una situación similar;
- Usted o un dependiente no pagan la cobertura de COBRA antes de que finalice el período de gracia de los pagos;
- La persona que opta por la cobertura es viuda o divorciada, a continuación se vuelve a casar y es elegible para recibir la cobertura del plan de salud grupal del nuevo cónyuge;
- Continúa la cobertura entre los meses 19 a 29 de la discapacidad y la Administración del Seguro Social determina que usted ya no está discapacitado;
- o
- Usted o un dependiente cubierto obtienen el derecho a Medicare después de la cobertura de COBRA;

CÓMO ACCEDER A SU ATENCIÓN MÉDICA... ¿QUÉ SUCEDE CUANDO...?

Padece una situación médica

Si necesita consultar al médico...

- Llame a su médico para hacer una cita.
- Si necesita encontrar un médico del área de servicio de la red “Point of Service” (“POS”) que participe en la red de Anthem, visite www.anthem.com. Puede buscar un proveedor por nombre, dirección, idioma que habla, especialidad y afiliación al hospital.
- Para encontrar proveedores fuera de la red de Anthem, que participen en el programa “Organización de proveedores preferidos” (Preferred Provider Organization, PPO) de BlueCard®, llame al
- (800) 810-BLUE (2583), o visite www.anthem.com.
- Tenga con usted la tarjeta de identificación médica cuando vaya a una consulta con cualquier médico de la red.
- Muestre la tarjeta de identificación al recepcionista y abone el copago requerido.
- Si utiliza un médico de la red, por lo general, no debe completar ningún formulario de reclamaciones.

*Anthem opera en los siguientes 28 condados del este del Estado de Nueva York: Albany, Bronx, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Fulton, Greene, Kings, Montgomery, Nassau, Nueva York, Orange, Putnam, Queens, Rensselaer, Richmond, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Suffolk, Sullivan, Ulster, Warren, Washington, Westchester.

Si necesita cirugía...

- Pregunte a su médico por la cirugía ambulatoria u otras formas de tratar su problema. En ocasiones, es posible que necesite suministros y servicios médicos en forma ambulatoria, sin tener que ingresar en un hospital. Acuda a un cirujano de la red para minimizar los costos.
- Llame al Programa de Administración Médica al (800) 848-9200 para certificar previamente el procedimiento. No obstante, no es necesario que llame si tiene programada una cirugía ambulatoria. (Si se presentan complicaciones durante o después de la cirugía y debe ingresar en un hospital, comuníquese con el Programa en el plazo de un día hábil desde su ingreso o tan pronto como sea razonablemente posible dadas las circunstancias).

Cómo comunicarse con el Programa de Administración Médica

Llame al Programa de Administración Médica (Medical Management Program, MMP) al (800) 848-9200 cuando necesite certificar previamente el ingreso a un hospital o un procedimiento quirúrgico. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 9: 00 a. m. a 5: 00 p. m., hora del este. Si llama fuera del horario de atención o durante un fin de semana, deje un mensaje con su nombre y número telefónico, y un contacto adicional. Su mensaje se enviará al siguiente día hábil.

Si no certifica previamente el ingreso a un hospital o el procedimiento quirúrgico, es posible que se reduzcan sus beneficios.

Si necesita hospitalizarse...

- Para minimizar los costos, acuda a un hospital y a un equipo de médicos de la red.
- Llame al Programa de Administración Médica al (800) 848-9200 para certificar previamente su ingreso y la duración de la hospitalización.
- Tenga con usted la tarjeta de identificación médica cuando vaya al hospital.

Si tiene una emergencia...

- En caso de una verdadera emergencia, vaya directamente a la sala de emergencias. Si no está seguro sobre la mejor fuente de atención, llame a su médico. Este le dirá si necesita un tratamiento inmediato y le indicará un lugar donde realizarlo.
- Comuníquese con el Programa de Administración Médica al (800) 848-9200 en el plazo de 48 horas de recibida la atención o tan pronto como sea razonablemente posible para garantizar que reciba los beneficios de la red. Si no llama dentro del plazo estipulado, es posible que se reduzcan sus beneficios.

Necesita obtener medicamentos con receta

El Fondo cubre solo medicamentos genéricos en farmacias minoristas o pedidos por correo.
--

Si solo necesita un suministro para hasta 30 días...

- Lleve su receta a una farmacia local que participe en la red Express Scripts. Para encontrar una farmacia que participe, visite www.Express-Scripts.com o pregunte a su farmacia minorista si participa en la red Express Scripts.
- Muestre la tarjeta de identificación de medicamentos con receta al farmacéutico.

- Abone el copago requerido.
- Si no lleva la receta a la farmacia de Express Scripts, tendrá que pagar el costo total de los medicamentos recetados y solicitar un recibo. Luego, debe presentar una reclamación a Express Scripts y se le reembolsarán los gastos elegibles. Puede obtener los formularios de reclamaciones en la oficina del Fondo o si llama a Servicios para los Miembros de Express Scripts al (800-711-0917).

Si solo necesita un suministro para hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento...

- Envíe por correo la receta al programa de farmacias de Express Scripts.
- Abone el copago requerido.

Fallece o sufre una lesión en un accidente

- Su beneficiario debe notificar a la oficina del Fondo sobre su fallecimiento y enviar una copia notariada de su certificado de defunción.
- Si resulta lesionado en un accidente, debe proporcionar a la oficina del Fondo un comprobante de su pérdida para recibir su beneficio.

Cambia la elegibilidad de su dependiente

Si su dependiente ya no es elegible...

- Notifique a la oficina del Fondo si su hijo ya no es elegible para participar en el Plan porque ya no cumple con la definición de dependiente elegible.
- La continuación de la cobertura está disponible a través de COBRA por hasta 36 meses.

Se casa

Si se casa...

- Agregue a su cónyuge como dependiente del Plan y actualice las designaciones de sus beneficiarios por seguro de vida y muerte y mutilación accidentales.
- Notifique a la oficina del Fondo sobre cualquier dependiente que quiera agregar a su cobertura en el plazo de 30 días a partir de su matrimonio.

Si se divorcia...

- Notifique a la oficina del Fondo y retire a su cónyuge de la cobertura en el plazo de 30 días a partir de que el divorcio sea definitivo. (Su excónyuge tendrá la opción de continuar con la cobertura de COBRA por hasta 36 meses si se encontraba cubierto al momento del divorcio).
- Notifique al Plan si desea actualizar la designación de beneficiarios para los beneficios de seguro de vida y muerte y mutilación accidentales.

Usted y su excónyuge serán responsables de los costos de cobertura en los que el Plan incurra como resultado de su imposibilidad de notificar a la oficina del Fondo sobre el divorcio. Además, su cobertura y la de sus dependientes elegibles se cancelarán en forma permanente si el Plan paga reclamaciones en nombre de su excónyuge porque usted no notificó al Plan sobre su divorcio. No obstante, si reembolsa al Plan el importe total adeudado, más los costos en los que el Plan incurrió para obtener el reembolso, su elegibilidad se restaurará en forma prospectiva.

Está embarazada o adopta un hijo

En caso de embarazo...

- Programe citas prenatales con su médico. Estas citas están cubiertas por el Plan.
- Pida a su médico que le brinde los documentos que necesita para calificar para los beneficios de reemplazo de ingresos por discapacidad a corto plazo.
- Llame al Programa de Administración Médica al (800) 848-9200 para certificar previamente su ingreso por maternidad tan pronto como sea posible. Solicitamos una notificación dentro de los primeros tres meses de embarazo cuando sea posible. Es mejor llamar tan pronto se confirme el embarazo, pero no más tarde del tercer mes, y nuevamente dentro de las 24 horas del nacimiento del bebé. Esto le garantizará recibir el máximo de beneficios.

Cuando nace su bebé...

- Inscriba al recién nacido (o al menor recién adoptado) en el Plan dentro de los 30 días.

COBERTURA MÉDICA

Comprender los aspectos básicos

El Plan le ofrece servicios de atención médica integrales.

- Puede utilizar cualquier proveedor que participe en la red de Anthem y se encuentre dentro del área operativa de Anthem. O bien, puede utilizar proveedores fuera del área operativa de Anthem que participen en el programa PPO de BlueCard®. Estos médicos, hospitales y otros proveedores de servicios se denominan “proveedores de la red”.
- Puede utilizar proveedores que no participen en la red, los denominados proveedores “fuera de la red”. **Advertencia:** **Es muy probable que reciba una “facturación de saldos” si utiliza un proveedor fuera de la red. Una “facturación de saldo” es la factura que le emite el proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y el monto permitido.* Los montos adicionales por los que será financieramente responsable pueden ser altos; por este motivo, debería utilizar un proveedor de la red siempre que sea posible.

Proveedores de la red

Recibirá un mayor nivel de beneficios cuando utilice proveedores de la red. Estos cuidadores participantes ofrecen servicios y suministros médicos por una tarifa acordada previamente. Una vez que llegue a su deducible anual, muchos servicios se pagan hasta un 80 %. Por lo general, no es necesario presentar reclamaciones cuando se utiliza un proveedor de la red.

El POS del Plan tiene acceso a una red de proveedores a través de Anthem. La red incluye médicos, hospitales, laboratorios y otros centros médicos. Tiene la posibilidad de recibir atención de parte de cualquier proveedor que participe en la red de Anthem o cualquier proveedor fuera del área operativa de Anthem que participe en el programa PPO de BlueCard®.

Qué obtiene cuando permanece dentro de la red de Anthem

- Acceso a una de las mayores redes de médicos y hospitales en el Estado de Nueva York.
- Proveedores que siempre revisan sus estándares de calidad.
- Un mínimo de costos a su cargo por una variedad de servicios hospitalarios y médicos.
- Sin obligación de presentar formularios de reclamaciones.
- Cobertura para usted y su familia cuando viajan o viven temporalmente fuera del área de servicio.

La clave para utilizar su plan POS es comprender cómo se pagan los beneficios. Para recibir un máximo de beneficios en virtud de POS, debe utilizar un proveedor de la red. Los servicios de la red son aquellos que presta un médico, un hospital o un centro de atención que hayan sido seleccionados para brindar atención a los participantes. Cuando busca atención de la red, puede disfrutar de las siguientes ventajas:

- *Elección.* Puede elegir cualquier proveedor participante de una de las mayores redes de médicos y hospitales en el Estado de Nueva York, o en todo el país entre los proveedores participantes de la red PPO de BlueCard®, a través de nuestros planes locales BlueCross y BlueShield.
- *Libertad.* No necesita que lo deriven para ver un especialista.
- *Bajo costo.* Una vez que llega al deducible anual, debe pagar un copago por las visitas al consultorio y tiene el 80 % de cobertura en la mayoría de los otros servicios.
- *Cobertura amplia.* Los beneficios están disponibles en una amplia gama de servicios de atención médica, incluidas hospitalizaciones, consultas a especialistas, fisioterapia y atención médica en el hogar.
- *Conveniencia.* Por lo general, no debe presentar formularios de reclamaciones.

El logotipo de un maletín en su tarjeta de identificación indica que usted es miembro del programa PPO de BlueCard®. Para encontrar un proveedor de la red PPO de BlueCard®, visite www.anthem.com, o llame al (800) 810-BLUE (2583).

Cuando viaja, Anthem le brinda los beneficios a través de los siguientes programas:

Programa BlueCard®

Atención de emergencia a través del programa BlueCard®

Anthem participa en un programa administrado por la Asociación BlueCross and BlueShield, denominado programa BlueCard®. Este programa es independiente del programa PPO BlueCard®, descrito a continuación, y está a su disposición solo si necesita atención de emergencia (es decir, para visitas a la sala de emergencia para recibir atención de emergencia o servicios de internación de emergencia a causa de su afección médica).

Los proveedores de la red BlueCard®, a diferencia de los proveedores de BlueCard®, se consideran proveedores fuera de la red, excepto en el caso de servicios de emergencia. El Programa BlueCard® ayuda a reducir los costos cuando recibe atención de emergencia fuera del área geográfica de servicio de Anthem, por parte de un proveedor que participa en otro plan BlueCross o BlueShield ("Plan Blue local"). Solo tiene que mostrar la tarjeta de identificación de Anthem a un proveedor participante y cumplir con los otros términos de este SPD cuando reciba los servicios. Cuando recibe atención médica a través del programa BlueCard®, el porcentaje de la reclamación por el que es

responsable (“responsabilidad del miembro”) se basa, en la mayoría de los casos, en el importe más bajo entre los siguientes:

El monto facturado que el proveedor participante efectivamente cobra por los servicios cubiertos; o

El precio negociado que el Plan Blue local traslada a Anthem.

Nota: algunos servicios requieren una certificación previa por parte del Programa de Administración Médica antes de recibir la atención.

Programa PPO BlueCard®

Atención cuando se encuentra fuera del área de servicios dentro de los EE. UU.

Si viaja fuera del área de servicio de Anthem, el programa PPO BlueCard® le permite utilizar otras redes de médicos, hospitales u otros proveedores PPO de los planes BlueCross o BlueShield. Como miembro de POS, se inscribirá automáticamente en el Programa PPO BlueCard®. Esto le permite recibir beneficios dentro de la red en todo el país fuera de su área de servicios, por parte de proveedores participantes con otras redes PPO de los planes Blue. Siempre y cuando esos servicios estén cubiertos en virtud del Plan, serán considerados servicios dentro de la red. Si viaja o necesita atención médica, llame al (800) 810-BLUE (2583) y solicite los nombres y las direcciones de los proveedores PPO más cercanos a usted. También puede visitar el sitio web de la Asociación BlueCross and BlueShield en www.bcbs.com para encontrar proveedores en otros estados.

Programa BlueCard® Worldwide

El Programa BlueCard® Worldwide ofrece cobertura a través de una red internacional de proveedores de atención médica. Con este programa, tiene la certeza de que recibirá atención por parte de profesionales de atención médica autorizados y que al menos un miembro del personal del hospital habla inglés o dispone de ayuda para la traducción. A continuación le mostramos cómo funciona BlueCard® Worldwide:

Llame al (804) 673-1177, las 24 horas del día, los siete días de la semana para obtener los nombres de los médicos y hospitales participantes. Fuera de los EE. UU., puede utilizar este número al marcar el número de acceso de AT&T Direct®.

Muestre la tarjeta de identificación de Anthem en el hospital. Si ingresa, solo tendrá que pagar los gastos no cubiertos por el Plan, como copagos, coseguro, deducibles y artículos personales. Recuerde llamar a Anthem dentro de las 24 horas de su ingreso, o tan pronto le sea posible.

Si recibe atención hospitalaria ambulatoria o atención de un médico del programa BlueCard® Worldwide, pague la factura al momento del tratamiento. Cuando regrese a su casa, envíe un formulario de reclamación internacional y adjunte la factura. El proveedor de atención médica puede brindarle el formulario de reclamación, o bien puede llamar al programa BlueCard® Worldwide para solicitar uno. Envíe la reclamación por correo a la dirección que figura en el formulario. Recibirá el reembolso menos los copagos y montos superiores al monto permitido.

Reclamaciones médicas y de establecimientos fuera de la red

Cuando busca atención de un proveedor fuera de la red, es probable que los beneficios que reciba después de llegar al deducible se reduzcan, lo que le dejará costos adicionales que paga de su bolsillo, que el Plan no reembolsará.

Los procedimientos de reembolso de reclamaciones médicas y de establecimientos fuera de la red son los siguientes:

Para los servicios cubiertos que recibe de profesionales de atención médica (médicos) fuera de la red, el monto permitido de reembolso será el 250 % de la tarifa de Medicare.

Para los servicios cubiertos que reciba en un hospital o establecimiento fuera de la red, pero dentro del área de servicio de Empire BlueCross BlueShield, el monto máximo permitido será igual al monto promedio que paga Empire por servicios comparables a los hospitales/establecimientos participantes de Empire en el mismo condado. Si no existen hospitales o establecimientos participantes similares en el mismo condado, el monto permitido será el promedio de los montos pagados por Empire por servicios comparables en hospitales o establecimientos participantes similares en el condado contiguo o los condados contiguos.

Para los servicios cubiertos que recibe en establecimientos fuera de la red, que también están fuera del área de Empire BlueCross, el monto permitido de reembolso será el 40 % de los cargos elegibles.

Ventajas de permanecer dentro de la red

Aunque existen beneficios fuera de la red, debe utilizar proveedores y establecimientos dentro de la red cuando sea posible con el fin de limitar los costos a su cargo. Si permanece dentro de la red, reduce el riesgo de que un médico o un establecimiento le facture el saldo, lo que reduce los gastos de su bolsillo. Lo alentamos encarecidamente a que usted y su familia utilicen médicos y establecimientos dentro de la red cuando sea posible con el fin de evitar facturas inesperadas. Tenga en cuenta que usted será el único responsable por los montos que puedan facturarle (llamados "montos de facturación de saldos") un proveedor o un hospital fuera de la red que superen el monto cubierto por el Fondo.

Un vistazo a sus beneficios

En el siguiente cuadro se resumen, en un formato de referencia rápida, los beneficios que es más probable que utilice.

Para cobertura dentro de la red. Después de llegar al deducible, usted paga un copago o coseguro (un porcentaje del monto permitido para las tarifas de los proveedores por los servicios), según corresponda. El Plan paga el monto restante. La atención preventiva no está sujeta al deducible, los copagos o el coseguro.

Para cobertura fuera de la red. El Plan paga por el costo de los servicios según se describe en la sección titulada “Reclamaciones médicas y de establecimientos fuera de la red”. Los proveedores y establecimientos fuera de la red no han acordado aceptar una tarifa negociada, por lo que usted es responsable de los cargos por saldos facturados que superen los montos pagados por el Plan, además del deducible, los copagos y el coseguro, según corresponda.

Consulte la sección “Lo que está cubierto y lo que no”, que sigue a continuación, para obtener más información.

<p>Deducible anual (no se aplica a la atención preventiva)</p>	<p>\$750 por persona* \$1,500 por familia*</p> <p>*Para 2015 y 2016, el deducible anual que figura en la lista anterior se redujo en un 50 % (a \$375 por persona y \$750 por familia). Esta reducción solo se aplica para 2015 y 2016 y no representa un cambio permanente en el deducible. Excepto que reciba una notificación escrita que indique lo contrario, los deducibles anuales volverán a ser de \$750 por persona y \$1,500 por familia desde 2017 en adelante.</p>												
<p>Máximo anual que paga de su bolsillo (no incluye cargos por saldo facturado)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><u>Individual</u></th> <th><u>Familia</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hospitalario/ médico</td> <td>\$6,000</td> <td>\$12,000</td> </tr> <tr> <td>Medicamentos con receta</td> <td>\$600</td> <td>\$1,200</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$6,600</td> <td>\$13,200</td> </tr> </tbody> </table>		<u>Individual</u>	<u>Familia</u>	Hospitalario/ médico	\$6,000	\$12,000	Medicamentos con receta	\$600	\$1,200	Total	\$6,600	\$13,200
	<u>Individual</u>	<u>Familia</u>											
Hospitalario/ médico	\$6,000	\$12,000											
Medicamentos con receta	\$600	\$1,200											
Total	\$6,600	\$13,200											
<p>Copago por consulta regular en consultorio</p>	<p>\$20</p>												
<p>Copago por atención preventiva</p>	<p>\$40</p>												
<p>Copago por atención preventiva</p>	<p>\$0</p>												
<p>Coseguro por todos los beneficios que no están sujetos a un copago</p>	<p>20%</p>												
<p>Límite de servicios anuales de quiropráctica</p>	<p>30 visitas</p>												

Límites de servicios anuales de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla	30 visitas
Límite de servicios anuales de enfermería especializada	60 visitas
Límite de servicios anuales de atención médica a domicilio	200 visitas
Límite de servicios de atención en un hospicio de por vida	210 días

Lo que está cubierto y lo que no

Servicios del médico

Cuando visita a su médico de la red, abona un copago de \$20 (\$40 en el caso de un especialista) después de llegar al deducible. No tiene que llenar ningún formulario de reclamación cuando consulta a un proveedor de la red.

Si busca la atención de un médico fuera de la red, el Plan paga según se indica en la sección anterior titulada "Reclamaciones médicas y de establecimientos fuera de la red". Si busca atención fuera de la red, es responsable de pagar los cargos que superen los montos pagaderos en virtud del Plan. Dada su responsabilidad financiera, es una buena idea que analice las tarifas con su médico con anticipación.

Lo que debe recordar...

- Cuando haga una cita, asegúrese de confirmar con el consultorio del médico que este es un proveedor de la red.
- Coordine anticipadamente que los registros médicos y los resultados de los exámenes sean enviados al médico.
- Si su médico lo envía a un laboratorio o un radiólogo para hacerse análisis o una radiografía, asegúrese de visitar www.anthem.com o llamar a Servicios para Miembros al (800) 810-BLUE (2583), a fin de confirmar que el proveedor pertenezca a la red de Anthem. Esto le garantizará recibir el máximo de beneficios. También debe llamar al Programa de Administración Médica al (800) 848-9200 para realizar la certificación previa. Si se encuentra fuera del área operativa de Anthem, llame al (800) 810-BLUE (2583), o visite www.anthem.com para encontrar proveedores que participen en el programa POS de BlueCard®.

Servicios médicos: lo que está cubierto

A continuación le presentamos una lista parcial de servicios médicos cubiertos adicionales:

- Consulta solicitada por el médico que lo atiende por asesoramiento respecto a una enfermedad o lesión.
- Suministros para la diabetes recetados por un proveedor autorizado, incluidos los siguiente:
 - Glucómetros (incluidos aquellos para personas legalmente ciegas)
 - Insulina, jeringas, artículos para inyección (cartuchos para personas legalmente ciegas), accesorios y bombas de insulina y dispositivos para la infusión de insulina
 - Tiras reactivas
 - Agentes orales para controlar el azúcar en sangre
 - Otros equipos y suministros requeridos por el Departamento de Salud del estado de Nueva York
 - Sistemas de gestión de la información
- Información nutricional y educación para el autocontrol de la diabetes, incluido lo siguiente:
 - Educación por parte de un médico, un enfermero certificado o un miembro del personal al momento del diagnóstico, o cuando su situación cambie en forma considerable, o cuando sea médicamente necesario.
 - Educación por parte de un enfermero educador certificado en materia de diabetes, un nutricionista certificado, un dietista certificado o un dietista registrado cuando lo deriva un médico o un enfermero certificado (puede limitarse a un entorno grupal, cuando corresponda)
 - Visitas a domicilio con fines educativos, cuando sea médicamente necesario
- Diagnóstico y tratamiento contra la enfermedad articular degenerativa relacionada con el síndrome de articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) que no sea una afección dental
- Diagnóstico y tratamiento para cirugía ortognática que no sea de naturaleza dental
- Atención de los pies y dispositivos ortésicos asociados con una enfermedad que afecta los miembros inferiores, como diabetes grave, que requiere atención de un podólogo o médico.
- Atención quiropráctica

Servicios médicos: lo que no está cubierto

A continuación se presenta una lista parcial de servicios médicos que no están cubiertos:

- Atención de rutina de los pies, que incluye el cuidado de durezas, juanetes (excepto hubiera cirugía ósea), callos, uñas encarnadas, pie plano, arcos caídos, pie débil y esguince de pie crónico
- Malestar sintomático en los pies, excepto por la cirugía capsular u ósea, relacionado con juanetes y dedo en martillo
- Dispositivos ortésicos para el tratamiento de atención de rutina de los pies
- Exámenes auditivos de rutina (pueden estar cubiertos en virtud del beneficio de audífonos)
- Audífonos y la prueba de adaptación (pueden estar cubiertos en virtud del beneficio de audífonos)
- Servicios como laboratorio, radiografías, diagnóstico por imágenes y servicios de farmacia por parte de un establecimiento con el que el médico que deriva o sus familiares cercanos tengan una relación o un interés económico
- Servicios brindados por un proveedor sin licencia o realizados fuera del alcance de la licencia del proveedor

Atención de emergencia

Dispone de cobertura para cualquier tratamiento que reciba como emergencia en la sala de emergencias de un hospital o un centro de atención de emergencia independiente. También está cubierta la cirugía menor que sea parte del tratamiento de emergencia.

Para que esté cubierta como atención de emergencia, la afección debe ser una afección médica o conductual que se manifieste con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor agudo) de modo que una persona prudente, con conocimiento normal sobre salud y medicina, podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata dé como resultado lo siguiente:

1. Poner en grave peligro la salud de una persona que padezca dicha afección (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño por nacer), o en el caso de una afección conductual, poner en grave peligro la salud de dicha persona o de otros;
2. Causar un deterioro grave de las funciones corporales de dicha persona;
3. Causar la disfunción grave de un órgano o de una parte del cuerpo de dicha persona; o
4. Producir la deformación grave de dicha persona.

Los servicios de emergencia se definen como un examen médico de detección que se encuentre dentro de las capacidades del departamento de emergencias de un hospital, incluidos servicios complementarios que suelen estar disponibles para el departamento de emergencias, con el fin de evaluar una afección de emergencia; y dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el hospital, como exámenes y tratamientos médicos adicionales necesarios para estabilizar al paciente.

Si ingresa en el hospital, usted u otra persona en su nombre deben llamar al Programa de Administración Médica antes de que se presten los servicios, o en el plazo de 48 horas después de ingresar en el hospital o recibir el tratamiento, o tan pronto como le sea posible. Si no obtiene la autorización dentro del plazo establecido, es posible que se rechacen los beneficios.

Atención médica a domicilio

La atención médica a domicilio puede ser una alternativa a una estadía extendida en un hospital o centro de enfermería especializada.

Lo que está cubierto

A continuación se presenta una lista parcial de los servicios de atención médica a domicilio y las limitaciones:

- Hasta 200 visitas de atención médica a domicilio por año y certificadas previamente. Una visita se define como hasta cuatro horas de atención. Se puede brindar atención hasta 12 horas por día (tres visitas). Su médico debe certificar que la atención médica a domicilio es médicamente necesaria y aprobar un plan de tratamiento escrito.
- Servicios de tiempo parcial por parte de un enfermero registrado (registered nurse, RN) o un enfermero auxiliar diplomado (licensed practical nurse, LPN)
- Servicios de asistencia médica en el hogar de tiempo parcial (atención de enfermería especializada)
- Fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional, si fuera de restauración
- Medicamentos, equipos y suministros médicos recetados por un médico
- Servicios de laboratorio

Además, si el Plan aprueba la agencia y el programa comienza dentro de los siete días posteriores al alta del hospital, el Plan cubrirá lo siguiente:

- Visitas por parte de un trabajador social médico
- Servicios de radiología o electrocardiogramas
- Servicios de ambulancia o ambulette hacia el hospital para atención ambulatoria

Lo que no está cubierto

- Servicios asistenciales, incluida ayuda para bañarse, alimentarse, cambiarse u otros servicios que no requieran una atención especializada
- Tratamientos de infusión domiciliarios, fuera de la red

Servicios del hospital a pacientes internados

Después de llegar al deducible anual, el Plan cubre el 80 % del costo de su atención médicamente necesaria cuando se encuentra en un hospital de la red que participa de la red POS o la red PPO de BlueCard®. Cuando utiliza un proveedor fuera de la red, los beneficios disponibles son limitados. Para encontrar un hospital de la red, llame a Servicios para Miembros al (800) 810-BLUE (2583) o visite www.anthem.com. Si se encuentra fuera del área de servicio de Anthem, llame al (800) 810-BLUE (2583), o visite www.anthem.com para encontrar proveedores que participen del programa PPO de BlueCard®.

Administración Médica

Llame al Programa de Administración Médica al (800) 848-9200 al menos dos semanas antes de cualquier cirugía o internación planificadas. En caso de un ingreso o una cirugía de emergencia, llame a la Administración Médica en el plazo de 48 horas, o tan pronto le sea razonablemente posible. De lo contrario, es posible que se rechacen sus beneficios.

La necesidad médica y la duración de la internación están sujetas a las pautas del Programa de Administración Médica. Si se determina que un ingreso o una cirugía no son médicamente necesarios, no se pagarán los beneficios.

Lo que está cubierto

A continuación figura una lista parcial de los servicios cubiertos, tanto hospitalarios ambulatorios como para pacientes internados (***algunos pueden requerir certificación previa**):

- Radiografías o análisis de laboratorio de diagnóstico y otras pruebas de diagnóstico, como electrocardiogramas, electroencefalogramas o endoscopías*
- Oxígeno y otros suministros y servicios terapéuticos de inhalación, y anestesia (incluidos los equipos para su administración)*
- Anestesiólogos, incluida una consulta antes de la cirugía, y servicios durante y después de la cirugía*
- Sangre y derivados de la sangre para atención de emergencia, cirugía en el mismo día o atenciones médicamente necesarias, como tratamiento para la hemofilia (disponible solo para pacientes ambulatorios)*
- Diagnóstico por imágenes (MRI/MRA) cuando el Programa de Administración Médica ha emitido la autorización previa*
- Comida y habitación semiprivada cuando se trata de una cantidad ilimitada de días:
 - El paciente se encuentra bajo el cuidado de un médico y
 - La estadía en el hospital es médicamente necesaria

- Salas de operaciones y de recuperación.
- Dieta especial y servicios de nutrición mientras permanece en el hospital
- Unidad de atención cardíaca
- Servicios de un médico o cirujano certificados que trabajen en el hospital
- Atención relacionada con la cirugía
- Cirugía por cáncer de mama (lumpectomía, mastectomía), incluido lo siguiente:
 - Reconstrucción posterior a la cirugía
 - Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico
 - Prótesis
 - Tratamiento de complicaciones físicas en cualquier etapa de la mastectomía, incluidos linfedemas (el paciente tiene el derecho de decidir, luego de consultar al médico, la duración de la estadía en el hospital luego de una cirugía de mastectomía).
- Uso de equipos de cardiografía
- Medicamentos, vendajes y otros suministros médicamente necesarios
- Servicios sociales, psicológicos y pastorales
- Cirugía reconstructiva asociada con lesiones, no relacionadas con una cirugía estética
- Cirugía reconstructiva debido a un defecto funcional que está presente desde el nacimiento
- Fisioterapia, terapia ocupacional, de la vista y del habla, incluidos los establecimientos, servicios, suministros y equipos relacionados con la atención médica necesaria

Lo que no está cubierto

A continuación se presenta una lista parcial de servicios hospitalarios para pacientes internados que no están cubiertos:

- Servicio de enfermería particular
- Habitación privada (si utiliza una habitación privada, debe pagar la diferencia entre el costo de la habitación privada y el costo promedio del hospital para una habitación semiprivada).
- Estadías de diagnóstico para pacientes internados, excepto que estén relacionadas con síntomas específicos que si no se tratan como hospitalización, podrían dar como resultado graves lesiones corporales o poner en riesgo la vida.
- Servicios prestados en lo siguiente:
 - Hogar de convalecencia o casa de reposo
 - Instituciones destinadas al descanso o a los ancianos
 - Centros de rehabilitación (excepto en el caso de fisioterapia)
 - Spas
 - Sanatorios
 - Enfermerías en escuelas, universidades o campamentos

- Cualquier parte de una estadía en el hospital que sea principalmente asistencial, de atención a largo plazo o estudios de diagnóstico
- Cirugía cosmética opcional o cualquier complicación relacionada, que no sea la cirugía reconstructiva de mamas posterior a una mastectomía
- Servicios de ambulancia o ambulette (excepto que se especifique lo contrario en el SPD o en una situación de emergencia)
- Servicios hospitalarios recibidos en clínicas que no cumplan con la definición de hospital o centro cubierto según el Plan
- Servicios de tratamiento residencial

Servicios hospitalarios para pacientes externos

También está cubierto para servicios hospitalarios en el mismo día (cirugía ambulatoria), como quimioterapia, radioterapia, rehabilitación cardíaca y diálisis renal. Los servicios en el mismo día son procedimientos de diagnóstico que se caracterizan por lo siguiente:

- Se realizan en un centro hospitalario quirúrgico ambulatorio o de servicio en el mismo día,
- Requieren el uso de habitaciones de recuperación postoperatoria o quirúrgica,
- Pueden requerir anestesia local o general,
- No requieren el ingreso como paciente internado, porque no es adecuado o médicamente necesario y
- Justificaría el ingreso como paciente internado en ausencia de un programa quirúrgico para el mismo día.

Lo que está cubierto

A continuación figura una lista parcial de los servicios ambulatorios cubiertos adicionales (***algunos pueden requerir certificación previa**):

- Radiografías o análisis de laboratorio de diagnóstico y otras pruebas de diagnóstico, como electrocardiogramas, electroencefalogramas o endoscopías*
- Oxígeno y otros suministros y servicios terapéuticos de inhalación, y anestesia (incluidos los equipos para su administración)*
- Anestesiólogos, incluida una consulta antes de la cirugía, y servicios durante y después de la cirugía*
- Sangre y derivados de la sangre para atención de emergencia, cirugía en el mismo día o atenciones médicamente necesarias, como tratamiento para la hemofilia (disponible solo para pacientes ambulatorios)*
- Diagnóstico por imágenes (MRI/MRA) cuando el Programa de Administración Médica ha emitido la autorización previa
- Centros quirúrgicos ambulatorios y para el mismo día
- Cirujanos

- Asistencia quirúrgica en los siguientes casos:
 - No hay nadie disponible en el hospital o el centro donde se realiza la cirugía y
 - El asistente quirúrgico no es empleado del hospital
- Quimioterapia y radioterapia, incluidos los medicamentos en el departamento para tratamientos ambulatorios de un hospital, el consultorio de un médico o un centro. Los medicamentos que son parte del tratamiento hospitalario ambulatorio están cubiertos si el hospital los receta y la farmacia del hospital los surte.
- El tratamiento de diálisis renal (incluidas la hemodiálisis y la diálisis peritoneal) está cubierto en los siguientes entornos hasta que el paciente sea elegible para los beneficios de diálisis por enfermedad renal en etapa terminal en virtud de Medicare:
 - En el hogar, cuando un médico lo administra, supervisa y coordina, y el paciente se ha registrado en un centro de tratamiento para enfermedad renal aprobado (la asistencia profesional para realizar diálisis y cualquier arreglo de mobiliario, eléctrico, de plomería o de otro tipo, necesarios para permitir el tratamiento de diálisis en el hogar no están cubiertos)
 - En un centro independiente o con base en un hospital.

Lo que debe recordar...

- *Análisis prequirúrgicos.* Si su médico le indica análisis prequirúrgicos, asegúrese de hacérselos en el plazo de siete días antes de la cirugía, en el mismo hospital en el que se la vaya a realizar. Debe reservar una cama de hospital y una sala de operaciones antes de que se puedan cubrir los análisis prequirúrgicos.
- *Cirugía en el mismo día.* El hospital o el centro ambulatorio donde se realiza la cirugía en el mismo día pueden exigir que alguien lo lleve a su casa después del procedimiento. Asegúrese de preguntar sobre dicha política y organice el transporte con anticipación.
- *Precertificación.* No necesita obtener una certificación previa si tiene programada una cirugía ambulatoria (excepto en el caso de cirugía cosmética/reconstructiva médicamente necesaria, trasplantes para pacientes ambulatorios, procedimientos oftalmológicos o relacionados con la vista). No obstante, si se presentan complicaciones durante o después de la cirugía y necesita ingresar en un hospital, debe comunicarse con el Programa de Administración Médica en el plazo de 48 horas desde su ingreso, o tan pronto como sea razonablemente posible).

Lo que no está cubierto

A continuación se presenta una lista parcial de servicios ambulatorios que no están cubiertos:

- Cirugía en el mismo día no certificada previamente por el Programa de Administración Médica como médicamente necesaria (si se requiere la certificación previa)
- Atención médica de rutina que incluye, entre otros, lo siguiente:
 - Inoculación o vacunación
 - Inyección o administración de medicamentos, excepto en el caso de quimioterapia
- Recolección o almacenamiento de su propia sangre, productos derivados de la sangre, semen o médula ósea

Atención por maternidad

Después de que llegue al deducible anual, el Plan cubre el 80 % del costo de su atención médicamente necesaria en caso de atención por maternidad y al recién nacido cuando utiliza proveedores de la red. Esto incluye pruebas de rutina relacionadas con el embarazo, atención de obstetricia en el hospital o centro de nacimiento y la atención de enfermería de rutina para el recién nacido.

Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y de las Mamás de 1996

Tenga en cuenta que los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud que ofrecen cobertura de seguro grupal, en virtud de la ley federal, por lo general no pueden limitar los beneficios de la duración de la hospitalización relacionada con un nacimiento, tanto para la madre como para el recién nacido, a menos de 48 horas luego de un parto natural normal, o a menos de 96 horas luego de un parto por cesárea. No obstante, la ley federal no suele prohibir al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, luego de consultar con la madre, dar de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no puede, conforme la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para indicar una duración de la estadía superior a las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

Lo que está cubierto

A continuación se presenta una lista parcial de los servicios cubiertos relacionados con la maternidad:

- Una visita de atención en el hogar si la madre se retira antes del límite de 48 horas (o 96 horas). La madre debe solicitar la visita al hospital o a una agencia de atención médica en el hogar dentro de este plazo (no se requiere

certificación previa). La visita debe realizarse en el plazo de 24 horas luego del alta o del momento de la solicitud, lo que se produzca más tarde.

- Servicios de una enfermera partera certificada afiliada a un centro autorizado. Los servicios de la enfermera partera deben prestarse bajo la supervisión de un médico.
- Educación para el paciente, capacitación y asistencia para amamantar o dar el biberón, si corresponde.
- Circuncisión de recién nacidos varones
- Atención especial para el bebé si este permanece en el hospital más tiempo que la madre (llame al Programa de Administración Médica para obtener la certificación previa para la estadía en el hospital)
- Habitación semiprivada
- Si el bebé nace prematuro (menos de 5.5 libras), el costo del tratamiento en una unidad de cuidados prematuros aprobada y el costo de una incubadora para un bebé con cualquier peso

Lo que no está cubierto

- Días en el hospital que no sean médicamente necesarios (superan el límite de 48/96 horas)
- Servicios que no son médicamente necesarios
- Habitación privada
- Instalaciones en los centros de nacimiento fuera de la red
- Servicio de enfermería particular

Equipos y suministros médicos

Dispositivos protésicos, ortésicos y equipos médicos duraderos médicamente necesarios, y suministros médicos que suelen estar cubiertos por el Plan, una vez que llega al deducible. Al momento de esta impresión, los proveedores cubiertos son Edgepark (800) 321-0591 y Durable Medical Equipment (DME) (800) 244-4660.

Administración Médica

El proveedor de la red debe certificar previamente el alquiler o la compra de equipos y suministros; debe llamar al Programa de Administración Médica al (800) 848-9200. Cuando utiliza un proveedor fuera del área de servicio de Anthem a través del Programa PPO de BlueCard®, usted es responsable de certificar previamente los servicios. Un proveedor de la red de Anthem no puede facturarle por los servicios cubiertos. Si recibe una factura de uno de estos proveedores, comuníquese con Servicios para los Miembros.

Lo que está cubierto

Los equipos y suministros cubiertos incluyen lo siguiente:

- Dispositivos protésicos, ortésicos (dispositivos ortopédicos) y equipos médicos duraderos de proveedores de la red, cuando los indica un médico y los aprueba del Programa de Administración Médica, incluidos los siguientes:
 - Brazos, piernas, ojos, orejas, nariz, laringe y prótesis mamarias externas artificiales
 - Marcapasos electrónico
 - Lentes recetados, si hay faltante de lentes orgánicos
 - Dispositivos de apoyo esenciales para el uso de un miembro artificial
 - Frenos correctivos
 - Sillas de ruedas, camas del tipo de hospital, equipos para oxígeno, monitores de apnea nocturna
- Alquiler (o compra cuando sea más económica que el alquiler) de equipos médicos duraderos médicamente necesarios
- Reemplazo de equipos médicos cubiertos debido al desgaste, daños, o cambios en las necesidades del paciente, cuando lo indique un médico
- Costo razonable de reparaciones y mantenimiento de equipos médicos cubiertos
- Suministros médicos descartables, como jeringas
- Fórmulas enterales con una orden escrita de un médico u otro proveedor de atención autorizado que indique lo siguiente:
La fórmula es médicamente necesaria y efectiva y
Sin la fórmula, el paciente resultaría desnutrido, sufriría trastornos físicos graves o moriría
- Productos alimenticios sólidos modificados para el tratamiento de determinadas enfermedades hereditarias, si un médico u otro proveedor de atención autorizado proporcionan una orden escrita
- Vendajes quirúrgicos, yesos, entablillados, armazones y frenos

Lo que no está cubierto

Los equipos o servicios que se detallan a continuación se encuentran entre lo que no está cubierto por el Plan:

- Aires acondicionados o purificadores
- Humidificadores o deshumidificadores
- Equipos de ejercicios
- Piscinas
- Dentaduras postizas
- Audífonos (aunque están cubiertos en virtud del beneficio de audífonos)

Salud mental y abuso de sustancias

El Plan cubre el tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias y alcohol, desintoxicación con hospitalización, rehabilitación en caso de abuso de sustancias o alcohol y atención de la salud mental para pacientes internados y ambulatorios.

Administración Médica

Debe certificar previamente los servicios de tratamiento por abuso de sustancias o de atención de salud mental por anticipado; llame al Programa de Administración Médica al (800) 848-9200. Un asesor lo derivará a un hospital, centro o proveedor adecuados y enviará una confirmación escrita de los servicios que se autorizan. También debe llamar para saber si un proveedor o centro están cubiertos dentro de la red.

Si ingresa de emergencia en un hospital u otro centro de internación por problemas de salud conductual, usted o alguien en su nombre deben llamar dentro de las 48 horas o tan pronto sea razonablemente posible después del ingreso.

Si no llama para certificar previamente la atención de salud conductual, o si llama pero no sigue las recomendaciones del tratamiento, es posible que se rechacen los beneficios.

Lo que está cubierto

Los siguientes servicios de salud conductual están cubiertos:

- Terapia electroconvulsiva para el tratamiento de trastornos conductuales o mentales (si está previamente certificada).
- Atención de psiquiatras, psicólogos o asistentes sociales autorizados que presten servicios psiquiátricos o psicológicos dentro del alcance de sus prácticas, incluido el diagnóstico y el tratamiento de trastornos conductuales o mentales. Los asistentes sociales deben estar autorizados por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York o una organización equiparable en otro estado y tener tres años de experiencia supervisada postuniversitaria en psicoterapia y otros tres años de experiencia supervisada después de la licenciatura en psicoterapia.

Lo que no está cubierto

Los siguientes servicios de salud conductual no están cubiertos:

- Atención de psiquiatras, psicólogos o asistentes sociales no certificados conforme la Ley de Seguros del Estado de Nueva York, o una legislación comparable fuera de Nueva York.
- La atención que no sea médicamente necesaria.

Tratamiento por abuso de sustancias o alcohol

Lo que está cubierto

- Los servicios de asesoramiento familiar en un centro de tratamiento ambulatorio. Se pueden prestar antes de que comience el tratamiento del paciente. Sus dependientes elegibles pueden recibir visitas de asesoramiento médicamente necesarias; y
- Tratamiento ambulatorio fuera de la red en un centro que:
 - Tenga una certificación del Estado de Nueva York por parte de la Oficina de Servicios por Abuso de Sustancias y Alcoholismo, y
 - Tenga la aprobación de la Comisión Conjunta respecto de la Acreditación de las Organizaciones de Salud, si está fuera del estado. El programa debe ofrecer servicios adecuados al diagnóstico del paciente.

Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla

Los beneficios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla están disponibles para pacientes ambulatorios, sujetos al deducible y el límite anual de 30 visitas.

Lo que está cubierto

Para estar cubiertos, la fisioterapia, los servicios de rehabilitación o la combinación de estos para pacientes internados o ambulatorios hasta el máximo del Plan, estos deben ser:

- Recetados por un médico y
- Diseñados para mejorar o restaurar el funcionamiento físico dentro de un plazo razonable.

Además de los requisitos anteriores, la atención ambulatoria debe brindarse en el hogar, en el consultorio del terapeuta o en un centro ambulatorio. La terapia para pacientes internados debe ser a corto plazo.

La terapia ocupacional, del habla o de la vista, o la combinación de estas para pacientes internados o ambulatorios hasta el máximo del Plan deben ser:

- Recetadas por un médico junto con los servicios de un médico,
- Prestadas por personal médico especializado en el hogar, en el consultorio del terapeuta o en un centro ambulatorio,
- Realizadas por audiólogos o patólogos del habla o del lenguaje autorizados y
- Aprobadas por el Programa de Administración Médica.

Lo que no está cubierto

Los siguientes servicios de terapia no están cubiertos:

- Terapia para mantener o evitar el deterioro de las habilidades físicas actuales del paciente y
- Análisis, evaluaciones o diagnósticos recibidos dentro de los 12 meses antes de la derivación del médico o la orden para terapia ocupacional, del habla o de la vista.

Atención preventiva

La atención preventiva es una parte importante y valiosa de su atención médica. Los controles físicos regulares y los exámenes de detección adecuados pueden ayudarle a usted y a su médico a detectar una enfermedad en una etapa temprana, a minimizar el riesgo de padecer un problema de salud grave y a reducir el riesgo de incurrir en mayores costos. El Plan le brinda a usted y a su familia servicios de atención preventiva gratuitos cuando utilizan proveedores de la red. Por ejemplo, usted y sus dependientes pueden tener un examen físico por año sin costo compartido si visita a un proveedor de la red. Además, los siguientes servicios preventivos están cubiertos sin costo compartido si los recibe de un proveedor de la red.

Lo que está cubierto

Para adultos

- Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal por única vez para hombres de determinadas edades que han fumado en algún momento
- Examen de detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol
- Uso de aspirinas para evitar enfermedad cardiovascular en hombres y mujeres de determinadas edades
- Examen de la presión arterial
- Examen de detección de colesterol para adultos de determinadas edades o con alto riesgo
- Examen de detección de cáncer colorrectal para adultos mayores de 50 años
- Prueba de detección de depresión
- Examen de detección de diabetes (Tipo 2) para adultos con presión arterial alta
- Asesoramiento nutricional para adultos con mayor riesgo de padecer una enfermedad crónica
- Examen de detección de hepatitis B para personas con alto riesgo, incluidas las personas provenientes de países con 2 % o más de incidencia de la hepatitis B, así como personas nacidas en los EE. UU. que no fueron vacunadas al nacer y con al menos uno de los padres que haya nacido en una región donde la incidencia de la hepatitis B sea del 8 % o más
- Examen de detección de hepatitis C para adultos con mayor riesgo y una única vez para todas las personas nacidas entre 1945 y 1965

- Examen de detección de VIH para todas las personas entre los 15 y 65 años, y otras edades cuando hay mayor riesgo
- Vacunas de inmunización para adultos: las dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas pueden variar:
 - Difteria
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Herpes Zóster
 - Virus del papiloma humano (VPH)
 - Gripe (vacuna contra la gripe)
 - Sarampión
 - Meningocócica
 - Paperas
 - Tos ferina
 - Neumococo
 - Rubéola
 - Tétano
 - Varicela
- Examen de detección de cáncer de pulmón para adultos entre los 55 y 80 años con alto riesgo de padecer este tipo de cáncer por ser grandes fumadores o haber dejado el hábito en los últimos 15 años
- Prueba de detección de obesidad y asesoramiento
- Asesoramiento sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos con alto riesgo
- Examen de detección de sífilis para adultos con alto riesgo
- Examen de detección de consumo de tabaco para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar para todos los consumidores de tabaco

Para mujeres embarazadas o mujeres que pueden quedar embarazadas

- Examen de detección de anemia de rutina
- Asistencia y asesoramiento integrales sobre lactancia por parte de proveedores capacitados, así como acceso a suministros para amamantar para mujeres embarazadas y lactantes.
- Anticonceptivos: métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento al paciente, según lo indica el proveedor de atención médica para las mujeres con capacidad de reproducción (no incluye medicamentos abortivos).
- Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden quedar embarazadas
- Examen de detección de diabetes gestacional para mujeres con 24 a 28 semanas de embarazo y aquellas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional
- Examen de detección de gonorrea para todas las mujeres con alto riesgo

- Examen de detección de hepatitis B para mujeres embarazadas durante la primera consulta prenatal
- Examen de detección de incompatibilidad de Rh para todas las mujeres embarazadas, y pruebas de seguimiento para mujeres con alto riesgo
- Examen de detección de sífilis
- Asesoramiento e intervenciones ampliadas para dejar de fumar para mujeres embarazadas que consumen tabaco
- Examen de detección de infecciones urinarias o de otro tipo

Otros servicios preventivos cubiertos para las mujeres

- Asesoramiento sobre pruebas genéticas relacionadas con el cáncer de mama (BRCA) para mujeres con alto riesgo
- Mamografías para la detección de cáncer de mamas cada 1 o 2 años para mujeres mayores de 40
- Asesoramiento sobre quimioprevención del cáncer de mama para mujeres con alto riesgo
- Examen de detección de cáncer de cuello de útero para mujeres sexualmente activas
- Examen de detección de infección por clamidia para mujeres jóvenes y otras mujeres con alto riesgo
- Examen de detección de violencia doméstica o interpersonal y asesoramiento para todas las mujeres
- Examen de detección de gonorrea para todas las mujeres con alto riesgo
- Examen de detección de VIH y asesoramiento para mujeres sexualmente activas
- Prueba de ADN de virus del papiloma humano (VPH) cada 3 años para mujeres con resultados de citología normales que tengan 30 años o más
- Examen de detección de osteoporosis para mujeres de más de 60 años, según los factores de riesgo
- Pruebas de seguimiento tras el examen de detección de incompatibilidad de Rh para mujeres con alto riesgo
- Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual para mujeres sexualmente activas
- Examen de detección de sífilis para mujeres con alto riesgo
- Examen de detección de consumo de tabaco e intervenciones
- Consultas de revisión para recibir servicios recomendados para mujeres menores de 65 años

Cobertura de servicios médicos preventivos para niños

- Evaluaciones de consumo de alcohol y drogas en adolescentes
- Examen de detección de autismo para niños entre 18 y 24 meses

- Evaluaciones de conducta para niños entre: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años
- Examen de detección de presión arterial en niños entre: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años
- Examen de detección de displasia de cuello de útero para mujeres sexualmente activas
- Examen de detección de depresión para adolescentes
- Examen de detección de problemas del desarrollo para niños menores de 3 años
- Examen de detección de dislipidemia para niños con alto riesgo de padecer trastornos lipídicos, de entre las siguientes edades: 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años
- Suplementos de flúor de quimioprevención para niños sin flúor en su suministro de agua
- Medicamentos de prevención de la gonorrea para ojos, para todos los recién nacidos
- Examen auditivo para todos los recién nacidos
- Mediciones de altura, peso e índice de masa corporal (IMC) para niños entre 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años
- Examen de detección de hematocrito o hemoglobina para todos los niños
- Examen de detección de hemoglobinopatías o células falciformes para los recién nacidos
- Examen de detección de hepatitis B para adolescentes con alto riesgo, incluidos adolescentes provenientes de países con 2 % o más de incidencia de la hepatitis B, así como adolescentes nacidos en los EE. UU. que no fueron vacunados al nacer y con al menos uno de los padres nacidos en una región donde la incidencia de la hepatitis B es del 8 % o más: 11 a 17 años.
- Examen de detección de VIH para adolescentes con alto riesgo
- Examen de detección de hipotiroidismo para los recién nacidos
- Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los 18 años; las dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas pueden variar:
 - Difteria, tétanos, tos ferina
 - Gripe Haemophilus tipo b
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Virus del papiloma humano (VPH)
 - Poliovirus inactivado
 - Gripe (vacuna contra la gripe)
 - Sarampión
 - Meningocócica

- Neumococo
- Rotavirus
- Varicela
- Complementos de hierro para niños entre los 6 y los 12 meses que presenten riesgo de anemia
- Examen de detección de plomo en sangre para niños con alto riesgo de exposición
- Antecedentes médicos para todos los niños entre las siguientes edades del desarrollo: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años
- Prueba de detección de obesidad y asesoramiento
- Evaluación de riesgos a la salud bucal para niños pequeños entre: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años
- Examen de detección de fenilcetonuria (PKU) para los recién nacidos
- Examen de detección y asesoramiento sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes con alto riesgo
- Pruebas de tuberculina para niños con alto riesgo de padecer tuberculosis entre: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años
- Examen de la vista para todos los niños

Lo que no está cubierto

A continuación se presenta una lista parcial de servicios preventivos que no están cubiertos:

- Pruebas de detección que se realicen en el lugar de trabajo sin costo alguno
- Servicios de exámenes de detección gratuitos ofrecidos por un departamento de salud del gobierno
- Pruebas realizadas por una unidad de exámenes de detección móvil, excepto que un médico no afiliado a la unidad móvil indique las pruebas

Lo que debe recordar...

- *Visitas regulares al médico.* Visite a su médico una vez por año para tener un control. Hágase los exámenes de detección adecuados a su género y edad para ayudar a detectar una enfermedad en una etapa temprana.
- *Mamografías.* Las mujeres que no tengan antecedentes previos o familiares de cáncer de mama tienen una mamografía inicial cubierta entre los 35 y los 39 años; las mujeres de 40 años o más tienen cubierta una mamografía anual. Las mujeres que tengan antecedentes familiares de cáncer de mama tienen cubierta una mamografía de rutina tantas veces como recomiende el médico.
- *Controles para niños.* Cuide la salud de sus hijos: hágalos controles de rutina y atención preventiva, incluidas determinadas vacunas.

Los servicios preventivos mencionados antes estarán cubiertos por completo cuando los brinden proveedores de la red. Es posible que se aplique un costo compartido (p. ej., copagos, deducibles, coseguro) a los servicios prestados durante las mismas visitas que los servicios preventivos detallados anteriormente. Por ejemplo, si se presta un servicio mencionado anteriormente durante una visita al consultorio en la que dicho servicio no sea el objetivo principal de la consulta, el monto de costo compartido que de otra manera se aplicaría a la consulta, se aplicará de todos modos.

La cobertura del Plan de los servicios preventivos tiene como objetivo cumplir con todos los requisitos de la Ley de Cuidados de Bajo Costo. En virtud de esta ley, puede haber cambios ocasionales a los servicios preventivos que el Plan debe cubrir. El Plan cumplirá con dichos cambios en los requisitos de cobertura de servicios preventivos. Puede obtener una lista de servicios preventivos cubiertos en virtud del Plan en www.healthcare.gov.

Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Esta ley federal impone determinados requisitos a los planes de salud grupal y las aseguradoras de salud que proporcionan beneficios médicos y quirúrgicos respecto de la mastectomía. En especial, si recibe beneficios en relación con una mastectomía y opta por una reconstrucción de la mama en relación con dicha mastectomía, la ley exige la cobertura de lo siguiente:

- La reconstrucción de la mama en que se realizó la cirugía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico y
- Las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas que están asociadas con todos los estadios de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

Si utiliza un proveedor de la red, el Plan paga los gastos cubiertos una vez que llegue al deducible. En caso de que acuda a un proveedor fuera de la red, el Plan paga según se indica en la sección titulada “Reclamaciones médicas y de establecimientos fuera de la red”.

Centro de atención de enfermería especializada

El Plan cubre la atención para pacientes internados en un centro de enfermería especializada de la red, según se describe a continuación.

Administración Médica

Para recibir el máximo de beneficios, llame al (800) 848-9200 para certificar previamente la atención de enfermería especializada y de hospicio con el Programa de Administración Médica.

Lo que está cubierto

Tiene cubiertos hasta 60 días de hospitalización por año calendario en un centro de enfermería especializada participante. No es necesaria la hospitalización previa para ser elegible para los beneficios. Los servicios están cubiertos si la atención se brinda bajo la supervisión directa de un médico, un enfermero registrado (registered nurse, RN), un fisioterapeuta u otro profesional de atención médica, y si su médico proporciona lo siguiente:

- Una derivación y un plan de tratamiento escrito,
- Un cálculo de la duración de la estadía,
- Una explicación de los servicios necesarios y
- Los beneficios de atención que se buscan.

Lo que no está cubierto

Los siguientes servicios no están cubiertos:

- Atención en un centro de enfermería especializada que principalmente:
 - Brinde asistencia con las actividades diarias
 - Esté destinado al descanso o a los ancianos
 - Trate problemas de alcoholismo o adicción a las drogas
- Atención de convalecencia
- Atención similar a la de un sanatorio
- Curas de reposo

Atención en hospicios.

El Plan cubre la atención para pacientes internados en un centro de hospicio de la red, según se describe a continuación.

Administración Médica

Para recibir el máximo de beneficios, llame al (800) 848-9200 para certificar previamente la atención de enfermería especializada y de hospicio con el Programa de Administración Médica.

Usted es elegible para recibir hasta 210 días de atención en un hospicio de por vida. Los hospicios brindan atención médica y de apoyo a los pacientes cuyos médicos hayan certificado que tienen una esperanza de vida de seis meses o menos. La atención de hospicio puede brindarse en un hospicio, en el área de hospicio de un hospital de la red, o en el hogar, siempre y cuando la brinde una agencia de hospicio de la red.

A continuación se presenta una lista de los servicios de atención de hospicio cubiertos:

- Hasta 12 horas de atención intermitente por día por parte de un enfermero registrado (registered nurse, RN) o un enfermero auxiliar diplomado (licensed practical nurse, LPN)
- Atención médica brindada por el médico del hospicio
- Fármacos y medicamentos recetados por el médico del paciente, que no sean experimentales y cuyo uso esté aprobado por el vademécum más reciente
- Fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de la respiración cuando sea necesaria para el control de los síntomas
- Análisis de laboratorio, radiografías, quimioterapia y radioterapia
- Servicios sociales y de asesoramiento para la familia del paciente, incluidas visitas de asesoramiento por la pérdida de un ser querido durante el primer año luego de la muerte del paciente
- Transporte entre el hogar y el hospital u hospicio cuando sea médicamente necesario
- Suministros médicos y alquiler de equipos médicos duraderos
- Hasta 14 horas de atención de relevo durante cualquier semana

Lo que debe recordar...

A continuación se presentan consejos para recordar cuándo recibe atención de enfermería especializada o de hospicio.

- *Conozca un centro de enfermería especializada.* Para obtener más información sobre un centro de enfermería especializado, pídale a su médico o asistente social que le indiquen el directorio de centros médicos de su estado. (Nota: el Estado de Nueva York ofrece esta información en Internet en <http://www.health.state.ny.us/>.)
- *Cómo seleccionar un centro de enfermería especializada.* Cuando elige un centro de enfermería especializada, piense en su ubicación (p. ej., proximidad con la familia, amigos, médicos, etc.), tamaño (p. ej., un centro grande puede tener más actividades, uno pequeño puede ser más personal), el horario de visita y si su médico disfruta de privilegios de tratamiento en ese centro.
- *Tomar en cuenta la atención de hospicio en el hogar.* Determine si el mismo cuidador vendrá todos los días y qué puede hacer si no se siente cómodo con ese cuidador.

Exclusiones y limitaciones al plan médico

Además de los servicios incluidos bajo “Lo que no está cubierto” en las secciones anteriores, a continuación se presenta una lista parcial de los servicios que no están cubiertos por el Plan médico.

<p>Servicios odontológicos</p>	<p>Servicios cubiertos, incluidos, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caries y extracciones • Cuidado de las encías • Abscesos periodontales o de los huesos que sostienen los dientes • Ortodoncia • Dentaduras postizas • Tratamiento por TMJ que sea de naturaleza odontológica • Cirugía ortognática que sea de naturaleza odontológica <p><i>(Consulte la sección “Cobertura dental” de este SPD para obtener información acerca de los beneficios odontológicos).</i></p>
<p>Tratamientos experimentales o de investigación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnología, tratamientos, procedimientos, medicamentos, productos biológicos o dispositivos médicos que, según Anthem, sean: <ul style="list-style-type: none"> – Experimentales o de investigación – Obsoletos o ineficaces <p>Cualquier hospitalización en relación con tratamientos experimentales o de investigación. “Experimentales” o “de investigación” significa que para el diagnóstico o tratamiento en particular de la afección de la persona cubierta, el tratamiento se caracteriza por lo siguiente: (a) no ofrece un beneficio demostrado y (b) no suele contar con el reconocimiento de la comunidad médica (como se refleja en la literatura médica publicada)</p> <p>La aprobación del gobierno para una tecnología o un tratamiento específicos no necesariamente demuestra que sea adecuado o eficaz para un diagnóstico o tratamiento en particular de la afección de una persona. Es posible que Anthem requiera que se cumpla con uno o todos los siguientes criterios para determinar si una tecnología, un tratamiento, un procedimiento, un producto biológico, un dispositivo médico o un medicamento son experimentales, de investigación, obsoletos o ineficaces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. otorga la

	<p>aprobación final para el mercado para el diagnóstico o afección en particular del paciente, excepto por determinados medicamentos recetados para el tratamiento contra el cáncer. Una vez que la FDA aprueba el uso de un dispositivo médico, un medicamento o un producto biológico para un diagnóstico o afección en particular, el uso para otro diagnóstico o afección puede exigir que se cumpla con otros criterios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La literatura médica publicada y revisada por pares debe llegar a la conclusión de que la tecnología tiene un efecto positivo certero sobre los resultados médicos. • La evidencia publicada debe demostrar que, con el paso del tiempo, el tratamiento mejora los resultados médicos (es decir, los efectos beneficiosos superan los efectos nocivos). • Las pruebas publicadas deben demostrar que el tratamiento, como mínimo, mejora los resultados médicos o que puede utilizarse en situaciones médicas adecuadas donde no puede utilizarse el tratamiento establecido. Las pruebas publicadas deben demostrar que el tratamiento mejora los resultados médicos en la práctica médica estándar, no solo en un entorno de laboratorio experimental. <p>La Junta de fideicomiso o su designado tienen la discreción y autoridad únicas y absolutas para determinar si un servicio o suministro se clasifica o debería clasificarse como experimental o de investigación.</p>
<p>Facturación inadecuada</p>	<p>Servicios que suelen prestarse sin cargo, aun cuando estos se facturen</p> <p>Servicios realizados por el personal de la institución o del hospital, que se facturan de forma separada de otros servicios del hospital (excepto que se especifique en otra parte)</p>
<p>Servicios estatales</p>	<p>Servicios cubiertos en virtud de programas gubernamentales (excepto Medicaid o cuando se especifica en otra parte)</p> <p>Todos los servicios en hospitales estatales (excepto aquellos provistos por la Administración de veteranos de los EE. UU. u otros hospitales del Departamento de Defensa [excepto los servicios relacionados con una discapacidad adquirida por prestar servicio] o según lo cubra un acuerdo especial entre el</p>

	Plan y un hospital estatal. [En caso de una emergencia, Anthem brindará beneficios hasta que el hospital estatal pueda transferir al paciente a un hospital participante con seguridad].
Cuidados en el Hogar	Servicios prestados en el hogar (excepto aquellos que en este SPD se especifiquen como disponibles en el hogar o como emergencia) Atención de enfermería o terapéutica que presten un familiar o una persona que suele residir en su casa
Servicios médicamente innecesarios	Servicios, tratamientos o suministros que el Plan determina como innecesarios
Varios	Atención médica recibida antes de ser elegible para los beneficios en virtud del Plan o durante un período en el que haya rechazado la cobertura del Plan Tratamiento por el que usted o sus familiares no hayan tenido que pagar cuidado asistencial, educación o capacitación
Medicamentos recetados	Todos los medicamentos recetados o de venta libre, medicamentos inyectables autoadministrados, vitaminas, inhibidores del apetito, anticonceptivos orales, anticonceptivos inyectables, parches anticonceptivos y diafragmas u otro tipo de medicación (excepto que se especifique en otra parte). (<i>Consulte la sección Beneficios de medicamentos con receta de este SPD para obtener información acerca de los beneficios de medicamentos con receta</i>).
Tecnologías de reproducción	Las tecnologías de reproducción asistida incluyen, entre otras, las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Fertilización in vitro • Transferencia intrafalopiana de gametos y cigotos • Inyección intracitoplasmática de espermatozoides • Inversión de la esterilización
Viajes	Transporte, incluso cuando esté asociado con el tratamiento y sea recomendado por un médico
Cuidado de la vista	Anteojos, lentes de contacto y prueba de adaptación (excepto cuando sean por una cirugía de cataratas), a menos que se indiquen específicamente (<i>Consulte la sección Cobertura de la vista de este SPD para obtener información sobre los beneficios de cuidado de la vista</i>).

Guerra	Servicios por enfermedad o lesiones padecidas como resultado de una guerra
Indemnización por accidentes y enfermedades laborales	Servicios cubiertos en virtud de la Indemnización por accidentes y enfermedades laborales, seguro de automóviles sin culpa o servicios cubiertos por programas estatutarios similares

Programa de Administración Médica

Debe utilizar el Programa de Administración Médica (Medical Management Program, MMP), que es administrado por Alicare, para certificar previamente los ingresos a hospitales y determinados tratamientos y procedimientos. Esto garantizará que reciba atención de alta calidad por el tiempo adecuado, en el entorno adecuado y con el máximo de cobertura.

Para comunicarse con el MMP, llame al (800) 848-9200, de 9: 00 a. m. a 5: 00 p. m., hora del este, de lunes a viernes. Si llama fuera del horario de atención o durante un fin de semana, puede dejar un mensaje con su nombre, número de Seguro Social y número telefónico (con el código de área) para que se puedan comunicar con usted al siguiente día hábil.

Podrá contar con un equipo de profesionales que lo ayudarán a lo siguiente:

- Administrar sus beneficios para obtener una mayor ventaja
- Aprender más sobre sus opciones de atención médica
- Elegir el servicio o entorno de atención médica más adecuado
- Evitar una hospitalización innecesaria y los riesgos asociados, cuando sea posible
- Coordinar cualquier servicio de alta necesario (y cubierto)

Revisión previa a la hospitalización

Usted o alguien que actúe en su nombre deben ponerse en contacto con el MMP para tener una revisión previa a la hospitalización cuando ingresa en un hospital por cualquier motivo programado que no sea de emergencia. Esta revisión incluye una evaluación de los motivos del ingreso y también puede incluir asistencia para garantizar una segunda opinión quirúrgica o un debate entre usted y su médico acerca de la cirugía ambulatoria.

Usted y su médico recibirán una confirmación escrita sobre los resultados de la revisión.

Consejos para certificar previamente los servicios con el MMP

Asegúrese de tener la siguiente información del paciente cuando llame:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Dirección
- Número de teléfono
- Número de tarjeta de identificación de Anthem
- Nombre y dirección del centro/hospital
- Nombre y número de teléfono del médico que lo ingresa
- Motivo del ingreso y naturaleza de los servicios que se prestarán

Comuníquese a su proveedor acerca del requisito de certificación previa.

Si los servicios no se certifican previamente

Al llamar para certificar previamente sus servicios, usted se asegura de recibir el máximo de beneficios en virtud del Plan. Si no se comunica con el Programa de Administración Médica dentro del plazo adecuado, antes o después del ingreso o procedimiento, es posible que se rechacen sus beneficios.

Cirugía Ambulatoria

Algunos procedimientos quirúrgicos pueden realizarse sin tener que pasar la noche en el hospital. Si tiene una cirugía ambulatoria programada, **no** tiene que certificarla previamente con el MMP (excepto en el caso de cirugías reconstructivas o estéticas médicamente necesarias, trasplantes ambulatorios, procedimientos oftalmológicos o relacionados con la vista). No obstante, si se presentan complicaciones y debe ingresar en un hospital, debe ponerse en contacto con el MMP para realizar la certificación previa en el plazo de 48 horas desde su ingreso o tan pronto como sea razonablemente posible.

Decisiones iniciales

Alicare cumplirá con los siguientes plazos en el procesamiento de la certificación previa, las revisiones simultáneas y retrospectivas de solicitudes de servicios.

- *Solicitudes de certificación previa.* Certificación previa significa que usted debe comunicarse con el Programa de Administración Médica para obtener la aprobación antes de recibir los servicios de atención médica. Alicare busca revisar todas las solicitudes de certificación previa dentro de los tres días hábiles de recibida la información necesaria y a más tardar a los 15 días

calendario de recibida la solicitud. Si Alicare no tiene suficiente información para tomar una decisión en el plazo de tres días hábiles, notificará por escrito sobre la información adicional necesaria, y usted y el proveedor tendrán 45 días calendario para responder. Alicare tomará una decisión en el plazo de tres días hábiles de recibida la solicitud de información o, si no se recibe una respuesta, en el plazo de tres días hábiles posteriores a la fecha límite para una respuesta.

- *Solicitudes de certificación previa urgentes.* Si la necesidad de servicio es urgente, Alicare presentará una decisión tan pronto sea posible y tomará en cuenta las circunstancias médicas, pero en cualquier caso dentro de las 24 horas de recibida la solicitud. Si la solicitud es urgente y Alicare requiere más información para tomar la decisión, Alicare le notificará en el plazo de 24 horas de recibida la solicitud, y usted y su proveedor contarán con 48 horas para responder. Alicare tomará una decisión en el plazo de 48 horas de recibida la solicitud de información o, si no se recibe una respuesta, en el plazo de 48 horas posteriores a la fecha límite para una respuesta.
- *Solicitudes simultáneas.* Una revisión simultánea significa que Alicare revisará su atención durante el tratamiento para garantizar que obtenga la atención correcta en el entorno adecuado y por el tiempo necesario. Alicare completará todas las revisiones de servicios simultáneas en el plazo de 24 horas de recibida la solicitud.
- *Solicitudes retrospectivas.* Una revisión retrospectiva se realiza después de que recibe servicios médicos. Alicare completará todas las revisiones de servicios retrospectivas ya presentadas en el plazo de 30 días calendario de recibida la reclamación. Si Alicare no tiene suficiente información para tomar una decisión en el plazo de 30 días calendario, se le notificará por escrito sobre la información adicional necesaria, y usted y el proveedor tendrán 45 días calendario para responder. Alicare tomará una decisión en el plazo de 15 días calendario de recibida la solicitud de información o, si no se recibe una respuesta, en el plazo de 15 días calendario posteriores a la fecha límite para una respuesta.

Si el Programa de Administración Médica no cumple con los plazos anteriores, este incumplimiento debe considerarse como un rechazo a su reclamación. Usted o su médico pueden apelar de inmediato.

¿Quién llama?	Para la certificación previa...
Usted	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los ingresos en el hospital <ul style="list-style-type: none"> – Al menos dos semanas antes de cualquier cirugía o ingreso al hospital programados – En el plazo de 48 horas posteriores al ingreso de emergencia al hospital, o tan pronto como sea razonablemente posible • En caso de enfermedad o lesión de recién nacidos • Rehabilitación cardíaca • Atención en hospicios • Fisioterapia para pacientes internados • Imagen de resonancia magnética (Magnetic resonance imaging, MRI) o angiografía de resonancia magnética (Magnetic resonance angiography, MRA) • Cirugía reconstructiva o estética médicamente necesaria en el mismo día, trasplantes ambulatorios y procedimientos oftalmológicos o relacionados con la vista • Atención en centro de enfermería especializada
Su proveedor de la red	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos médicos duraderos (alquiler, compra o reemplazo) • Servicios de cardiología nuclear • Tomografía por emisión de positrones (PET) o computada (CAT)

Si se rechaza una reclamación

Si se rechaza una reclamación por falta de necesidad médica, o porque se ha determinado que el servicio es experimental o de investigación, el MMP les enviará un aviso a usted y a su médico en el que explique los motivos del rechazo. Usted tendrá el derecho de apelar. Consulte la sección “Procedimientos de reclamaciones y apelaciones” para obtener más información. Si el MMP rechaza los beneficios de atención o servicios sin analizar la decisión con su médico, este último tiene derecho a solicitar al MMP que reconsidere la decisión. Se brindará una respuesta por teléfono o por escrito en el plazo de un día hábil de tomada la decisión.

Administración de casos

El personal de administración de casos del Programa médico puede brindar asistencia y apoyo cuando usted o un familiar enfrentan una lesión o enfermedad crónica o catastrófica. Algunos enfermeros especialmente capacitados pueden ayudarlo a usted y a su familia a encontrar opciones de atención médica adecuadas y económicas, reducir los costos médicos y garantizar una atención médica de calidad.

Un supervisor de casos será la única fuente para el paciente, el proveedor y el Plan; eso garantizará que el tratamiento, el nivel de atención y el centro sean adecuados para sus necesidades. Algunas lesiones o enfermedades catastróficas para las que está disponible la administración de casos son las siguientes:

- cáncer;
- derrame cerebral;
- SIDA;
- enfermedad crónica;
- hemofilia;
- Lesiones en la médula espinal y otras lesiones traumáticas;

La asistencia de administración de casos se evalúa y otorga caso por caso. En algunos casos, el personal del Programa de Administración Médica iniciará la revisión del estado de salud del paciente y el plan de cuidados del médico correspondiente. Pueden determinar que el nivel de beneficios provisto por la Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organizations, PPO) no es necesariamente deseable, adecuado y rentable. Si quisiera la asistencia de la Administración de Casos para una enfermedad, lesión o cirugía, comuníquese con el Programa de Administración Médica llamando al (800) 848-9200.

COBERTURA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA – SOLO MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Cómo funciona su Plan

El Plan le brinda cobertura para medicamentos con receta que se adquieran en farmacias minoristas participantes o en una farmacia de pedidos por correo, que es el caso obligatorio para los medicamentos de mantenimiento. La cobertura depende de la opción que use. Recibirá una tarjeta de identificación cuando empiece la cobertura.

Express Scripts administra el programa de medicamentos de venta con receta para el Plan y mantiene la red de farmacias. Actualmente, la red incluye K-Mart, Walgreens, CVS, Rite Aid y otras cadenas de tiendas y farmacias independientes. Para encontrar una farmacia participante cerca de usted:

- visite www.Express-Scripts.com y haga clic en “Locate a pharmacy” (encontrar una farmacia);
- llame a Servicios para Miembros de Express Scripts al (800) 711-0917 (disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, excepto en Navidad y el Día de Acción de Gracias).

Si se dirige a una farmacia fuera de la red, debe pagar el costo total en el momento en que retira el medicamento y luego presentar una reclamación para el reembolso con Express Scripts. El Plan le pagará la cantidad descontada que se habría pagado a una farmacia de la red. Usted es responsable de la diferencia entre el precio de descuento de la red y lo que su farmacia le haya cobrado, más el copago correspondiente. Los formularios de reclamación están disponibles a través de Express Scripts.

La siguiente tabla resume estos beneficios.

Tipo de medicamento	Ventas minoristas <i>un suministro para 30 días como máximo</i>	Envío a domicilio <i>un suministro para 90 días como máximo</i>
Medicamentos preventivos	El plan paga el 100 %	El plan paga el 100 %
Medicamentos genéricos	\$10	\$20
Medicamentos de marca preferidos	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de marca no preferidos	Sin cobertura	Sin cobertura

Para saber si un medicamento es un medicamento de marca preferido o no preferido, comuníquese con Servicios para Miembros de Express Scripts al (800) 711-0917.

Los medicamentos preventivos están cubiertos al 100 %

El Plan cubre al 100 % ciertos medicamentos preventivos de venta con receta. No hay copago para los medicamentos preventivos de venta con receta que figuran a continuación. Express Scripts mantiene la lista de medicamentos preventivos que tienen

cobertura completa. Para determinar si un medicamento se considera preventivo, visite www.Express-Scripts.com o llame a Servicios para Miembros de Express Scripts al (800) 711-0917.

Aquí figura lo que se cubre con un copago de \$0 para servicios preventivos:

- suplementos de hierro desde los seis hasta los 12 meses de vida;
- suplementos de flúor desde los seis meses de vida hasta los 5 años;
- aspirinas para hombres desde los 45 hasta los 79 años;
- aspirinas para mujeres desde los 55 hasta los 79 años;
- ácido fólico;
- productos para dejar de fumar;
- anticonceptivos para mujeres hasta los 50 años;
- medicamentos preventivos de cáncer de mama para mujeres de 35 años o mayores, incluidos Tamoxifeno (genérico), Raloxifeno (genérico), y Soltamox (tamoxifeno líquido) (de marca);

Programa de envío a domicilio obligatorio

Si toma un medicamento de manera continua y prolongada, debe usar el programa de envío a domicilio. A veces, se denomina medicamento de mantenimiento a los medicamentos de venta con receta que usted toma de manera continua y prolongada, y se toman todos los días para el tratamiento de una enfermedad crónica, como la diabetes, el asma o la presión arterial elevada. Una vez que haya obtenido un medicamento de mantenimiento tres veces (suministro inicial y dos renovaciones) en una farmacia minorista, no puede volver a renovar la receta a través de una farmacia minorista. Debe usar el programa de envío a domicilio para renovar el surtido, lo que le ofrece un mayor descuento en el costo del medicamento de mantenimiento y un suministro más extendido (90 días) por receta.

Si usted obtiene una receta genérica de 90 días a través del programa de envío a domicilio, el copago es de \$20. Si obtuviera la misma cantidad de ese medicamento genérico en una farmacia minorista, le costaría \$30, ya que tendría que surtir tres recetas de 30 días y cada una tiene un copago de \$10. Usar el programa de envío a domicilio le ahorrará \$10.

Obtendrá más información disponible sobre el programa de envío a domicilio a través de Express Scripts en el (888) 327-9791 o en www.Express-Scripts.com.

Autorización previa

Debe obtener autorización previa de Express Scripts para tener la cobertura de ciertos medicamentos de venta con receta. Su médico debe llamar a Express Scripts al (888) 327-9791 para iniciar el proceso de autorización previa para cualquiera de los medicamentos de venta con receta que figuran a continuación.

Muchos de los medicamentos de venta con receta que requieren autorización previa se consideran "medicamentos especializados". Los medicamentos especializados se usan para tratar afecciones médicas complejas, como anemia, hepatitis C, esclerosis múltiple, asma, deficiencia de la hormona de crecimiento y artritis reumatoide. Los medicamentos especializados son costosos, tienen requisitos de almacenamiento especiales y a menudo requieren entrenamiento especializado del paciente y la coordinación de la atención.

Para obtener medicamentos especializados, debe usar la farmacia de atención especializada de Express Scripts, Accredo Health Group. Para comunicarse con la farmacia de atención especializada, llame al (800) 803-2523. Su médico también puede llamar directamente a la farmacia de atención especializada al (800) 987-4904 (asegúrese de decirle a su médico los 12 dígitos del número de identificación de miembro de Express Scripts).

La siguiente lista contiene los medicamentos que actualmente requieren autorización previa. Las formas genéricas de los medicamentos de venta con receta de la lista también requieren autorización previa. Tenga en cuenta que los medicamentos que requieren autorización previa y aquellos clasificados como medicamentos especializados están sujetos a cambios. Comuníquese con Express Scripts y llame al (800) 711-0917 para obtener información actualizada.

Ejemplos de medicamentos de venta con receta que requieren autorización previa	
Categoría del medicamento	Nombre del medicamento
ESTIMULANTE DE ERITROIDE	Aranesp (darbepoetina alfa) Epogen (epoetina alfa) Procrit (epoetina alfa)
HORMONAS DE CRECIMIENTO	Egrifta (tesamorelina) Genotropin (somatropina) Geref (semorelin) Humatrope (somatropina) Increlex (mecasermina) I-plex (mecasermina) Norditropin (somatropina) Nutropin (somatropina) Omnitrope (somatropina) Saizen (somatropina) Serostim (somatropina) Tev-Tropin (somatropina) Zorbtive (somatropina)
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO	Somavert (pegvisomant)

Ejemplos de medicamentos de venta con receta que requieren autorización previa	
Categoría del medicamento	Nombre del medicamento
ESTIMULANTES DE MIELOIDES	Leukine (sargramostim) Neulasta (pegfilgrastim) Neumega (oprelvekin) Neupogen (filgrastim) Nplate (romiplostim) Promacta (eltrombopag)
TOXINA BOTULÍNICA	Botox (toxina botulínica tipo A) Dysport (abobotulinumtoxinA) Myobloc (toxina botulínica tipo B) Xeomin (incobotulinumtoxinA)
INTERFERONES	Actimmune (interferón gamma-1b) Alferon-N (interferón alfa-n3) Infergen (interferón alfacon) Intron-A (interferón alfa-2b) Pegasys (peginterferón Alfa-2a) Peg-Intron, Sylatron (peginterferón alfa-2b)
ANTINARCOLÉPTICOS	Nuvigil (armodafinilo) Provigil (modafinilo)
ANTIENOPLÁSTICOS (Inmunomoduladores varios)	Revlimid (lenalidomida) Thalomid (talidomida)
AGENTES DE FERTILIDAD: para uso en casos de no fertilidad	Clomid (clomifeno) Serophene (clomifeno) Gonadotropina humana coriónica (HCG) Pregnyl, Novarel, Ovidrel Gonadotropinas Menotropinas (Repronex, Menopur) Urofollitropin (Bravelle) Folitropina alfa (Gonal-F) Folitropina beta (Follistim AQ) Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina leuprolide 1 mg/0.2 ml (Lupron) nafarelina (Synarel) Progesterona Crinone 8 % (progesterona en gel) Endometrin (progesterona) Prochieve 8 % (progesterona en gel)

Ejemplos de medicamentos de venta con receta que requieren autorización previa	
Categoría del medicamento	Nombre del medicamento
DERMATOLÓGICOS	Atralin (tretinoína) Avita (tretinoína) Retin-A (tretinoína) Tazorac (tazaroteno) Tretinoins (genérico) Tretin-X (tretinoína)
ANTIEMÉTICOS	Aloxi (palonosetrón) Anzemet (dolasetrón) Cesamet (nabilona) Kytril (granisetrón) Sancuso (granisetrón) Zofran, Zofran ODT (ondansetrón) Zuplenz (ondansetrón)
AGENTES REUMATOLÓGICOS	Actemra (tocilizumab) Arava (leflunomida) Cimzia (certolizumab pegol) Enbrel (etanercept) Humira (adalimumab) Kineret (anakinra) Orencia (abatacept) Remicade (infliximab) Rituxan (rituximab) Simponi (golimumab)
ESTIMULANTES DEL SNC	Estimulantes usados principalmente para tratar el trastorno de hiperactividad con déficit de atención (ADD/ADHD)
MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS SELECCIONADOS	Todos los medicamentos especializados que ingresen al mercado estarán sujetos a la autorización previa. Acthar® H.P. en gel (inyección de corticotropina de reposición)
DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS	Suboxone® (buprenorfina/naloxona) Zubsolv (buprenorfina/naloxona)
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS	Actiq (fentanilo) Fentora (fentanilo)
HEPATITIS C	Sovaldi (sofosbuvir) Olysio (simeprevir)
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS	Ultracet (tramadol/APAP) Ultram (tramadol) Rybix ODT (tramadol)
INHIBIDORES DE LA COX-II	Celebrex (celecoxib)

Tratamiento escalonado para el tratamiento de inhibidores de las bombas de protones y Oxicontin

Los medicamentos inhibidores de las bombas de protones ("PPI") se usan para tratar ciertas afecciones estomacales, y la cobertura de los PPI del plan tiene normas especiales para controlar mejor los costos y asegurar el tratamiento apropiado. Específicamente, Aciphex®, Dexilant™, Lansoprazol, Prevacid®, Prilosec® Packets, Protonix® suspensión, Zegerid® y omeprazol/bicarbonato de sodio (genérico para Zegerid) no están cubiertos a menos que se lo apruebe primero por medio de una revisión de la cobertura. Los medicamentos PPI omeprazol, pantoprazol y Nexium® continuarán teniendo cobertura sin una revisión. Solo abonará el copago una vez que surta estas recetas.

Oxicontin ER requerirá tratamientos escalonados alternativos en los medicamentos genéricos de acción prolongada, como morfina ER, oximorfona ER, parches de fentanilo, etc. antes de su uso. Las excepciones son los pacientes con cáncer.

Si usted obtiene o renueva una receta para uno de estos medicamentos sin aprobación previa, tendrá que pagar el costo completo del medicamento en lugar de solo un copago.

Si está tomando alguno de estos medicamentos y no quiere pagar el costo completo, aquí tiene algunas opciones:

- pídale a su médico que considere cambiar su receta por una que no requiera una revisión.
- Su opción de costo más bajo puede ser una receta de 90 días de la farmacia Express Scripts Pharmacy®. La Express Scripts Pharmacy le enviará su receta directamente a usted, y el envío estándar es gratis.
- Si su médico considera que existen razones especiales por las que debería continuar tomando sus medicamentos actuales, este podrá solicitar una revisión de cobertura llamando al (800) 417-1764 desde las 8:00 a. m. hasta las 9:00 p. m., hora estándar del este.

Limitaciones de la cobertura

Para la mayoría de los medicamentos de venta con receta, el Plan le brinda cobertura en cantidades de un suministro para 30 días como máximo en farmacias minoristas, y un suministro para 90 días como máximo a través de la farmacia de envío a domicilio. Sin embargo, la cobertura para ciertas categorías de medicamentos de venta con receta tendrá límites en la cantidad y está sujeta a requisitos específicos de la cobertura. Estos límites se basan en la información de seguridad y recetas aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), pautas clínicas y usos considerados razonables, seguros y efectivos.

Si obtiene una receta que exceda el límite de cantidad, usted será responsable por el costo del medicamento adicional. Si existieran circunstancias especiales, su médico puede requerir una revisión para obtener cobertura adicional.

La siguiente es una lista de medicamentos que actualmente tienen limitaciones en la cantidad o requisitos para su cobertura. Las formas genéricas de los medicamentos de venta con recetas que se mencionan están sujetos a las mismas limitaciones en la cantidad y requisitos para su cobertura. La lista de medicamentos con limitaciones en la cantidad o requisitos de cobertura está sujeta a cambios. Comuníquese con Express Scripts al (800) 711-0917 para obtener información actualizada

Ejemplos de medicamentos de venta con receta con limitaciones en la cantidad y/o requisitos de cobertura:		
Categoría del medicamento	Nombre del medicamento	Limitación en la cantidad o requisitos de cobertura
DISFUNCIÓN ERECTIL	Caverject (alprostadil) Cialis (tadalafil) Edex (alprostadil) Levitra, Staxyn (vardenafil) MUSE (alprostadil) Viagra (citrato de sildenafil)	Limitación en la cantidad
HIPNÓTICOS	Ambien, Ambien CR (zolpidem) Edluar (zolpidem) Intermezzo (zolpidem) Lunesta (eszopiclona) Rozerem (ramelteón) Silenor (doxepin) Sonata (zaleplón) Zolpimist (zolpidem)	Limitación en la cantidad
TRTAMIENTO DE MIGRAÑA	Amerge (natriptán) Axert (almotriptán) Frova (frovatriptán) Imitrex, Imitrex SR, Imitrex Inyectable (sumatriptán) Maxalt, Maxalt MLT (rizatriptán) Migranal NS (dihidroergotamina) Relpax (eletriptán) Sumavel (sumatriptán) Treximet (sumatriptán/naproxeno) Zomig (zolmitriptán)	Limitación en la cantidad

Ejemplos de medicamentos de venta con receta con limitaciones en la cantidad y/o requisitos de cobertura:		
Categoría del medicamento	Nombre del medicamento	Limitación en la cantidad o requisitos de cobertura
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS	Abstral (fentanilo) Actiq (fentanilo) Fentora (fentanilo) Lazanda (fentanilo) Onsolis (fentanilo) Duragesic (fentanilo) Oxicontin (oxicodona) Combinación de narcóticos Oximorfona Hidromorfona	Limitación en la cantidad
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS	Conzip ER (tramadol) Ryzolt (tramadol) Ultram ER (tramadol)	Limitación en la cantidad

Gastos no cubiertos

Los siguientes beneficios de los medicamentos de venta con recetas no tienen cobertura.

- Medicamentos:
 - obtenidos después de la fecha en que finaliza su cobertura;
 - obtenidos por un suministro de más de 30 días en una farmacia minorista, o un suministro de 90 días a través de pedido por correo;
 - que son experimentales o de investigación, lo que significa que no están aprobados por la FDA y su distribución no está legalmente disponible;
 - cuyo costo es igual o inferior al del copago;
 - recibidos mientras estuvo internado en un hospital (sin embargo, estos costos pueden estar cubiertos por los Beneficios Médicos y Hospitalarios del Plan);
 - obtenidos para fines diferentes a los tratamientos recomendados por la FDA;
 - recetados como resultado de una lesión o enfermedad cubiertas por la Indemnización por Accidentes y Enfermedades Laborales; o
 - previstos como suplementos nutricionales o dietéticos;
- con renovaciones que excedan el número que su médico receta;
- con renovaciones después de más de un año de la fecha de la receta original;
- medicamentos sin receta (de venta libre), salvo las aspirinas, y otros medicamentos preventivos requeridos por el Proveedor;

- agentes de inmunización, vacunas, suero biológico, sangre o plasma sanguíneo (sin embargo, estos pueden estar cubiertos por los beneficios médicos del Plan);
- medicamentos de fertilidad;
- hormonas de crecimiento, salvo en los casos que sea médicamente necesario y que estén autorizadas previamente;
- toallas con alcohol;
- Retin-A, salvo en los casos que sea médicamente necesario;
- vitaminas disponibles sin la receta de un médico;
- jeringas para suministrar medicamentos recetados (estas están cubiertas por el Plan como suministros médicos);
- medicamentos compuestos seleccionados en los casos que no tengan un uso comprobado o en el caso de medicamentos que tengan productos alternativos disponibles comercialmente;
- Zohydro ER; y
- Lovaza, Vascepa.

Intervención clínica

Express Scripts le ofrece un proceso de intervención clínica para ayudarle a protegerse de los problemas con la interacción de medicamentos que ocurren, por ejemplo, cuando diferentes médicos recetan medicamentos diferentes. Un farmacéutico registrado discutirá con su médico algunos medicamentos alternativos y luego le informará cualquier cambio en su medicamento recetado. Sin embargo, su médico tiene la decisión final sobre todos sus medicamentos recetados. Un farmacéutico de intervención clínica puede también (1) sugerir el cambio a un medicamento preferido o (2) llamar a su médico si las instrucciones de la receta son diferentes de las instrucciones del fabricante del medicamento.

COBERTURA DENTAL

La atención odontológica regular es el único factor más importante para mantener sanos dientes y encías. Esta es la razón por la que el Plan le ofrece una cobertura odontológica integral. No queremos que usted posponga las visitas de rutina al odontólogo hasta que desarrolle un problema odontológico grave.

El programa odontológico del Plan ofrece dos opciones. Puede buscar atención de un odontólogo de la red odontológica Sele-Dent, o puede elegir un odontólogo fuera de la red.

El beneficio máximo anual cubrirá servicios odontológicos por \$1,500 por persona, excepto ortodoncia. La ortodoncia tiene un límite de por vida separado de \$4,400 por persona.

Uso de servicios odontológicos de Sele-Dent

Sele-Dent Dental consta de una red de profesionales odontológicos que aceptaron brindar sus servicios con un programa predeterminado de tarifas reducidas. Con Sele-Dent, usted busca atención en un grupo de odontólogos y especialistas aprobados previamente. Muchos servicios odontológicos están cubiertos por completo, mientras que con otros usted debe realizar un copago en el momento que recibe el servicio. Por lo tanto, usted sabe lo que tendrá que pagar antes de visitar al odontólogo; Sele-Dent dispone de un programa actualizado de copagos. Es muy probable que tenga muchos más beneficios odontológicos pagados en su totalidad cuando reciba atención de un odontólogo que participe en Sele-Dent que cuando reciba atención de un odontólogo que no participe en dicho programa.

Para obtener una lista de los Proveedores de servicios odontológicos dentro de la red, llame al (800) 520-3368. Para consultar la elegibilidad, o para obtener un análisis detallado de los beneficios odontológicos, puede llamar a C&R Consulting Inc. al (212) 395-9339 o al (866) 320-3807.

Uso de su propio odontólogo

Usted también tiene la libertad de elegir cualquier odontólogo licenciado de su preferencia. Para todos los servicios cubiertos, el Plan establece un beneficio máximo, y luego le paga a su odontólogo el honorario que no cubre este límite predeterminado. Sele-Dent dispone de un programa de límites de tarifas establecido para el Plan.

Presentación de reclamaciones

Todas las reclamaciones y los recibos para los reembolsos deberán presentarse en:

C&R Consulting Inc.
1501 Broadway, Suite 1724
New York, NY 10036

Sin cobertura

La siguiente es una lista parcial de los servicios odontológicos que no tienen cobertura:

- atención odontológica que no es médicamente necesaria;
- atención odontológica recibida antes de que inicien los beneficios;
- tratamiento de una lesión o enfermedad ocupacional cubierta por la Indemnización por Accidentes y Enfermedades laborales o por un programa similar;
- ortodoncia;
- atención odontológica que sea reembolsable a través de un programa público;
- internación o tratamiento recibido en un hospital que sea propiedad o sea operado por el gobierno de Estados Unidos (salvo los cargos que una persona deba pagar por ley, independientemente de la existencia de un seguro);
- tratamiento que generalmente se brinde sin costo;
- procedimientos odontológicos estéticos;
- servicios prestados por un Proveedor odontológico que excedan el alcance de la licencia de este;
- toda parte de un cargo que exceda el monto razonable y usual, o el límite máximo del beneficio estipulado por el Plan;
- todo cargo que sea reembolsable a través de un seguro de automóviles sin culpa;
- implementos y reestablecimientos usados solo para aumentar las dimensiones verticales;
- servicios que no se consideren dentro del alcance de la práctica odontológica normal o aceptada;
- dispositivos protésicos en los casos en que los dientes puedan recuperarse por otros medios;
- reemplazo de dentaduras postizas parcial o completo con una frecuencia que supere una vez cada cinco años;
- tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint syndrome, TMJ); y
- reemplazo o reparación de cualquier aparato otorgado como parte del plan del tratamiento de ortodoncia.

COBERTURA DE LA VISIÓN

El Plan cubre hasta \$100 por persona (\$25 para exámenes y \$75 para anteojos) por año, en concepto de costos de exámenes oculares y anteojos para usted y sus dependientes cubiertos.

El Plan tiene un convenio con General Vision Services ("GVS") con el fin de proporcionar beneficios para la visión con un descuento si usted utiliza un lugar dentro de su red de Proveedores. Comuníquese con GVS para obtener una lista de los lugares de los Proveedores ópticos. Llame al (800) 847-4661.

Cómo presentar una reclamación

Todas las reclamaciones y los recibos para los reembolsos deberán presentarse en:

C&R Consulting Inc.
1501 Broadway, Suite 1724
New York, NY 10036

Si tiene alguna pregunta, puede llamar al C&R Consulting Inc. al (212) 395-9339 o al (866) 320-3807.

BENEFICIOS AUDITIVOS

Usted y sus dependientes cubiertos son elegibles para un beneficio auditivo una vez cada cuatro años. A pesar de que puede recibir beneficios de cualquier Proveedor de servicios auditivos, recibirá el nivel más alto de cobertura cuando use la red de Proveedores participantes que estén afiliados a General Hearing Services ("GHS").

Servicios cubiertos

A pesar de que todos los servicios en un establecimiento dentro de la red sean servicios cubiertos, puede obtener beneficios en cualquier Proveedor que haya negociado descuentos especiales a su favor con GHS. Para obtener una lista de los Proveedores participantes, llame a GHS al (888) 899-1447. La cobertura le brinda un copago de \$250 en un Proveedor de GHS para los siguientes servicios:

- una evaluación de audición;
- un audífono para detrás o dentro de la oreja, un audífono de Otosonic o un audífono de cualquier fabricante comparable;
- una batería para su audífono, con un año de garantía; y
- servicios ilimitados para su audífono durante un año.

Si elige un audífono que no sea parte del paquete del Plan, tendrá que hacer pagos adicionales si fuera necesario.

Cuando se dirija a un Proveedor no participante, tendrá que pagar por los servicios que reciba y presentar una reclamación a la Oficina de Fondos. El Plan reembolsará la misma cantidad que le habría pagado si usted se hubiese dirigido a un Proveedor dentro de la red, con un beneficio máximo de \$350 por oído, una vez cada cuatro años.

Cómo presentar una reclamación

Proveedor dentro de la red. Todo lo que tiene que hacer es decir su nombre y su número de Seguro Social al Proveedor de la red. El Proveedor presentará el formulario de reclamación a la Oficina del Fondo para el pago.

Proveedor fuera de la red. Cuando usa un Proveedor que no está en la red de GHS, debe pagar el monto completo y presentar un recibo detallado a la Oficina del Fondo para el reembolso. Asegúrese de conservar una copia del recibo detallado para sus registros.

SEGURO DE VIDA

Seguro de vida: \$10,000

Si usted muere mientras tiene la cobertura del Plan, su beneficiario designado tendrá derecho a \$10,000 de la cobertura del seguro temporal de vida por medio de Amalgamated Life Insurance Company. El beneficio del Seguro de Vida es solo para los participantes; no hay beneficios de seguro de vida para los dependientes elegibles.

Designar un beneficiario

Puede designar a cualquier persona como el beneficiario de su beneficio de seguro de vida. Para ello, tiene que completar un formulario de designación de beneficiario y devolverlo a la Oficina del Fondo. Los formularios de designación del beneficiario están disponibles en la Oficina del Fondo.

Puede cambiar su beneficiario en cualquier momento entregando un nuevo formulario de designación de beneficiario de la Oficina del Fondo. Es importante conservar su designación de beneficiario actualizada. Le recomendamos revisar la designación del beneficiario cuando las circunstancias en su vida cambien (p. ej., matrimonio, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo, muerte de un beneficiario). Tenga en cuenta que un divorcio no cambia su beneficiario o invalida la designación previa de su primer esposo como beneficiario de su beneficio. Si se divorcia y desea cambiar a su beneficiario, debe presentar un nuevo formulario de designación de beneficiario a la Oficina del Fondo.

Si no nombra a un beneficiario, o si el beneficiario muere antes que usted, su beneficio de seguro de vida se pagará a:

- su cónyuge sobreviviente o, si no hubiere, a
- sus hijos en partes iguales o, si no hubiere, a
- sus padres en partes iguales o, si no hubiere, a
- sus hermanos y hermanas en partes iguales o, si no hubiere, a
- su herencia.

Conversión

Si su beneficio de seguro de vida según el Plan finaliza, puede ser elegible para convertir su de seguro de vida de grupo en una póliza de seguro de vida individual, sin tener que proporcionar evidencia de su buena salud. Si está interesado en convertir su seguro en una póliza de seguro de vida individual, debería comunicarse de inmediato con la Oficina del Fondo para obtener un formulario de información que debe completar y devolver a Amalgamated Life Insurance Company. Amalgamated Life le enviará por correo un formulario de solicitud, las tasas de sus primas y una descripción de la conversión del plan. Amalgamated Life Insurance Company debe recibir la solicitud y el primer pago de las primas dentro de los 31 días posteriores a la finalización de los beneficios de su seguro de vida de grupo.

BENEFICIO POR FALLECIMIENTO Y MUTILACIÓN ACCIDENTALES

El beneficio por Fallecimiento y Mutilación Accidentales ("AD&D") lo proporciona Amalgamated Life Insurance Company. Esta póliza paga un beneficio si, como resultado de un accidente mientras usted es un empleado activo, sufre una lesión grave o muere dentro de los 365 días posteriores al accidente. No se ofrece cobertura AD&D para sus dependientes

En el caso que su muerte se deba a un accidente cubierto, los beneficios AD&D son pagaderos junto con aquellos disponibles según su cobertura de seguro de vida.

La cantidad máxima que puede pagarse según la póliza de AD&D por todas las pérdidas es \$10,000. Esta cantidad se conoce como la "suma principal".

Para pérdida de:

Vida

Ambas manos o ambos pies

Vista de ambos ojos

Una mano y un pie

Una mano o un pie y la vista de un ojo

Una mano

Un pie

Vista de un ojo

El beneficio es:

\$10,000 (suma principal)

\$10,000 (suma principal)

\$10,000 (suma principal)

\$10,000 (suma principal)

\$10,000 (suma principal)

\$5,000 (50 % de la suma principal)

\$5,000 (50 % de la suma principal)

\$5,000 (50 % de la suma principal)

Si se sufre más de una pérdida en el mismo accidente, el pago se realizará solo para la pérdida que tenga el monto pagable más grande.

SIN COBERTURA

No se pagará beneficios por pérdidas que resulten de o sean causadas directa o indirectamente por:

1. suicidio;
2. infección bacteriana (excepto las infecciones piogénicas que resulten solamente de lesiones);
3. tratamiento médico o quirúrgico (excepto aquellos que fueran necesarios solamente debido a lesiones);
4. guerra o cualquier acto de guerra;
5. lesión sufrida mientras esté involucrado o participando en actividades aeronáuticas y/o de aviación de cualquier tipo, o lesión que ocurra por estar en un avión, excepto cuando sea un pasajero con boleto de cualquier avión que esté licenciado para transportar pasajeros;
6. actos delictivos;
7. lesiones autoinfligidas intencionalmente.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Beneficios semanales por discapacidad

Los beneficios semanales por discapacidad se pagan por el Plan a un participante que trabaja de forma activa y que se incapacita de modo tal que no puede realizar ninguna de sus obligaciones usuales y habituales y que tiene un empleador sujeto a las siguientes condiciones. El beneficio no está disponible para los dependientes.

Condiciones de procedimiento

Las siguientes condiciones aplican para los Beneficios Semanales por Discapacidad:

1. Se debe completar un formulario de reclamación inicial y la Oficina del Fondo debe recibirlo dentro de los 90 días posteriores al inicio de la discapacidad. Este formulario puede obtenerse en la Oficina del Fondo.
2. Se le envían formularios de continuación cada cuatro semanas (o según sea necesario) y deben devolverse dentro de las dos semanas posteriores a la fecha en que los envió la Oficina del Fondo. Si usted no devuelve el formulario de continuación a tiempo, no recibirá ningún Beneficio Semanal por Discapacidad adicional para esa discapacidad.
3. La discapacidad debe verificarse por escrito en el formulario de reclamación por un médico legalmente licenciado para ejercer la medicina. Usted debe ser revisado por un médico en su consultorio de este, en su casa o en el hospital.
4. Debe contestar todas las preguntas del formulario de reclamación. Los formularios incompletos se devolverán para que sean completados. No se aceptarán copias o envíos por fax. La Oficina del Fondo debe recibir un formulario de reclamación original.
5. No se considerará ninguna discapacidad que comience más de tres días previos a la primera visita al médico durante el período de discapacidad. No se aceptarán consultas telefónicas. Asimismo, no se puede considerar que la discapacidad haya comenzado hasta luego del octavo día en que usted no es capaz de trabajar debido a una enfermedad o lesión.
6. Debe devolver los pedidos de información adicional del Plan dentro de las dos semanas posteriores a la fecha del envío del Plan. El hecho de que una reclamación de beneficios se haya presentado o esté pendiente de una fuente que no sea la del Plan no excusa estos requisitos de presentación de informes (es decir, Indemnización por Accidentes y Enfermedades laborales o seguro de automóvil).

Limitaciones

Las siguientes limitaciones aplican para los Beneficios Semanales por Discapacidad:

- Los beneficios no son pagaderos si la discapacidad se debe a un accidente o enfermedad:
 - sufridos en cualquier trabajo (si usted tiene una reclamación de Indemnización por Accidentes y Enfermedades laborales debería avisar a su empleador de inmediato);

- causados por cualquier acto de guerra;
- por los que otra persona o entidad pague o sea responsable.
- Los beneficios no son pagaderos si la discapacidad resulta de una lesión o enfermedad autoinfligida intencionalmente o si la lesión o enfermedad se sufrió mientras se cometía un delito, incluyendo el uso de sustancias ilegales.
- Si se recupera de una discapacidad y vuelve a trabajar y luego sufre una recaída relacionada con la misma discapacidad dentro de tres meses (dos semanas en N.J.), el segundo período de discapacidad se considerará como continuación del primer período de discapacidad. Si los dos períodos de discapacidad están separados por más de tres meses, durante los que usted no se ausenta del trabajo por causa de discapacidad, el segundo período de discapacidad se considerará de forma separada.
- Debe presentar un formulario de reclamación inicial por todas las veces que vuelva a ocurrir una discapacidad, independientemente del tiempo que le haya llevado volver al trabajo. No se aceptan formularios de continuación.
- El Plan puede exigir que un médico profesional lo examine con la frecuencia que el Plan razonablemente requiera, mientras la reclamación esté pendiente.
- La falta de conocimiento de la cobertura no excusa el cumplimiento de estos requisitos.
- No se pagará beneficios a ningún participante que deba dinero al Plan. La falta de reembolso de las cantidades adeudadas puede ocasionar la suspensión de ciertos beneficios. Las cantidades posteriores, pagaderas según el beneficio semanal de discapacidad, pueden deducirse de las cantidades adeudadas.

Cuándo empiezan los beneficios

Los beneficios comienzan el octavo día que usted es incapaz de trabajar debido a una enfermedad o lesión. Los beneficios son pagaderos por el tiempo que usted esté discapacitado, con un máximo de 26 semanas de discapacidad en cualquier período de 52 semanas.

Cantidad de los beneficios y duración

La cantidad del beneficio semanal y el número máximo de semanas se determinan por las leyes estatales que rijan el plan de beneficios de ingresos por discapacidad con el que usted tenga cobertura. A partir de abril de 2016, el beneficio semanal máximo en Nueva York es de \$170 y el beneficio semanal en Nueva Jersey es de \$615.

Cuestiones impositivas

El Plan le entregará un formulario por año que informe el total de los beneficios pagados en un año calendario. Si además recibe de su empleador cobertura por Discapacidad a Corto Plazo, este también debería entregarle un formulario. Se enviará una copia al Servicio de Impuestos Internos. Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener más información acerca de las posibles consecuencias impositivas, incluyendo el impuesto al seguro social, el impuesto Medicare (FICA), y los impuestos federales por desempleo (FUTA).

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

Esta sección describe los procedimientos para presentar las reclamaciones de los beneficios, y los procedimientos que debe seguir si le rechazan la reclamación, en su totalidad o en parte, y usted desea apelar esa decisión. Los procedimientos variarán dependiendo del tipo de reclamación. El Plan ha hecho contratos con varias organizaciones de salud ("Organización de la Salud") para administrar los diferentes beneficios.

Qué es una reclamación

Una reclamación es un pedido de beneficios que se hace de acuerdo con los procedimientos de reclamaciones del Plan.

Qué no es una reclamación:

- un pedido para la aprobación previa de un beneficio, que no requiere aprobación previa por parte del Plan;
- una consulta sobre la elegibilidad para el Plan en la que no solicite beneficios;
- un pedido para verificar si un servicio particular tiene cobertura según el Plan;
- la presentación de una receta en una farmacia para que sea renovada según los términos del Plan;
- un pedido realizado por otra persona que no sea el solicitante o su representante autorizado.

Cómo presentar una reclamación

Puede obtener un formulario de reclamación en la Oficina del Fondo si llama al (212) 366-7880 o en la Organización de Salud específica que figura en la página 73. El formulario de reclamación debe estar completado en su totalidad y debe entregarse a la Organización de la Salud adecuada. Si se presenta una reclamación de manera incorrecta o si esta estuviera incompleta, la solicitud no constituirá una reclamación según estos procedimientos.

Solo recibirá aviso de que su reclamación fue presentada de manera incorrecta si la reclamación incluye (i) su nombre; (ii) su afección médica o síntomas específicos y (iii) un tratamiento, servicio o producto específico para los que se solicita aprobación. Controle el formulario de reclamación para asegurarse de que todas las partes correspondientes del formulario están completas. Incluya con el formulario de reclamación cualquier factura detallada, si ya le han prestado servicios, o toda la documentación solicitada para verificar su reclamación. Si se devuelven los formularios de reclamación para solicitar más información, esto demorará el procesamiento de la reclamación.

Un formulario de reclamación que se envíe de manera incorrecta a la Oficina del Fondo será redirigido a la Organización de la Salud correspondiente. El plazo correspondiente para procesar la reclamación comenzará a regir desde la fecha en que la Organización de la Salud correspondiente recibe la reclamación.

Representante autorizado

Un representante autorizado, como su cónyuge, puede completar el formulario de reclamación por usted, si ha designado previamente a este individuo para que actúe en su nombre. Los formularios para designar a un representante autorizado pueden obtenerse en la Oficina del Fondo. El Plan puede solicitar información adicional para verificar que esta persona está autorizada para actuar en su nombre. Si designa a un representante autorizado, usted recibirá todos los avisos por medio de su representante autorizado.

Cuándo debo presentar una reclamación

Todas las reclamaciones, excepto las reclamaciones de seguro de vida, deben presentarse por escrito antes de los 18 meses posteriores a la fecha en que se incurrieron los gastos. Si es un participante de Medicare por una enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) para los que este Plan es pagador secundario de Medicare, las reclamaciones deberían presentarse dentro de los 365 días posteriores a la fecha de la explicación de beneficios de Medicare. Todas las reclamaciones que no se presenten dentro de estos períodos pueden ser rechazadas.

Las reclamaciones de seguro de vida deben presentarse por escrito antes de los 730 días (dos años) posteriores a la fecha de fallecimiento.

Las reclamaciones deberían presentarse por escrito tan pronto como fuera posible después de la fecha en que se incurrieron los gastos. Su reclamación será considerada como presentada tan pronto como sea recibida por la Organización de la Salud que sea responsable de hacer la determinación inicial de la reclamación. Las reclamaciones de atención de urgencia deben presentarse por teléfono a la Organización de la Salud correspondiente.

Dónde presento la reclamación inicial

Cuando usted reciba servicios hospitalarios, médicos, de salud conductual, de medicamentos de venta con receta y odontológicos de un Proveedor dentro de la red o participante, el Proveedor presentará una reclamación a su nombre. Cuando incurra en gastos para estos servicios con un Proveedor que esté fuera de la red, o no participante, **usted** es responsable de presentar una reclamación a la Organización de la Salud correspondiente.

Las reclamaciones por servicios hospitalarios, médicos y de salud conductual deben presentarse en:

Anthem BCBS
P.O. Box 3877
Church Street Station
New York, NY 10036

Las reclamaciones por servicios odontológicos y de la visión (con copia de los recibos) deben presentarse en:

C&R Consulting
1501 Broadway, Suite 1724
New York, NY 10036

Las reclamaciones por servicios de medicamentos de venta con receta deben presentarse en:

Express Scripts
1 Expressway
St. Louis, MO 63121

Las reclamaciones por Discapacidad Semanal y servicios auditivos deben presentarse en:

Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Las reclamaciones del seguro de vida y del Beneficio por Fallecimiento y Mutilación Accidentales deben presentarse en:

Amalgamated Life
333 Westchester Avenue
White Plains, NY 10604-2910

Aviso de decisión

La Organización de la Salud correspondiente revisará la reclamación para el pago y usted recibirá un aviso en un formulario de Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) que le notificará la determinación, las razones específicas para dicha determinación, y le dará una descripción de los procedimientos de apelación y de los límites de tiempo correspondientes.

Apelaciones

Proceso de apelación

Salvo en los casos que se mencionan a continuación, si su reclamación por servicios hospitalarios, médicos, de salud conductual, de visión, odontológicos o de audición es rechazada, en parte o en su totalidad, o si no está de acuerdo con la decisión tomada inicialmente para su reclamación, usted puede presentar una apelación. Las apelaciones deben presentarse a la Junta de fideicomiso en:

Junta de fideicomiso
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Express Scripts y Amalgamated Life Insurance Company se encargan respectivamente de los procedimientos de apelación para reclamaciones de medicamentos de venta con receta, Seguro de vida, y Muerte y Mutilación Accidentales. Estos procedimientos están descritos en secciones posteriores de esta sección.

Existe un procedimiento de apelación de segundo nivel para las apelaciones de reclamaciones hospitalarias, médicas o de salud conductual que requieren certificación previa del Programa de Administración Médica y que se han rechazado porque no son una necesidad médica. La apelación de primer nivel debería presentarse a Alicare, que es quien administra el Programa de Administración Médica. Envíe su apelación a la siguiente dirección:

Attn: Appeals Department
8C Industrial Way
Salem, New Hampshire 03079

Las preguntas de seguimiento pueden atenderse por teléfono en el (800) 332-5426. Sin embargo, primero debería enviar su apelación por correo.

Si Alicare rechaza su apelación de primer nivel, usted puede presentar una apelación de segundo nivel a la Junta de fideicomiso en:

Junta de fideicomiso
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Su apelación de segundo nivel debe presentarse a la Junta de fideicomiso dentro de los 60 días posteriores a la recepción del rechazo que Alicare haga de su apelación de primer nivel.

Cómo presentar una apelación

Su apelación debe hacerse por escrito dentro de los 180 días posteriores a recibir el aviso de rechazo de la reclamación. Si la apelación no se entrega dentro de este período, prevalecerá la decisión inicial.

Sus derechos en el proceso de apelación

- Tiene derecho a revisar, sin cargo, documentos, registros y otra información relevante para su reclamación. Un documento, registro u otra información es relevante si fue usado como respaldo para tomar la decisión; si se lo presentó, consideró o generó (independientemente de si se lo usó de respaldo); si demostró cumplimentar con los procesos administrativos del Plan para asegurar la toma de una decisión consistente; o si constituye una declaración de la política del Plan con respecto al tratamiento o servicio rechazado.

- La apelación se revisará por un agente fiduciario designado apropiadamente, que no sea el individuo que haya rechazado inicialmente su reclamación.
- La persona que revise la reclamación no tratará con deferencia la determinación adversa inicial del beneficio. La decisión se hará con base en los registros, incluyendo los documentos, registros y comentarios escritos adicionales que usted presente.
- Si su reclamación fue rechazada debido a un criterio médico (como la determinación de que el tratamiento o servicio no era médicamente necesario, o era de investigación o experimental), se consultará a un profesional de atención médica que esté capacitado y tenga la experiencia adecuada en un campo relevante de la medicina.
- El profesional de atención médica deberá ser un individuo que no sea el que se consultó en su apelación original ni tampoco el subordinado de dicho individuo.
- Si lo solicita, se le proporcionará la identificación de los expertos médicos o vocacionales, si los hubiere, que brindaron asesoramiento al Plan en su reclamación, independientemente de si esta opinión fue considerada al momento de tomar una decisión sobre su reclamación.

Apelaciones escuchadas por la Junta de fideicomiso Las decisiones sobre las apelaciones se tomarán por la Junta de fideicomiso en la próxima reunión programada regularmente de la Junta de fideicomiso que tenga lugar después de recibir su apelación por escrito. Sin embargo, si su apelación se recibe dentro de los 30 días de la próxima reunión programada regularmente, su apelación se revisará en la segunda reunión programada después del recibir la apelación. En circunstancias especiales, si se solicita información adicional, como registros médicos, es posible que se necesite una demora hasta la tercera reunión programada regularmente que ocurra después de recibir su apelación. Una vez que se tome una decisión sobre su apelación, se le informará al respecto lo antes posible, a más tardar cinco días después de que se haya tomado la decisión. La decisión tomada por la Junta de fideicomiso será final y vinculante para todas las partes, excepto en los casos que esté disponible una revisión externa.

Apelaciones escuchadas por Alicare Las decisiones de la apelación de primer nivel para Alicare se realizarán por el departamento de apelaciones de Alicare. Como se mencionó, si no está satisfecho con el resultado de su apelación, usted puede hacer una apelación de segundo nivel a la Junta de fideicomiso.

Alicare resolverá las apelaciones dentro de los siguientes períodos:

- *Apelaciones estándar:* dentro de los 30 días posteriores de recibida toda la información necesaria.
- *Apelaciones aceleradas:* (consulte la siguiente sección para obtener información adicional sobre las apelaciones aceleradas) dentro de las 72 horas posteriores a recibir toda la información necesaria.

Existen dos tipos de revisión que Alicare realiza:

- las Revisiones Concurrentes se completarán dentro de 24 horas. Estas son revisiones de los servicios que todavía no han sido provistos y para los que se busca una certificación previa.
- Las Revisiones Retrospectivas se realizan si un demandante no realiza la certificación previa. En este caso, Alicare revisará el registro completo dentro de los 30 días.

Apelaciones aceleradas para Alicare

Puede presentar una apelación acelerada y recibir una respuesta rápida de Alicare si:

- quiere continuar con servicios, procedimientos o tratamientos de atención médica que ya hayan comenzado;
- necesita cuidados adicionales durante un tratamiento continuo;
- su Proveedor considera que se garantiza una apelación inmediata debido a que una demora en el tratamiento crearía una amenaza inminente o grave para su salud o para su capacidad de recobrar su función máxima, o lo sometería a un dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento que está en disputa en la reclamación.

Las Apelaciones Aceleradas pueden presentarse por teléfono y por escrito.

Tenga en cuenta que las apelaciones por reclamaciones que se realizan después de que se haya provisto el servicio no pueden ser aceleradas. Cuando usted presente una apelación acelerada, Alicare responderá tan rápido como sea posible dadas las circunstancias médicas del caso, y estará sujeta a los siguientes períodos máximos:

- usted y su Proveedor tendrán acceso razonable al revisor clínico de Alicare dentro de un día hábil a partir del momento en que Alicare reciba la solicitud;
- Alicare tomará la decisión dentro de los dos días hábiles posteriores a recibir toda la información necesaria, pero a más tardar dentro de 72 horas a partir de la recepción de la reclamación.
- Alicare le informará de inmediato la decisión por teléfono, y dentro de 48 horas por escrito.

Apelaciones por discapacidad Las decisiones de las apelaciones relacionadas con reclamaciones por discapacidad se alcanzarán dentro de los 45 días posteriores a su apelación. Sin embargo, en circunstancias especiales, para una reclamación por discapacidad pueden ser necesarios hasta 45 días adicionales para alcanzar una decisión final. Se le informará por escrito dentro de los 45 días posteriores a recibir su apelación si se necesitará un período adicional para lograr una decisión final en su reclamación por discapacidad.

Aviso de la decisión de apelación

La decisión de toda apelación de su reclamación se hará por escrito. La notificación del rechazo de su apelación establecerá lo siguiente:

- los motivos específicos de esta determinación;
- referencias a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa esta determinación;
- una declaración que le informe que usted tiene derecho a recibir acceso razonable a y copias de todos los documentos relevantes de su reclamación, por medio de una solicitud y sin cargo.
- una declaración sobre su derecho a iniciar una acción civil conforme con la Sección 502(a) de la Ley para la Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) de 1974 tras una determinación adversa del beneficio en la apelación.
- Si el Plan usó como respaldo una norma, pauta o protocolo interno, usted recibirá o bien una copia de la norma o una declaración que estará disponible sin cargo cuando la solicite.
- Si la determinación se basó en la necesidad médica, o en el hecho de que el tratamiento era experimental o de investigación, o en exclusiones similares, usted recibirá una explicación del criterio científico o clínico que se usó para la determinación y que corresponda a los términos del Plan para su reclamación, o una declaración que estará disponible sin cargo cuando la solicite.

Revisión externa de ciertos tipos de reclamaciones

Si su apelación es rechazada, usted puede ser elegible para una Revisión Externa independiente de acuerdo con la ley federal. Las reclamaciones relacionadas con (1) criterios médicos o (2) una rescisión de la cobertura son elegibles para tener una Revisión Externa. Algunos ejemplos de situaciones en las que se considera que una reclamación está relacionada con criterios médicos incluyen las determinaciones adversas del beneficio (rechazos de reclamaciones completas o parciales) basadas en los requisitos de Necesidad Médica de Alicare, adecuación, establecimiento del atención médica, nivel de cuidado o efectividad de un beneficio con cobertura, o basadas en la determinación de Alicare que un tratamiento es experimental o de investigación.

Debe presentar una solicitud para la revisión externa con el Plan dentro de los cuatro meses posteriores a la fecha en la que usted recibe aviso de Alicare o de la Junta de fideicomiso sobre la decisión de rechazo de su apelación. El Plan conducirá una revisión preliminar y le informará dentro de cinco días hábiles si usted es elegible para la revisión externa o si el Plan necesita que usted presente más información o materiales para tomar una decisión. Si el Plan necesita más información o materiales, tendrá tiempo de presentar esto hasta el final del período de cuatro meses que comienza el día que usted recibe el aviso del rechazo de la Junta de fideicomiso o dentro del período de 48 horas posteriores al día en que se le informó que se necesitaba más información o materiales.

Si se acepta su reclamación para una revisión externa, el Plan le referirá su reclamación a una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) y la IRO le informará su decisión a usted. Tendrá entonces 10 días hábiles para proporcionarle a la IRO toda la información adicional que quiera que se considere. La IRO no está obligada a aceptar su información después de los 10 días hábiles posteriores a que usted reciba el aviso, pero puede hacerlo si así lo decide. El Plan tendrá cinco días hábiles después de que su reclamación sea asignada a una IRO, en los que le proporcionará a la IRO todos los documentos e información para ser considerados en la revisión de su reclamación. Si el Plan no lo hiciera, la IRO puede decidir revertir el rechazo del beneficio, en cuyo caso se le avisará a usted y al Plan un día hábil después de tomar la decisión. La IRO reenviará al Plan toda la información que usted proporcione. El Plan puede entonces decidir revertir su rechazo, en cuyo caso el Plan le informará dicha decisión dentro de un día hábil.

Si el rechazo de su reclamación no se revierte como se describió en el párrafo anterior, la IRO le entregará a usted y al Plan un aviso por escrito de su decisión con respecto a la reclamación, dentro de los 45 días posteriores a recibir la solicitud de revisión externa. La IRO no queda obligada por la decisión o conclusión del Plan respecto a su reclamación. La notificación estará compuesta por lo siguiente:

- una descripción de la razón por la que solicita la revisión externa;
- la fecha en que la IRO recibió la solicitud del Plan;
- referencias a la evidencia y documentación utilizada en la revisión de la reclamación;
- una discusión sobre las razones para la decisión;
- una declaración que establezca que la decisión de la IRO es vinculante, excepto en los casos que estén disponibles otros recursos para usted y el Plan según la ley que corresponda; y
- una declaración que establezca que una revisión judicial está disponible para usted.

Una vez que la IRO le informe al Plan que ha revertido el rechazo de los beneficios, el Plan debe inmediatamente otorgarle la cobertura o el pago de la reclamación. La IRO debe mantener los registros de su reclamación por seis años y facilitarle los registros a usted para su inspección, si usted lo solicita.

Revisión externa acelerada

Usted tiene derecho a solicitar una revisión externa acelerada sin apelar primero a Alicare o a la Junta de fideicomiso si quiere apelar una reclamación de atención urgente después del rechazo inicial del Plan de una Reclamación Previa al Servicio y si la reclamación está relacionada con una afección médica para la que el período de apelación a la Junta de fideicomiso pondría en grave riesgo su vida o salud o su capacidad de recuperar su función máxima. Si la Junta de fideicomiso ya ha rechazado una apelación para dicha reclamación, todavía tiene derecho a solicitar una revisión

externa acelerada, y también tiene derecho a hacer dicha solicitud si la decisión concierne una admisión, disponibilidad del cuidado, o permanencia continua para las que haya recibido servicios de emergencia y no haya sido dado de alta de un establecimiento. También tiene derecho a obtener cualquier evidencia nueva o adicional considerada por el Plan, utilizada de respaldo o generada por el plan en el rechazo, y todo fundamento nuevo o adicional para el rechazo, sin cargo.

Una vez que haya solicitado una revisión externa acelerada, el Plan determinará de inmediato si su reclamación es elegible para una revisión externa acelerada e inmediatamente le avisará la decisión que tome, o si el Plan necesita que usted proporcione más información o materiales para tomar una decisión. Si su reclamación es elegible para una revisión externa acelerada, el Plan le asignará la reclamación a una IRO y le proveerá diligentemente a la IRO todos los documentos y la información considerados para rechazar la reclamación. La IRO debe tomar una decisión antes de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Si el aviso no está hecho por escrito, la IRO debe proporcionarles la confirmación por escrito a usted y al Plan dentro de las 48 horas posteriores a la entrega del primer informe. La decisión de la IRO es vinculante, excepto en los casos en que se pueda revisar según la ley correspondiente.

Cómo presentar una apelación de reclamaciones por medicamentos de venta con receta

Descripción de la revisión de la cobertura

Tiene derecho a solicitar que un medicamento tenga cobertura o tenga una cobertura de beneficios más alta (p. ej., copago inferior, mayor cantidad, etc.) Se denomina revisión de cobertura inicial a la primera solicitud de cobertura. Express Scripts revisa las solicitudes de revisión de cobertura clínica y administrativa:

Revisión de cobertura clínica: una solicitud de cobertura de un medicamento que está basada en condiciones clínicas de cobertura establecidas por el Plan, como los medicamentos que requieren autorización previa.

Revisión de cobertura administrativa: una solicitud de cobertura de un medicamento que está basada en el diseño de los beneficios del Plan, como la solicitud para la cobertura de un medicamento excluido del Plan, o una solicitud de copago inferior para un medicamento cuando el Plan no permita excepciones.

Cómo solicitar la revisión de la cobertura inicial

El método preferido para solicitar una revisión de cobertura clínica inicial es que el recetador presente la solicitud de autorización previa de manera electrónica. Alternativamente, el recetador o farmacéutico que venda los medicamentos puede llamar al Departamento de Revisión de Cobertura de Express Scripts al (800) 753-2851, o el recetador puede enviar por fax un formulario de revisión de cobertura completo al (877) 329-3760. Los formularios pueden obtenerse por Internet en www.Express-Scripts.com/services/physicians/. Las solicitudes de revisión de cobertura de envío domiciliario se inician automáticamente por la farmacia de Envío a Domicilio de Express Scripts como parte de la obtención de la receta.

Para solicitar una revisión de cobertura administrativa inicial, usted o su representante deben presentar la solicitud por escrito a la atención de Express Scripts: Departamento de Revisión de Cobertura de Beneficio, PO Box 66587, St Louis, MO 63166-6587.

Si la situación del paciente cumple con la definición de urgencia según la ley, puede solicitarse una revisión urgente y procesarla tan pronto como sea posible, en un plazo no mayor a las 72 horas desde la recepción de la solicitud como máximo. En general, una situación se considera urgente cuando, en la opinión del Proveedor del paciente, la salud del paciente puede estar en peligro grave o el paciente pudiera experimentar dolor severo que no pueda controlarse adecuadamente sin los medicamentos mientras el paciente espera la decisión de la revisión. Si el paciente o el Proveedor consideran que la situación del paciente es urgente, el Proveedor debe solicitar la revisión acelerada por teléfono al (800) 753-2851.

Cómo se procesa una revisión de cobertura

Para tomar una determinación inicial para una solicitud de revisión de cobertura clínica, el recetador debe presentar información específica a Express Scripts para su revisión. Para solicitar una revisión de cobertura administrativa, usted debe presentar la información a Express Scripts para respaldar la solicitud. La determinación inicial y la notificación al paciente y al recetador se harán dentro de los períodos especificados a continuación:

<u>Tipo de reclamación</u>	<u>Período de decisión</u> Las decisiones se completan tan pronto como sea posible desde la recepción de la solicitud, con un período máximo de:	<u>Notificación de decisión</u>	
		Aprobación	Rechazo
Servicio previo estándar*	15 días (minorista) 5 días (envío a domicilio)	<u>Paciente:</u> llamado automático (carta cuando el llamado no sea exitoso)	<u>Paciente:</u> carta
Servicio previo estándar*	30 días	<u>Recetador:</u> fax (carta cuando el fax no sea exitoso)	<u>Recetador:</u> fax (carta cuando el fax no sea exitoso)
Urgente	72 horas**	<u>Paciente:</u> llamado automático y carta <u>Recetador:</u> fax (carta cuando el fax no sea exitoso)	<u>Paciente:</u> llamado en vivo y carta <u>Recetador:</u> fax (carta cuando el fax no sea exitoso)

*Si la información necesaria para hacer la determinación no se recibe de parte del recetador dentro del período de decisión, se enviará una carta al paciente y al recetador en la que se informe que la información debe recibirse dentro de 45 días o se rechazará la reclamación.

**Asume que se provee toda la información necesaria. Si no se provee la información necesaria dentro de las 24 horas posteriores a la recepción, se concederá una extensión de 48 horas.

Cómo solicitar una apelación de primer nivel o una apelación urgente después de que se ha rechazado una revisión de cobertura inicial

Cuando se haya rechazado una revisión de cobertura inicial, puede presentarse una apelación dentro de los 180 días posteriores a la recepción del aviso del rechazo inicial. Para iniciar una apelación, la siguiente información debe entregarse por correo o fax al departamento adecuado para las solicitudes de revisión clínicas o administrativas:

- nombre del paciente;
- No. de identificación del miembro
- Número de teléfono
- el nombre del medicamento para el que se rechazó la cobertura del beneficio;
- una breve descripción de por qué el demandante está en desacuerdo con la determinación adversa inicial del beneficio;
- toda información adicional que pueda ser relevante para la apelación, incluso los enunciados/cartas del recetador, facturas o cualquier otro documento;

Apelaciones clínicas: Express Scripts
Attn: Departamento de Apelaciones Clínicas
PO Box 66588, St Louis, MO 63166-6588
Fax (877) 852-4070

Solicitudes de apelaciones administrativas: Express Scripts
Attn: Departamento de Apelaciones Administrativas
PO Box 66587, St Louis, MO 63166-6587
Fax (877) 328-9660

Si la situación del paciente cumple con la definición de urgencia según la ley, puede solicitarse una apelación urgente y ser procesada tan pronto como sea posible, en un plazo no mayor a las 72 horas desde la recepción de la solicitud como máximo. En general, una situación se considera urgente cuando, en la opinión del Proveedor del paciente, la salud del paciente puede estar en peligro grave o el paciente pudiera experimentar dolor severo que no pueda controlarse adecuadamente sin los medicamentos mientras el paciente espera la decisión de la revisión. Si el paciente o el Proveedor considera que la situación del paciente es urgente, debe solicitarse la revisión acelerada por teléfono o fax:

Apelaciones clínicas: **Teléfono (800) 753-2851**
Fax (877) 852-4070

Apelaciones administrativas: **Teléfono (800) 946-3979**
Fax (877) 328-9660

Las reclamaciones y apelaciones urgentes presentadas por correo no se considerarán para procesos urgentes a menos que una llamada telefónica o fax posterior identifique la apelación como urgente.

Cómo se procesa una apelación de primer nivel o urgente

Dependiendo del tipo de apelación, las decisiones de apelación son hechas por un farmacéutico, médico, panel de clínicos o un miembro capacitado para la autorización previa del personal de Express Scripts.

Las decisiones y notificaciones de las apelaciones se realizan de la siguiente manera:

<u>Tipo de apelación</u>	<u>Período de decisión</u> Las decisiones se completan tan pronto como sea posible desde la recepción de la solicitud, con un período máximo de:	<u>Notificación de decisión</u>	
		Aprobación	Rechazo
Servicio previo estándar	15 días	<u>Paciente:</u> llamado automático (carta cuando el llamado no sea exitoso)	<u>Paciente:</u> carta
Servicio previo estándar*	30 días	<u>Recetador:</u> fax (carta cuando el fax no sea exitoso)	<u>Recetador:</u> fax (carta cuando el fax no sea exitoso)
Urgente*	72 horas	<u>Paciente:</u> llamado automático y carta <u>Recetador:</u> fax (carta cuando el fax no sea exitoso)	<u>Paciente:</u> llamado en vivo y carta <u>Recetador:</u> fax (carta cuando el fax no sea exitoso)

*Si se recibe y considera información nueva o se utiliza como respaldo en la revisión de la apelación, se proporcionará dicha información al paciente y al recetador junto con una oportunidad para responder antes de emitir toda determinación adversa final.

La decisión tomada en una apelación urgente es final y vinculante. En la situación de atención urgente hay solo un nivel de apelación previo a una revisión externa.

Cómo solicitar una apelación de segundo nivel después de que se ha rechazado una apelación de primer nivel

Cuando se haya rechazado una apelación de primer nivel, puede presentarse una apelación de segundo nivel dentro de los 90 días posteriores a la recepción del aviso de rechazo de la apelación de primer nivel. Para iniciar una apelación de segundo nivel, la siguiente información debe entregarse por correo o fax al departamento adecuado para las solicitudes de revisión clínicas o administrativas:

- nombre del paciente;
- No. de identificación del miembro
- Número de teléfono
- el nombre del medicamento para el que se rechazó la cobertura del beneficio;
- una breve descripción de por qué el demandante está en desacuerdo con la determinación adversa del beneficio;
- toda información adicional que pueda ser relevante para la apelación, incluso los enunciados/cartas del recetador, facturas o cualquier otro documento;

Apelaciones clínicas: Express Scripts
Attn: Departamento de Apelaciones Clínicas
PO Box 66588,
St Louis, MO 63166-6588
Fax (877) 852-4070

Apelaciones administrativas: Express Scripts
Attn: Departamento de Apelaciones Administrativas
PO Box 66587
St Louis, MO 63166-6587
Fax (877) 328-9660

Si la situación del paciente cumple con la definición de urgencia según la ley, una apelación urgente puede solicitarse y ser procesada tan pronto como sea posible, en un plazo no mayor a las 72 horas desde la recepción de la solicitud como máximo. En general, una situación se considera urgente cuando, en la opinión del Proveedor del paciente, la salud del paciente puede estar en peligro grave o el paciente pudiera experimentar dolor severo que no pueda controlarse adecuadamente sin los medicamentos mientras el paciente espera la decisión de la revisión. Si el paciente o el Proveedor consideran que la situación del paciente es urgente, debe solicitarse la revisión acelerada por teléfono o fax:

Apelaciones clínicas: **Teléfono** (800) 753-2851
Fax (877) 852-4070

Apelaciones administrativas: **Teléfono** (800) 946-3979
Fax (877) 328-9660

Las reclamaciones y apelaciones urgentes presentadas por correo no se considerarán para procesos urgentes a menos que una llamada telefónica o fax posterior identifique la apelación como urgente.

Cómo se procesa una apelación de segundo nivel

Las decisiones de las apelaciones son tomadas por un farmacéutico, médico o panel de clínicos de Express Scripts.

Las decisiones y notificaciones de las apelaciones se realizan de la siguiente manera:

<u>Tipo de apelación</u>	<u>Período de decisión</u> Las decisiones se completan tan pronto como sea posible desde la recepción de la solicitud, con un período máximo de:	<u>Notificación de decisión</u>	
		Aprobación	Rechazo
Servicio previo estándar	15 días	<u>Paciente:</u> llamado automático (carta cuando el llamado no sea exitoso)	<u>Paciente:</u> carta
Servicio previo estándar*	30 días	<u>Recetador:</u> fax (carta cuando el fax no sea exitoso)	<u>Recetador:</u> fax (carta cuando el fax no sea exitoso)
Urgente*	72 horas	<u>Paciente:</u> llamado automático y carta <u>Recetador:</u> fax (carta cuando el fax no sea exitoso)	<u>Paciente:</u> llamado en vivo y carta <u>Recetador:</u> fax (carta cuando el fax no sea exitoso)

*Si se recibe y considera información nueva o se utiliza como respaldo en la revisión de la apelación, se proporcionará dicha información al paciente y al recetador junto con una oportunidad para responder antes de emitir toda determinación adversa final.

Cuándo y cómo solicitar una revisión externa

El derecho a solicitar una revisión externa independiente puede estar disponible para la determinación adversa de un beneficio relacionado con un criterio médico, rescisión, o una decisión basada en información médica, incluyendo las determinaciones que se

relacionan con los tratamientos que se consideran experimentales o de investigación. Generalmente, todos los derechos de apelación internos deben agotarse antes de solicitar una revisión externa. La revisión externa será realizada por una organización de revisión independiente con los expertos médicos que no estuvieron involucrados en la determinación previa de la reclamación. La solicitud debe recibirse dentro de los cuatro meses a partir de la fecha de la determinación adversa del beneficio interno (si la fecha que está cuatro meses a partir de esta fecha es un sábado, domingo o feriado, la fecha límite será el próximo día hábil).

Para presentar una revisión externa, la solicitud debe enviarse por correo o por fax a Express Scripts.

Express Scripts

Attn: Departamento de Apelaciones Externas

PO Box 66588

St. Louis, MO 63166-6588

Teléfono: (800) 753- 2851

Fax: (877) 852- 4070

Cómo se procesa una revisión externa

Revisión externa estándar: Express Scripts revisará la solicitud de revisión externa dentro de cinco días hábiles para determinar si es elegible para que se reenvíe a una IRO y se le informará al paciente el día hábil posterior a la decisión.

Si la solicitud es elegible para ser reenviada a una IRO, esta se asignará aleatoriamente a una IRO y se recopilará y enviará la información de apelación a la IRO dentro de los cinco días hábiles posteriores a su asignación. La IRO le informará al demandante por escrito que ha recibido la solicitud para una revisión externa y si la IRO ha determinado que la reclamación se relaciona con criterios médicos o rescisión, la carta describirá el derecho del demandante de presentar información adicional dentro de 10 días hábiles para la consideración de la IRO. Toda información adicional que el demandante le proporcione a la IRO también se reenviará a Express Scripts para su consideración. La IRO revisará la reclamación dentro de los 45 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud y le enviará la notificación de su decisión por escrito al demandante, al Plan y a Express Scripts. Si la IRO ha determinado que la reclamación no está relacionada con criterios médicos o con rescisión, la IRO le informará al demandante por escrito que la reclamación no es elegible para una revisión externa.

Revisión externa urgente: Una vez que se presente una solicitud de revisión externa urgente, la reclamación se revisará de inmediato para determinar si es elegible para una revisión externa urgente. Una situación se considera urgente cuando, en la opinión del Proveedor correspondiente, la aplicación de los períodos para tomar las determinaciones de atención no urgentes podrían poner en grave riesgo la vida, la salud o la capacidad del paciente de recuperar la función máxima, o sometería al paciente a

un dolor intenso que no puede controlarse apropiadamente sin el cuidado o tratamiento que está en disputa en la reclamación.

Si la reclamación es elegible para un proceso urgente, se revisará inmediatamente la reclamación para determinar si la solicitud es elegible para ser reenviada a una IRO y se informará la decisión al demandante. Si la solicitud es elegible para ser reenviada a una IRO, esta se asignará aleatoriamente a una IRO y se recopilará y enviará la información de apelación a la IRO. La IRO revisará la reclamación dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud y le enviará la notificación de su decisión por escrito al demandante.

Cómo presentar una apelación de reclamación por Seguro de Vida/Muerte y Desmembramiento Accidentales

Tiene derecho a apelar el rechazo de una reclamación por Seguro de vida/Muerte y Desmembramiento Accidentales dentro de los 60 días posteriores a su recepción de la carta de rechazo. Una apelación debe emitirse por escrito a:

Amalgamated Life Insurance Co.
333 Westchester Avenue
White Plains, NY 10604
Attn: Comité de Apelaciones de Seguro de Vida

Indique claramente el nombre de su Plan, número de póliza, y posición de la apelación por escrito e incluya toda la documentación pertinente.

Limitaciones sobre cuándo y dónde puede iniciarse una demanda

No podrá iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya solicitado una revisión y se haya tomado una decisión al respecto, o hasta que haya transcurrido el plazo adecuado antes descrito desde que presentó la apelación y usted no haya recibido un aviso o una decisión que indique que se necesitará una extensión para tomar una decisión final.

Si usted o su beneficiario deciden iniciar acciones legales luego del rechazo de una apelación, la demanda debe presentarse en el plazo de 365 días del aviso del rechazo de la apelación. La demanda debe presentarse ante el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Sur de Nueva York en el condado de Nueva York, Nueva York.

CUANDO TIENE OTRA COBERTURA

El Plan tiene una característica de Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, COB), que previene la duplicación de los pagos cuando usted o sus dependientes elegibles tienen cobertura con más de un plan de salud grupal (o Medicare). Por ejemplo, una duplicación de cobertura puede producirse cuando usted o sus dependientes están cubiertos por este Plan y también por el plan de su cónyuge.

Usted debería presentar reclamaciones por ambos planes para asegurarse de recibir todos los beneficios que tenga disponibles. Cuando presenta reclamaciones al Plan, debe indicar las otras coberturas. El Plan coordinará sus beneficios con las demás coberturas.

En los casos donde hay coberturas múltiples, el plan que sea principalmente responsable de pagar los gastos médicos de una persona será el plan "primario" de esa persona. El plan primario paga los beneficios primero, antes que cualquier otro plan. Los planes que pagan después del plan primario son "secundarios". Aquí están las normas para determinar cuándo un plan es primario o secundario.

- *Si un plan no tiene una disposición de COB*, el otro plan le otorga su cobertura primaria.
- *Si el otro plan tiene una disposición de COB...*
 - **Para usted:** este Plan se considera su plan primario.
 - **Para su cónyuge:** el plan que le provee su empleador es el primario.
 - **Para sus hijos:** la "regla de cumpleaños" determina qué plan (si el suyo o de su cónyuge) es el primario. El plan que dé cobertura al padre que cumpla los años primero será el plan primario de sus hijos. Si usted y su cónyuge cumplen años el mismo día, el plan que haya tenido cobertura por más tiempo será el primario. Si el otro plan no tiene la regla del cumpleaños, pero utiliza una regla diferente basada en el género, generalmente será primario el plan del padre.

Si tiene hijos pero está divorciado, el plan que cubra al padre que tenga la responsabilidad financiera de la atención médica de los hijos será el plan primario. Si ningún tribunal asigna la responsabilidad de la atención médica de los hijos, el plan que cubra al padre con la custodia legal será el plan primario. Si el padre que tiene la custodia se casa nuevamente, el plan del nuevo cónyuge será secundario (siempre que sea un dependiente elegible según el Plan). En el caso de una custodia conjunta, aplica la regla del cumpleaños.

Si este Plan es el secundario, usted tiene derecho a un reembolso por toda diferencia entre lo siguiente:

- lo que el Plan le habría pagado si fuera el primario, y
- la cantidad real pagada por el plan primario.

Por ejemplo

Supongamos que su cónyuge tiene cobertura de salud por su empleador. Su cónyuge incurre en gastos hospitalarios por \$1,000.

Ya que su cónyuge tiene cobertura por su empleador, ese plan es primario y paga primero. Sin embargo, si el plan del empleador de su cónyuge solo paga \$700 de este gasto, aunque este Plan hubiese cubierto \$800 del costo si hubiese sido el principal, su cónyuge tendrá derecho a los beneficios como se explica a continuación:

\$800 de costos cubiertos por este Plan

(\$700) de beneficios que paga el plan del empleador de su cónyuge

\$100 de beneficios pagados por este Plan

Coordinación de Beneficios (COB) con Medicare

Medicare es un programa de seguro de salud federal para las personas de 65 años o mayores, ciertas personas discapacitadas menores de 65 años, y aquellos de cualquier edad con insuficiencia renal permanente. Si continúa trabajando para un empleador contribuyente después de los 65 años, el Plan permanecerá como su cobertura primaria por el tiempo que continúe empleado, incluso si usted y/o un dependiente elegible son elegibles para la cobertura de Medicare.

Coordinación de Medicare para enfermedad renal terminal

Si usted o un dependiente elegible tiene derecho a la cobertura de Medicare por una enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), este Plan paga primero y Medicare paga segundo por 30 meses a partir del inicio del mes en que la cobertura de Medicare por ESRD empieza, o el primer mes en que el individuo recibe un trasplante de riñón. Luego, a partir del mes 31 posterior al inicio de la cobertura de Medicare, Medicare paga primero y este Plan paga segundo. Si usted o su dependiente elegible tienen derecho a los beneficios con Medicare por ESRD, se considerará que usted se ha inscrito con el propósito de determinar qué plan es primario y qué beneficios son pagaderos por el Fondo, independientemente de si usted o sus dependientes elegibles se han inscrito en Medicare. En otras palabras, este Plan pagará los beneficios como si usted tuviera Medicare Parte A y Parte B, independientemente de si usted se inscribió en Medicare Parte A o Parte B. Si usted o su dependiente elegible no tienen derecho a la cobertura de Medicare, es su responsabilidad proveer la documentación de Medicare por escrito que demuestra que usted se inscribió a tiempo para Medicare y que Medicare determinó que usted o sus dependientes elegibles no tienen derecho a la cobertura de

Medicare. Tenga en cuenta que si no se inscribe a tiempo para la cobertura de Medicare o si no paga las primas solicitadas a Medicare, no se extenderá su cobertura primaria según este Plan.

Derecho de recuperación

Si el Plan realiza por error un pago para los beneficios, que supere los gastos en que realmente se incurrieron o que supere las cantidades permitidas (por ejemplo, un error administrativo) o fraude, o cualquier otra razón (por ejemplo, que usted no le informe a la Oficina del Fondo un cambio en el estado familiar), el Plan se reserva el derecho de recuperar dicho pago en exceso por cualquier medio necesario, incluyendo, entre otros, la finalización de su cobertura (o la cobertura de sus dependientes), la deducción de las cantidades excedidas de reclamaciones futuras y/o acción legal.

SUBROGACIÓN Y REEMBOLSO

Estas disposiciones aplican cuando el Plan paga beneficios debido a lesiones o enfermedades que usted sufrió y para las que tiene derecho de Recuperación o para las que haya recibido una Recuperación de cualquier fuente. Una "Recuperación" incluye, entre otros, dinero recibido de cualquier persona o parte, seguro de responsabilidad de cualquier persona o parte, activos automovilísticos sin seguro/asegurados por menos del valor real, Indemnización o fondos por Accidentes y Enfermedades laborales, seguro "sin culpa" y/o cobertura automotriz para pagos médicos, y se obtiene por medio de demandas, audiencias u otros. Independientemente de cómo usted o su representante o cualquier contrato caracterice el dinero que recibe como Recuperación, este debe estar sujeto a estas disposiciones.

Subrogación

El Plan tiene derecho a recuperar el pago que hace a su nombre de otra parte responsable de compensarlo por su enfermedad o lesión. Cuando exista un derecho de recuperación, aplicará lo siguiente:

- El Plan tiene la prioridad principal en cualquier Recuperación por la cantidad completa de beneficios que haya pagado, independientemente de si usted fue compensado por completo, o si los pagos que recibió lo subsanaron por sus pérdidas, enfermedades o lesiones.
- Usted y su representante legal deben hacer todo lo que sea necesario para permitir que el Plan ejerza sus derechos y no hacer nada que perjudique aquellos derechos.
- En el caso que usted o su representante legal no hagan lo necesario para permitir que el Plan ejerza sus derechos de subrogación, el Plan tendrá derecho a deducir de cualquier beneficio futuro que tenga con el Plan la cantidad que este pagó.
- El Plan tiene el derecho de tomar acciones legales contra toda persona, parte o entidad para recuperar los beneficios que se pagaron con el Plan.
- El Plan tiene el derecho de finalizar la cobertura de cualquier Participante y sus dependientes elegibles si no se cumple con los requisitos de subrogación del Plan.
- En los casos en que los activos totales de donde se pueda obtener una Recuperación sean insuficientes para satisfacer completamente la reclamación de subrogación del Plan y cualquier reclamación suya, primero debe satisfacerse la reclamación de subrogación del Plan antes de destinar cualquier parte de una Recuperación a su reclamación, a los honorarios de su abogado, a otros gastos o costos.
- El Plan no es responsable de los honorarios de los abogados, gravámenes de los abogados, otros gastos o costos en los que usted haya incurrido sin el consentimiento por escrito previo de Plan. La doctrina de "fondo común" no aplica en ninguno de los fondos recuperados por cualquier abogado que contrate, independientemente si los fondos recuperados se utilizan para volver a pagar los beneficios ya pagados por el Plan.

Reembolso

Si usted obtiene una Recuperación y no se ha vuelto a pagar al Plan por los beneficios que el Plan pagó a su nombre, el Plan tendrá derecho a ser pagado con la cantidad de la Recuperación por los beneficios pagados a su nombre y aplicarán las siguientes disposiciones:

- Debe reembolsar al Plan toda Recuperación con el monto de los beneficios que el Plan pagó a su nombre, independientemente si los pagos que recibió le subsanaron sus pérdidas, enfermedades y/o lesiones.
- No obstante cualquier asignación o designación de su Recuperación (p. ej., dolor y sufrimiento) establecida en un acuerdo de conciliación u orden judicial, el Plan tendrá derecho a una recuperación completa, según lo permite la ley correspondiente, como prioridad principal, contra cualquier Recuperación. Además, los derechos del Plan no se reducirán debido a su negligencia.
- Usted y su representante legal deben legar los ingresos en bruto de la Recuperación al Plan (es decir, la cantidad total de su Recuperación antes de descontarle los honorarios del abogado, otros gastos o costos) para pagarle al Plan inmediatamente luego de recibir la Recuperación, según lo permite la ley correspondiente. Usted debe reembolsar al Plan como prioridad principal y sin ninguna retención o deducción para los honorarios de abogados u otros gastos o costos. La doctrina de "fondo común" no aplica en ninguno de los fondos recuperados por cualquier abogado que contrate, independientemente si los fondos recuperados se utilizan para volver a pagar los beneficios ya pagados por el Plan.
- Si usted no le paga al Plan, el Plan tendrá derecho a deducir cualquiera de las partes insatisfechas de la cantidad de beneficios que el Plan ha pagado o la cantidad de su Recuperación, la que sea inferior, de todo beneficio futuro con el Plan si:
 - la cantidad que el Plan pagó a su nombre no se ha vuelto a pagar o no se ha recuperado por el Plan; o
 - no coopera.
- En el caso que usted no revele la cantidad de su acuerdo al Plan, el Plan tendrá derecho a deducir la cantidad de gravámenes del Plan de cualquier beneficio futuro con el Plan o al finalizar la cobertura del Plan para usted y sus dependientes elegibles.
- El Plan también tendrá derecho a recuperar cualquiera de las partes insatisfechas de la cantidad que el Plan ha pagado o la cantidad de su Recuperación, la que sea inferior, cuando sea posible, directamente de los Proveedores a los que el Plan les realizó los pagos a su nombre. En dicha circunstancia, puede ser su obligación pagarle al Proveedor la totalidad de la cantidad facturada, y el Plan no tendrá ninguna obligación de pagarle al Proveedor o de reembolsarlo a usted.
- El Plan tiene derecho al reembolso de toda Recuperación como prioridad principal, incluso si la Recuperación no satisface completamente el juicio, acuerdo o reclamaciones de daños subyacentes, no lo compensa o subsana completamente.

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Administrar el Plan

Tipo de administración

El Plan se mantiene y administra por una Junta de fideicomiso conjunta en la que el trabajo y la administración se representan de igual manera. La Junta de fideicomiso y el Administrador del Plan han delegado ciertas funciones administrativas a Anthem BlueCross BlueShield (para beneficios médicos dentro de la red), Alicare (para el Programa de Administración Médica), C&R Consulting (para reclamaciones de beneficios médicos, odontológicos, y de visión, y preguntas generales), Express Scripts (para beneficios de medicamentos de venta con receta en minoristas o por envío a domicilio), y Amalgamated Life Insurance Company (para beneficios de Seguro de Vida y de AD&D).

La Oficina del Fondo maneja las otras operaciones diarias del Plan. La Junta de fideicomiso es responsable de crear y de hacer cumplir las normas del Plan y es responsable de interpretar las disposiciones del Plan de manera uniforme para todos los participantes.

Si necesita comunicarse con la Junta de fideicomiso, envíe sus comentarios o solicitudes por escrito en:

Junta de fideicomiso
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

El número de teléfono es (212) 366-7880.

Puede obtener una lista completa de todos los empleadores y las organizaciones laborales que auspician el Plan (junto con sus direcciones de correo) si escribe a la Junta de fideicomiso, o puede examinar la lista en persona en la Oficina del Fondo.

Convenios colectivos de trabajo

Los convenios colectivos de trabajo y los acuerdos de participación establecen las condiciones según las que se exige que los empleadores contribuyan al costo del Plan, y las tasas de contribución.

Puede examinar los convenios colectivos de trabajo en persona si lo solicita por escrito en la Oficina del Fondo durante el horario de atención normal, o puede solicitar copias al Administrador del Plan. Según lo permite la ley, se le cobrará por el costo de la reproducción.

Fuentes de financiamiento

Las contribuciones de los empleadores son la fuente primaria de financiamiento para los beneficios y gastos administrativos del Plan. La tasa a la que cada empleador debe contribuir figura en los convenios colectivos de trabajo y acuerdos de participación correspondientes. Un ingreso adicional puede generarse de la parte de los activos del Plan que se invierten.

Actualmente, el Plan no requiere que los participantes contribuyan al costo del Plan (con la excepción de lo que se define en algunos convenios colectivos de trabajo y acuerdos de participación, y lo que se requiere para continuar con la cobertura de COBRA). Tenga presente que esto podría cambiar en cualquier momento futuro.

Los beneficios médicos y de medicamentos con receta provistos según el Plan son beneficios autoasegurados. Esto significa que el Plan no ha comprado cobertura de seguro para garantizar el pago de estos beneficios y todos estos beneficios se pagan directamente de los activos del Fondo.

Los beneficios de seguro de vida y de AD&D son pagaderos de acuerdo con las disposiciones de la póliza de seguro emitida por el asegurador, y se garantizan por el asegurador. El asegurador tiene la completa responsabilidad financiera por el pago de estos beneficios.

Método para acumular los activos del Plan

Todas las contribuciones y ganancias de las inversiones se acumulan en un fondo fiduciario separado. Las ganancias del Plan se invierten de acuerdo con los lineamientos y objetivos adoptados por la Junta de fideicomiso en consulta con su asesor de inversiones.

Futuro del Plan

Cómo interpretar el Plan

La Junta de fideicomiso tiene derecho, poder y autoridad exclusivos, a su único criterio, para administrar, aplicar e interpretar el Plan, incluidas esta Descripción Abreviada del Plan (SDP) y cualquier otro documento del Plan, y para decidir todos los asuntos que surjan en la operación y administración del Plan.

Sin limitar la generalidad de lo anterior, la Junta de fideicomiso tiene la autoridad única y absoluta para lo siguiente:

- tomar todas las medidas y decisiones relacionadas con la elegibilidad para el Plan y el monto de los beneficios según el Plan;
- formular, interpretar y aplicar las normas, los reglamentos y las políticas necesarios para administrar el Plan de acuerdo con los términos de la SPD y todo Resumen de Modificaciones Materiales (SMM) subsiguiente;

- decidir las cuestiones (legales o de hecho) relativas a la elegibilidad y el cálculo y pago de los beneficios, y cualquier otro asunto que surja del Plan;
- resolver y/o esclarecer cualquier ambigüedad, inconsistencia, errores y omisiones que surjan de los documentos oficiales del Plan, incluso esta SPD y cualquier SMM subsecuente;
- aprobar o rechazar las reclamaciones de beneficios; y
- determinar el nivel de prueba requerido en cada caso.

La lista tiene solo fines ilustrativos y no pretende ser exhaustiva de los tipos de determinaciones e interpretaciones que están bajo el control de la Junta de fideicomiso.

Todas las determinaciones e interpretaciones hechas por la Junta de fideicomiso son finales y vinculantes para todos los participantes, beneficiarios, y cualquier otro individuo que reclame los beneficios.

Enmendar, modificar o finalizar el Plan

La Junta de fideicomiso se reserva el derecho, a su único criterio, de enmendar, modificar o finalizar los beneficios provistos por el Plan, en su totalidad o en parte, por cualquier razón y en cualquier momento. Si se enmienda, modifica o finaliza el Plan, en su totalidad o en parte, la capacidad de los participantes y dependientes para participar en el Plan y/o recibir beneficios posteriores, así como también el tipo y la cantidad de los beneficios provistos según el Plan, pueden modificarse o finalizarse.

Entre otras cosas, esto le debe dar poder a la Junta de fideicomiso para hacer lo siguiente:

- cambiar las normas de elegibilidad;
- disminuir la cantidad de beneficios;
- aumentar los deducibles, copagos o coseguros;
- eliminar tipos particulares de beneficios;
- sustituir ciertos beneficios por otros;
- imponer o disminuir los máximos en la cantidad de beneficios pagaderos;
- requerir contribuciones o aumentar contribuciones de los participantes y beneficiarios como una condición de elegibilidad; y
- finalizar el Plan en su totalidad.

Todos los beneficios provistos por el Plan y las normas de elegibilidad:

- no están garantizados;
- pueden cambiarse o discontinuarse por la Junta de fideicomiso en cualquier momento, a su único y exclusivo criterio;
- están sujetos a las normas y reglamentaciones adoptadas por la Junta de fideicomiso; y
- están sujetos al Acuerdo de fideicomiso que establece y gobierna las operaciones del Plan, los convenios colectivos de trabajo, los acuerdos de participación, y los contratos del Plan con las compañías de seguros correspondientes.

En ningún caso una persona obtendrá un derecho adquirido o no anulable para recibir, directa o indirectamente, todo beneficio provisto por el Plan o activos de este.

Sin limitar ninguna otra disposición del Plan para la discontinuación de la cobertura, la cobertura según el Plan se determinará cuando el Plan finalice, o cuando un individuo no sea más elegible para recibir beneficios con el Plan, lo que ocurra primero.

Falta de asignación de beneficios

El Plan prohíbe categóricamente, y el Plan no aceptará en ningún caso, toda asignación o intento de asignar cualquier reclamación de beneficios o cualquier otro tipo de reclamación, independientemente de la naturaleza de dichas reclamaciones, a un Proveedor fuera de la red o un Hospital o establecimiento fuera de la red. Esta prohibición en las asignaciones aplica a todas las reclamaciones de supuestos beneficios o dinero del Plan, toda reclamación de una determinación de futuros derechos a beneficios del Plan, toda reclamación de acceso a los documentos o información según ERISA o cualquier otra ley aplicable, toda reclamación de un incumplimiento o supuesto incumplimiento de los deberes fiduciarios según ERISA, y todas las reclamaciones independientemente de la naturaleza de dichas reclamaciones. En el caso que el Plan o la Organización de la Salud realice un pago directo a un Proveedor fuera de la red o a un hospital o establecimiento fuera de la red o se comunique con un Proveedor fuera de la red o un hospital o establecimiento fuera de la red, dicho pago o comunicación no debe interpretarse de ninguna manera como una exención de la prohibición del Plan en las asignaciones.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Sus derechos según ERISA

Tiene ciertos derechos y protecciones de ERISA. ERISA establece que todos los participantes del plan tienen derecho a:

- recibir información sobre el plan y los beneficios;
- continuar la cobertura del plan de salud grupal;
- acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del plan;
- hacer cumplir sus derechos; y
- recibir asistencia para sus preguntas.

Recibir información sobre los beneficios del Plan

Usted tiene el derecho a lo siguiente:

- examinar, sin cargo alguno, en la Oficina del Fondo (y en otros lugares especificados) todos los documentos del Plan, incluso los contratos de seguros y convenios colectivos de trabajo (si corresponde) y una copia del último informe anual (Formulario serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en el salón de información de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador;
- obtener, mediante solicitud por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos contratos de seguros y convenios colectivos de trabajo, y del último informe anual (Formulario serie 5500) y la descripción del resumen actualizado del plan. El Administrador del Plan puede establecer un costo razonable por las copias.
- recibir un resumen del informe financiero anual del Plan; La ley exige que el Administrador del Plan proporcione automáticamente a cada participante una copia de este resumen del informe anual.

Continuar la cobertura del Plan de salud grupal

Tiene derecho a continuar con la cobertura de atención de la salud para usted, su cónyuge, o dependientes si hubiese una pérdida de cobertura según el Plan como resultado de un evento que califique. Usted o sus dependientes pueden tener que pagar por dicha cobertura. Esta SPD incluye las normas que rigen sus derechos de cobertura COBRA.

Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan

Además de establecer los derechos que tienen los participantes del plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del Plan. Las personas que administran su Plan, denominados “agentes fiduciarios” del Plan, tienen el deber de actuar prudentemente cuidando sus intereses y los intereses de los demás participantes, así como también los de los beneficiarios. Ninguna persona, incluso su empleador, su sindicato, ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de algún otro modo para impedir que obtenga un beneficio o ejerza sus derechos según ERISA.

Hacer cumplir sus derechos

Si se rechaza o se ignora su reclamación de un beneficio, de forma total o parcial, tiene derecho a conocer el motivo, a obtener sin costo copias de los documentos relacionados con la decisión y a apelar a cualquier rechazo dentro de ciertos plazos.

Según ERISA, puede hacer valer los derechos mencionados anteriormente tomando ciertas medidas. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del plan o el último informe anual de este y no los recibe dentro de 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En dicho caso, el tribunal puede exigirle al Administrador del Plan que le proporcione materiales y le pague un máximo de \$110 diarios hasta que los reciba, a menos que estos no se hayan enviado por razones ajenas al Administrador.

Si se rechaza o se ignora su reclamación de beneficios, ya sea en forma total o parcial, puede presentar una demanda en un tribunal federal o estatal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o con la ausencia de una decisión del Plan respecto del estado calificado de una Orden de manutención infantil médica, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. Si los agentes fiduciarios del Plan hacen uso indebido del dinero del Plan o si sufre algún tipo de discriminación por ejercer sus derechos, puede pedir ayuda al Departamento del Trabajo de Estados Unidos o presentar una demanda ante un tribunal federal.

El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si obtiene un fallo favorable, el tribunal puede ordenarle a la parte demandada que pague dichos costos y honorarios. Si el fallo es desfavorable, el tribunal puede ordenarle a usted que pague los costos y honorarios si, por ejemplo, se considera que su reclamo no es serio.

Obtener respuestas a sus preguntas

Si tiene preguntas sobre su Plan, debe comunicarse con la Oficina del Fondo. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos según ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos de la Oficina del Fondo, debe comunicarse con la oficina de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos más cercana, que figura en el directorio telefónico o con la División de Consultas y Asistencia Técnica: Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener algunas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador.

Privacidad de la información de salud protegida

Una ley federal (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud, "HIPAA") le impone ciertas obligaciones de confidencialidad y seguridad al Plan con respecto a los registros médicos y a otra información de salud individualmente identificable. La HIPAA también le otorga derechos con respecto a su información de salud, incluso ciertos derechos a recibir copias de la información de su salud que el Plan y sus socios comerciales mantienen, y a saber cómo podría usarse la información de su salud. Una descripción de cómo el Plan utiliza la información de su salud, y sus otros derechos según las Normas de Privacidad de la HIPAA están disponibles en los "Aviso sobre prácticas de privacidad" del Plan, que se distribuyen para todos los participantes. Usted puede solicitar una copia adicional de este Aviso llamando a la Oficina del Fondo.

NOMBRES, NÚMEROS Y OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Nombre del Plan

Hollow Metal Trust Fund

Fecha de vigencia del Plan

viernes, 01 de junio de 1984

Número del plan

501

Número de identificación del empleador

11-2750720

Patrocinador del Plan

Junta de fideicomiso de Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014
(212) 366-7880

Año del plan

del 1 de enero al 31 de diciembre

Tipo de plan

Beneficios de bienestar, incluidos beneficios hospitalarios, médicos, de recetas, de discapacidad a corto plazo, de audición, odontológicos, de visión, por Muerte y Mutilaciones Accidentales, y de Seguro de Vida.

Administrador del Plan

Junta de fideicomiso
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Attn: Neil Sandy, Director Ejecutivo Provisional

Junta de fideicomiso

Joseph Geiger
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Catherine Condon
Manufacturing Woodworkers Association
1311 Mamaroneck Avenue, Suite 170
White Plains, NY 10605

Michael Cavanaugh
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Vincent Gallo
L.I.F. Industries, Inc.
5 Harbor Park Drive
Port Washington, NY 11050

Robert Villalta
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Edmund Greco
Yonkers Plywood
PO Box 152
Old Bridge, NJ 00857

Christopher Wallace
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

Agente encargado de la notificación del proceso legal

Neil Sandy
Hollow Metal Trust Fund
395 Hudson Street
New York, NY 10014

La notificación del proceso legal puede hacerse en la Junta de fideicomiso en la dirección que se mencionó anteriormente.

Administración de reclamaciones

C&R Consulting, Inc. (Beneficios Médicos, Odontológicos y de Visión) **(212) 395-9339 o (866) 320-3807**

Alicare (Programa de Administración Médica) **(800) 848-9200**

Express Scripts (Beneficios de medicamentos de venta con receta) **(800) 711-0917**

Amalgamated Life Insurance Company (Seguro de Vida y AD&D) **(914) 367-5000**

Consejero legal

Kauff, McGuire & Margolis LLP
Virginia & Ambinder, LLP

Consultores y actuarios

First Actuarial Consulting, Inc.

Contabilidad

Novak/Francella, LLC

GLOSARIO

Empleado activo	Individuo que trabaja para un empleador que tiene un contrato con el sindicato que exige contribuciones para este Plan y que ha cumplido con los requisitos de elegibilidad del Plan.
Monto permitido	Monto permitido es el cargo máximo que el Plan reconoce para cualquier servicio y en el que se basan los pagos del plan.
Coseguro anual máximo a su cargo	Lo máximo que tendrá que pagar de los costos a su cargo para el coseguro de los servicios cubiertos que se recibieron durante un año calendario. Cuando llega al máximo del coseguro a su cargo, el Plan paga el 100 % del monto máximo permitido para los gastos cubiertos por lo que resta de ese año calendario. Sus copagos, deducibles y todo monto que usted pague, que supere el monto máximo permitido a su cargo, serán tenidos en cuenta para el coseguro anual máximo a su cargo.
Facturación de saldos	Diferencia entre lo que paga el Plan por un servicio y lo que cobra el Proveedor. Esta diferencia se paga por el participante o dependiente elegible.
Beneficiario	Individuo/s que usted designa para recibir los beneficios de la cobertura del seguro de vida y del seguro de Muerte y Mutilaciones Accidentales después de que usted sufre una lesión o la muerte.
Copago	Tarifa que usted paga por las consultas a los médicos y por determinados servicios cubiertos cuando utiliza Proveedores de la red. El Plan paga el 100 % del resto de los gastos cubiertos, sujeto a sus deducibles.
Empleo con cobertura	Cuando trabaja para un empleador a quien un convenio colectivo de trabajo o acuerdo de participación le exige que contribuya a Hollow Metal Trust Fund a su nombre, usted tiene un empleo con cobertura.
Servicios cubiertos	Servicios para los que el Plan paga por los beneficios.

<p>Deducible</p>	<p>Monto en dólares que usted debe pagar cada año calendario antes de que el Plan pague los beneficios de los servicios cubiertos. Si tiene cobertura familiar, una vez que el primer miembro de la familia cumple con el deducible individual, el plan pagará los beneficios para ese miembro de la familia. Sin embargo, los beneficios para los demás miembros de la familia no se pagarán hasta que dos o más miembros de la familia elegibles cumplan con el deducible familiar. Una vez que se cumpla el deducible familiar, el Plan pagará los beneficios para los servicios cubiertos en la red y fuera de la red por el resto del año, para todos los miembros de la familia elegibles.</p>
<p>Hijo/s discapacitado/s</p>	<p>Un hijo discapacitado es un hijo soltero de cualquier edad que es incapaz de tener un trabajo que le permita mantenerse debido a una discapacidad física o mental. La discapacidad debe empezar antes de los 26 años, cuando generalmente finaliza la cobertura para los hijos. Debe enviarse evidencia de la discapacidad por escrito a la Oficina del Fondo dentro de los 60 días posteriores a la fecha en la que la cobertura generalmente finalizaría y cuando el Plan lo solicita desde ese momento en adelante. Un hijo debe estar recibiendo beneficios por discapacidad del Seguro Social para ser considerado como una persona incapaz de tener un trabajo que le permita mantenerse.</p>
<p>Exclusiones/ Limitaciones</p>	<p>El Plan no pagará o cubrirá beneficios.</p>
<p>Medicamentos genéricos</p>	<p>Un medicamento de venta con receta que tiene un medicamento equivalente de marca con el mismo uso y desintegración metabólica. El Plan solo cubre medicamentos genéricos.</p>

<p>Hospital/ Establecimiento</p>	<p>Con el fin de certificar los servicios de pacientes internados, un hospital o establecimiento debe ser un establecimiento general de atención aguda plenamente licenciado que tenga en sus propias instalaciones todo lo que figura a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un amplio rango de los principales servicios de cirugía, médicos, terapéuticos y de diagnóstico que estén disponibles en todo momento para tratar la mayoría de las enfermedades, accidentes y emergencias; • servicio de enfermería general las 24 horas, con enfermeros registrados que estén de turno y presentes en el hospital todo el tiempo; • un quirófano completamente equipado adecuado para cirugías importantes, junto con un servicio y equipamiento de anestesia; el hospital debe realizar cirugías importantes con una frecuencia suficiente para mantener un nivel alto de experiencia con respecto a ese tipo de cirugías para asegurar una atención de calidad; • personal de emergencia asignado y un "carro de paradas" para tratar paros cardíacos y otras emergencias médicas; • instalaciones de radiología de diagnóstico; • un laboratorio patológico; • un equipo médico organizado de médicos licenciados; <p>para los servicios de embarazo y parto, la definición de "hospital" incluye cualquier centro de nacimiento que tenga un acuerdo de participación con Anthem;</p> <p>para propósitos fisioterapéuticos, la definición de "hospital" puede incluir un establecimiento de rehabilitación ya sea que esté aprobado por Anthem o que participe con Anthem;</p> <p><i>(continuación)</i></p>
---	--

<p>Hospital/ Establecimiento <i>(continuación)</i></p>	<p>para el tratamiento de diálisis renal, un establecimiento en el estado de Nueva York califica para los beneficios de la red, si el establecimiento tiene un certificado de operaciones emitido por el Departamento de Salud del estado de Nueva York y participa con Anthem; en otros estados, el establecimiento debe participar con otro plan BlueCross y/o BlueShield y estar certificado por el estado con un criterio similar al de Nueva York. Los beneficios fuera de la red se pagarán únicamente para los establecimientos fuera de la red que tengan un certificado de operaciones adecuado;</p> <p>a los fines de la atención de salud conductual, la definición de "hospital" puede incluir un establecimiento que tenga un certificado de operaciones emitido por el Comisionado de Salud Mental según el artículo 31 de la Ley de Salud Mental de Nueva York; un establecimiento operado por la Oficina de Salud Mental; o un establecimiento que tenga un acuerdo de participación con Empire para brindar servicios de atención de salud mental y conductual; para la atención de abusos de alcohol y/o sustancias que se recibe fuera de la red, un establecimiento en el estado de Nueva York debe estar certificado por la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias; un establecimiento fuera del estado de Nueva York debe estar aprobado por la Comisión Conjunta en la Acreditación de Organizaciones de la Salud;</p> <p>para ciertos beneficios específicos, la definición de "hospital" o "establecimiento" puede incluir un hospital, departamento hospitalario o establecimiento que tenga un acuerdo especial con Anthem;</p> <p>Anthem no reconoce los siguientes establecimientos como hospitales: casas e instituciones de reposo o sanatorios, establecimientos de rehabilitación (excepto como se mencionó anteriormente), instituciones que sean principalmente de descanso o para los ancianos, spa, manicomios, enfermerías de escuelas, universidades o campamentos.</p>
<p>Enfermedad</p>	<p>Toda enfermedad o trastorno que no se relacione con el trabajo. El embarazo se trata de la misma manera que una enfermedad según este Plan, para usted y sus dependientes elegibles.</p>

Beneficios de la red	Beneficios para los servicios cubiertos provistos por Proveedores de la red. Los servicios provistos deben estar dentro del alcance de las licencias profesionales individuales del Proveedor.
Coseguro de la red	<p>Porcentaje del monto permitido que usted debe pagar para ciertos servicios de la red. Una vez que cumpla con el máximo coseguro de la red anual a su cargo, el Plan pagará el 100% del monto máximo permitido de Empire. Tenga en cuenta que el coseguro de la red no puede aplicarse para cumplir con su coseguro anual fuera de la red.</p> <p>Consulte el Programa de Beneficios para sus montos de coseguro de la red y para los máximos fuera de la red.</p>
Proveedor de la red	<p>Un doctor, otro Proveedor profesional o equipo médico duradero, atención médica a domicilio o proveedor de infusiones en el hogar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esté en la red POS de Anthem; • esté en la red PPO de otro plan BlueCross y/o BlueShield; • tenga un arreglo de tasas negociadas con otro plan BlueCross y/o BlueShield que no tenga una red POS.
Lesión	Lesión corporal que resulta directamente de un accidente e independientemente de otras causas, que ocurre mientras tenga cobertura según este Plan.
Factura detallada	Factura de servicio de un Proveedor, hospital o ambulancia que brinde información que Anthem necesite para resolver su reclamación. Las facturas de Proveedores y hospitales deben contener el nombre y diagnóstico del paciente, y la fecha y cargo por cada servicio realizado. Una factura del Proveedor debe tener también el nombre y la dirección del Proveedor y las descripciones de cada servicio, mientras que la factura del hospital debe tener el nombre y la dirección del suscriptor, la fecha de nacimiento del paciente y el número de identificación de Anthem del participante. Las facturas de las ambulancias deben incluir el nombre completo y la dirección del paciente, fecha y el motivo del servicio, el total de millas viajadas y los cargos.

Monto máximo permitido (MAA)	Monto máximo de reembolso permitido en dólares para los servicios con cobertura. Consulte la sección de monto máximo de reembolso permitido para los servicios con cobertura si necesita más información.
Medicamento necesarios	<p>Servicios, suministros o equipamientos provistos por un hospital u otros Proveedores de servicios de la salud que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sean coherentes con los síntomas o diagnósticos y tratamientos de la afección, enfermedad o lesión del paciente; • cumplan con los estándares de las buenas prácticas de medicina; • no sean solo para su conveniencia, la de su familia o la de su Proveedor; • no sean principalmente de custodia; y • estén en el nivel más apropiado de servicio que puede proveerse al paciente. <p>El hecho de que un Proveedor de la red pueda haber recetado, recomendado o aprobado un servicio, suministro o equipamiento no lo hace en sí médicamente necesario.</p>
Hospital/Establecimiento no participante	Un hospital o establecimiento que no tienen un acuerdo de participación con Anthem o con otro plan BlueCross y/o BlueShield para proveer servicios a personas que tienen cobertura según POS de Anthem o el acuerdo PPO. O un hospital o establecimiento que no acepta el arreglo de tasas negociadas como pago completo en un área del plan sin una red PPO.
Beneficios fuera de la red	Reembolsos para los servicios cubiertos provistos por Proveedores fuera de la red. Los beneficios fuera de la red generalmente se tratan del mismo modo que los beneficios de la red pero están sujetos a la Facturación de Saldos y por lo tanto tienen costos mayores a su cargo.

Proveedores fuera de la red	<p>Un doctor, otro Proveedor profesional o equipo médico duradero, atención médica a domicilio o proveedor de infusiones en el hogar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • no esté en la red POS de Anthem; • no esté en la red PPO de otro plan BlueCross y/o BlueShield; • no tenga una tasa negociada con otro plan BlueCross y/o BlueShield.
Hospital/Establecimiento participante	<p>Un hospital o establecimiento que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esté en la red POS de BlueCross BlueShield; • esté en la red PPO de otro plan BlueCross y/o BlueShield; • tenga un arreglo de tasas negociadas con otro plan BlueCross y/o BlueShield que no tenga una red PPO.
Acuerdo de participación	<p>Acuerdo entre un empleador y el Fondo que no es un convenio colectivo de trabajo, pero que estipula que el empleador contribuya al Plan a nombre de los empleados que están fuera de la unidad de negociación.</p>
Administrador del Plan	<p>La Junta de fideicomiso.</p>
Servicios certificados previamente	<p>Servicios que deben ser coordinados y aprobados por la Administración Médica de Alicare antes de que usted los utilice, para que estén completamente cubiertos por el plan.</p>

<p>Proveedor</p>	<p>Hospital o establecimiento (como se definió en la sección anterior), u otro profesional de atención de salud licenciado o certificado adecuadamente. Anthem pagará los beneficios solo para los servicios con cobertura que estén dentro del alcance de la licencia del profesional.</p> <p>Para la atención de salud conductual, "Proveedor" incluye la atención de psiquiatras, psicólogos o asistentes sociales clínicos licenciados, que presten servicios psiquiátricos o psicológicos dentro del alcance de su práctica, incluso el diagnóstico y tratamiento de desórdenes mentales y conductuales. Los asistentes sociales deben estar licenciados por el Departamento de Educación del estado de Nueva York o por una organización comparable en otro estado, y deben tener tres años de experiencia supervisada en psicoterapia después de graduados y otros tres años adicionales de experiencia supervisada en psicoterapia después de la licenciatura.</p> <p>Para la atención por maternidad, "Proveedor" incluye una enfermera partera certificada afiliada o practicante junto con el establecimiento licenciado y cuyos servicios están provistos bajo una dirección médica calificada.</p>
<p>Especialista</p>	<p>Médico cuya práctica se limita a una rama de la medicina o cirugía en particular, especialmente uno que esté certificado por una junta de médicos.</p>
<p>Máximos en los tratamientos</p>	<p>Número máximo de consultas cubiertas para ciertos tratamientos. Cuando un servicio tiene cobertura en la red y fuera de la red, el número de consultas en la red y fuera de la red se combinan en el recuento para llegar al máximo.</p>