



Metropolitan D.C. Paving Industry Health and Welfare Fund

Summary Plan Description
October 2017



**METROPOLITAN D.C.
PAVING INDUSTRY
EMPLOYEES
HEALTH AND WELFARE
FUND**

**SUMMARY PLAN
DESCRIPTION**

Effective October 1, 2017

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION	1
GRANDFATHERED PLAN STATUS	2
SUMMARY OF BENEFITS	3
ELIGIBILITY RULES.....	5
NOTIFICATION OF CHANGES.....	9
CERTIFICATES OF CREDITABLE COVERAGE.....	12
SELF PAYMENT PROGRAM	12
CONTINUATION COVERAGE (COBRA)	13
PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION	16
COORDINATION OF BENEFITS	18
MEDICARE AND MEDICARE PART D.....	19
THIRD PARTY LIABILITY CLAIMS (REIMBURSEMENT/ SUBROGATION.....	20
WEEKLY ACCIDENT AND SICKNESS BENEFITS.....	22
DEATH BENEFITS	23
BASIC BENEFITS	25
MAJOR MEDICAL EXPENSE BENEFITS.....	31
NON-COVERED MEDICAL EXPENSES	33
DENTAL BENEFITS.....	34
VISION CARE BENEFITS.....	34
PRESCRIPTION DRUG CARD PROGRAM.....	35
THE UTILIZATION MANAGEMENT PROGRAM	39
PAYMENT OF CLAIMS	42
PENALTY FOR FALSIFYING CLAIM OR FAILURE TO REFUND OVERPAYMENT	43

BASIC PLAN INFORMATION..... 43

ERISA CLAIMS AND APPEALS PROCEDURES..... 48

STATEMENT OF ERISA RIGHTS 58

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR PROTECTED HEALTH
INFORMATION..... 60

**METROPOLITAN D.C. PAVING INDUSTRY
EMPLOYEES HEALTH AND WELFARE FUND**

**7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, Maryland 21046
(410) 872-9500**

Dear Friend and Participant:

WE ARE PLEASED to present this updated Plan of Benefits and Summary Plan Description of the Metropolitan D.C. Paving Industry Employees Health and Welfare Fund (“Fund”). It includes all Plan amendments to the date of printing.

The Plan provides coverage for hospitalization, physicians’ surgical and medical care, prescription drugs, dental, vision, weekly accident and sickness income and death benefits. This booklet is intended to explain the benefits available to you and your eligible dependents and the rules governing those benefits, including the procedures for filing a claim or an appeal.

We recommend that you read these pages carefully to become familiar with its contents, and keep the booklet readily available as a handy guide for future reference.

The Paving Fund is administered by a Board of Trustees. Half of the Trustees are designated by the Employers and half are designated by all participating Local Unions. The Board of Trustees, in turn, employs the services of a professional administrative firm to carry out its instructions and to handle the day-to-day operation of the Fund. The administrative agent is Carday Associates, Inc.

The Trustees are always interested in providing increased benefits to you and your dependents, when it is economically sound to do so. In order to protect the interests of all Fund participants and beneficiaries, the Trustees reserve the right to terminate, suspend, amend or modify the Plan in whole or in part at any time. In the event the Plan is terminated, Plan assets will be allocated, and benefit claims paid, in the manner determined by the Trustees.

The Fund participates in the CareFirst BCBS Preferred Provider Organization network. Use of hospitals and physicians in this network will ordinarily result in savings to the Fund and may save you money as well. Thus, whenever possible, you should use hospitals and doctors in the CareFirst BCBS network.

If you have any questions after reading this booklet, contact Carday Associates, Inc., Administrative Agent for the Fund.

Sincerely,
THE BOARD OF TRUSTEES

Grandfathered Plan Status

The Board of Trustees believes that the Fund is a “grandfathered health plan” under the Affordable Care Act. As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when the law was enacted. Being a grandfathered health plan means that the Fund may not be required at this time to include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventive health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example, the elimination of lifetime limits on benefits.

Questions regarding which protections of the Affordable Care Act apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator at Carday Associates, Inc. at 1-410-872-9500. You may also contact the Employee Benefits Security Administration, United States Department of Labor at www.dol.gov/ebsa/healthreform or by calling 1-866-444-3272. The DOL website has a table summarizing which protections of the Act do and do not apply to grandfathered health plans.

**A SUMMARY OF YOUR BENEFITS
FOR ELIGIBLE EMPLOYEES ONLY**

FOR ELIGIBLE EMPLOYEES ONLY

Death Benefit	\$10,000.00
Weekly Accident and Sickness Benefits	\$ 125.00
Maximum payable: 13 weeks	

FOR ELIGIBLE EMPLOYEES & DEPENDENTS

Medical Benefits

Note: Dollar amounts listed below are the annual limits on the amounts paid as a Basic Benefit (100%); the balance of the Allowed Amount is paid under Major Medical (80%).

Hospital Expense Benefits (per condition, including Nervous/Mental and Substance Use Disorder)

- Daily Room and Board (semi-private) up to..... \$ 130.00
Maximum Benefit (31 days) \$ 4,030.00
- Daily Room and Board (intensive care) up to..... \$ 245.00
Maximum Benefit (10 days) \$ 2,450.00
- Additional Hospital Charges Maximum \$ 1,000.00

Surgical Expense Benefits

- Maximum per condition..... \$ 1,000.00

Anesthesia Expense Benefits

- Maximum per condition..... \$ 1,000.00

Diagnostic, X-Ray and Laboratory Expense Benefits

- Maximum Per Calendar Year \$ 250.00

Maternity Expense Benefits

- Hospital Charges..... Same as any other illness
- Doctors Charges See Surgical Expense Benefits

Doctor's Visit (per condition, including Nervous/ Mental and Substance Use Disorder)

- Basic Benefit Allowance per visit for first 20 visits \$ 20.00

Annual Physical

- Basic Benefit Allowance Per Calendar Year \$ 100.00

Major Medical Expense Benefits

- Maximum per Calendar Year UNLIMITED

Physical Therapy (Basic Benefit Only)

- Maximum Visits Per Calendar Year 5
- Visits paid at 100% of Allowed Amount.

Non-Medical Benefits

Dental Benefits

- Maximum per Calendar Year \$ 400.00

Vision Care Expense Benefits

- Maximum per Calendar Year \$ 200.00

Prescription Drug Card Benefit

- Maximum per Calendar Year, Per Family UNLIMITED

ELIGIBILITY RULES

Initial eligibility (for new employees of existing contributing Employers)

When a new employee is hired by an Employer that already has an obligation to contribute to the Metropolitan D.C. Paving Industry Employees Health & Welfare Fund (“Fund”), the Employer is required to commence reporting the employee’s hours to the Fund as of the first day of employment. After the employee works at least 380 hours within the first three (3) consecutive months of Continued Employment (as defined below), the Employer is required to commence making contributions to the Fund on behalf of the employee as of the first day of the fourth month of Continued Employment. The employee attains eligibility for benefits from the Fund as of the first day of the fifth month of Continued Employment.

If the new employee does not meet the minimum 380 hours requirement within the first three months of employment, then the Employer is required to commence contributions to the Fund on behalf of the new employee as of the first day of the month following when the employee has first worked at least 380 hours within three (3) consecutive months of Continued Employment. The employee attains eligibility for benefits from the Fund as of the first day of the month following the first month of contributions.

Continued Employment

Continued Employment is defined as working under the terms of a Collective Bargaining Agreement that requires contributions to the Fund for a minimum of 120 hours per month in consecutive months.

Retroactive eligibility

You may become eligible for benefits under this section before you receive your benefit card from the Fund or even before the Fund Office knows of your eligibility given the time it takes for employer reports of hours to be submitted to and processed by the Fund Office. In that case, once the Fund has received the hours reports that establish your eligibility, coverage will be provided retroactive to the date described in this section. You may thereafter submit claims incurred during the period of your eligibility.

Initial eligibility for “experienced employee”

When the Local Union and the Employer agree that a newly-hired employee who was not previously eligible for coverage from the Fund has sufficient work experience in the industry to be considered an “experienced employee,” the Employer is required to commence reporting hours to the Fund as of the first day of employment. After the newly-hired employee works at least 240 hours within the first two (2) consecutive months of Continued Employment, the Employer is required to commence making contributions to the Fund on behalf of the employee as of the first day of the third month of Continued Employment. The employee attains eligibility for benefits from the Fund as of the first day of the fourth month of Continued Employment.

Initial eligibility for existing employees of Employers that are new to the Fund (“newly organized groups”)

When a new Employer signs its first collective bargaining agreement requiring contributions to the Fund after March 1, 2017, the Employer will be required to commence reporting hours for and making contributions on behalf of its existing employees as of the date of signing the collective bargaining agreement (“signing date”). The Employer’s existing employees shall attain eligibility for benefits from the Fund as of that date. For all future hires (hired after the signing date), employee eligibility will be governed by the initial eligibility rules set forth above for Employers that already have an obligation to contribute to the Fund.

Maintaining eligibility

Once an employee attains eligibility under any of the above initial eligibility rules, the employee continues to be eligible as long as the employee works in Continued Employment. In the event that the employee does not work at least 120 hours in a month, then the employee must have accumulated a minimum of 720 hours in the six months prior to that month in order to retain eligibility.

Losing eligibility

If the employee does not have sufficient hours to maintain eligibility under the above provision, the employee’s eligibility will terminate at the end of the second month following the last month in which the employee worked a minimum of 120 hours. If the employee loses eligibility under this provision, the employee will have the opportunity to self-pay under the terms of this Plan. See Self Payment Program below.

Regaining Eligibility

In order for a previously-eligible employee to regain eligibility, the employee is required to work a minimum of 240 hours in two (2) consecutive months. The Employer is required to commence reporting hours and making contributions to the Health & Welfare Fund on behalf of the employee as of the first day of renewed employment. The employee attains eligibility for benefits from the Health & Welfare Fund as of the first day of the second month of Continued Employment.

Special Provisions If You're Disabled

If, while you are eligible for benefits, you become unable to work because of any injury or illness, your eligibility will continue while you remain disabled, just as if you were still working for a contributing employer, up to a maximum of 12 months or four quarters after the last quarter you worked in covered employment so long as you continue to furnish medical evidence of your continued disability (including Workers' Compensation) to the satisfaction of the Trustees.

Eligibility Under FMLA

The Family and Medical Leave Act ("FMLA") of 1993, as amended, requires employers of 50 or more employees to give an employee, upon request, up to 12 weeks of unpaid, job-protected leave each year for the following: the Employee's own serious health condition; care for a child, spouse or parent with a serious health condition; the birth or placement of a child with the employee in the case of adoption or foster care; or a "qualifying exigency," as defined in applicable regulations, arising out of the fact that a covered family member is on covered active duty in the Armed Forces. In addition, the FMLA as amended provides that an eligible Employee who is a qualifying family member or next of kin of a covered military service member is able to take up to 26 workweeks of leave in a single 12-month period to care for the covered service member with a serious illness or injury incurred in the line of duty.

Your eligibility for such leave is to be determined between you and your employer. Employers covered by the FMLA are required to maintain medical coverage for Employees on FMLA leave whenever such coverage was provided before the leave was taken, and on the same terms as if the Employee had continued to work. This means that an Employer is required to continue making contributions to the Fund on behalf of Employees while they are on FMLA leave. Employees should contact the Fund Office if they are planning to take FMLA leave, so that the Fund is aware of the Employer's responsibility to report and contribute during the FMLA leave. Employees with questions about the FMLA should contact their Employer or the nearest office of the Wage and Hour Division, listed in most telephone directories under U. S. Government, Department of Labor, Employment Standards Administration.

Covering Your Dependents

Your eligible dependents will include your spouse and certain children as defined below:

The term “children” shall include the following: (1) the Participant’s natural children; (2) the Participant’s legally adopted children; (3) children lawfully placed in the Participant’s home in anticipation of adoption; (4) the Participant’s legal stepchildren; (5) eligible foster children lawfully placed in the Participant’s home by an authorized placement agency or by judgment, decree or other order of any court of competent jurisdiction; (6) grandchildren, nieces and nephews of the Participant who are living with the Participant in a parent-child relationship and dependent on the Participant for more than one-half of their financial support.

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

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

Coverage will also be provided as required by a Qualified Medical Child Support Order (“QMCSO”) as defined by ERISA Section 609. A QMCSO is any court judgment, decree or approval of a settlement agreement which provides for coverage of a Participant’s child under a group health fund or is enforced as a state law that deals with medical child support. Once such an order is issued by the court, it must be sent to the Fund Office, which will determine whether it is qualified. When you submit such an order to the Fund Office, you will receive a copy of the Fund’s procedures for determining whether the order is qualified. If your child who is the subject of the QMCSO is not your “dependent” as defined in Internal Revenue Code 152, you may be subject to income tax on the fair market value of the coverage provided to that child by the Plan under the terms of the QMCSO.

If you die while eligible for benefits, your eligible dependents will continue to be covered by the Fund for the period of eligibility that you had earned based on your work in Covered Employment. In addition, your eligible dependents will receive an additional six months of eligibility if you satisfy the following three requirements: 1) at the time of your death, you were eligible for benefits in the

Fund based on your work in Covered Employment; 2) at the time of your death, you were vested in the pension plan in which you participated in through your Local Union; and 3) at the time of your death, you were a member in good standing of your Local Union. Your eligible dependents will be entitled to elect Continuation Coverage after the expiration of their eligibility in the Fund under this provision.

Other than as set forth above, coverage for your Dependents (other than Self-Pay or COBRA coverage as described below) will end on the earlier of: (1) the last day of the calendar month in which you cease to be eligible for coverage or (2) the last day of the calendar month in which the Dependent is no longer considered a Dependent under the plan's definition as set forth above, *e.g.*, as a result of divorce (in the case of a spouse) or an adult child attaining age 26.

Effective April 1, 2013, you may also elect to terminate coverage for your spouse or child before the date such coverage would otherwise end, however, but only if the following conditions are met: (1) the Dependent has other health coverage; (2) the Dependent (in the case of an individual over age 18) consents to having his or her coverage under this Plan terminated. Coverage will end on the last day of the calendar month in which the Fund Office receives your election to terminate Dependent coverage submitted in a form acceptable to the Board of Trustees. A Dependent whose coverage is so terminated may again obtain coverage under the Plan, if otherwise eligible, on the first day of the calendar month following the calendar month in which the Fund Office receives written notice of his or her re-enrollment, which may be at any time if the Dependent loses other coverage. If the Dependent still has other coverage, he or she may only submit a re-enrollment during the month of September.

NOTIFICATION OF CHANGES

All dependents must be listed on the approved enrollment card and the Fund may require further affidavits to be completed and approved, if the Trustees, in their sole discretion, find such further proof necessary to establish eligibility. If a dependent becomes eligible subsequent to your enrollment (*e.g.*, due to a life event such as marriage, birth, adoption, etc.), you must notify the Fund within thirty (30) days of the life event (within sixty (60) if the life event is the birth of your child) for the new dependent's eligibility to take effect as of the date of the life event. If you do not give such timely notice, the dependent's coverage will instead take effect the first of the month following the Fund's receipt of satisfactory evidence of eligibility.

Therefore, after your eligibility becomes effective, it is necessary to notify the Fund Office of changes in your family such as:

1. Any change in your marital status;

2. Names and birth dates of newborn or adopted children;
3. Date that any dependent child either:
 - a. Marries,
 - b. Becomes eligible for coverage through his or her or through his or her spouse's employer, or
 - c. Reaches his or her 26th birthday;
4. Any change of address;
5. Change in beneficiary.

This information is necessary so that there may be no delay in the handling of your claims. The Administrative Agent may request certain documents to confirm eligibility and ensure swift processing of your claims. Notification of changes is also necessary so that the Fund knows to pay claims for individuals who are eligible (such as new children) and not to pay claims for individuals who are no longer eligible (such as your former spouse after a divorce).

Eligibility Related to Service in Armed Forces

The Fund will comply with all of the requirements of the Uniformed Services Employment and Re-employment Rights Act ("USERRA") for Participants in military service who are covered by its provisions. If you enter the Uniformed Services as defined in USERRA for active military duty or training, inactive duty or training, full-time National Guard or Public Health Service duty or fitness-for-duty examination, coverage for you and your eligible dependents will terminate in accordance with the Fund's eligibility rules for Participants not working in covered employment. If you or your dependents want to elect to continue coverage in the Fund either by means of its Self-Payment Program or COBRA Continuation Coverage, you can do so, provided that these elections are made within the applicable time period.

If you are honorably discharged from the Uniformed Services, you and your dependents will be reinstated for coverage with the Fund on your first day of work in covered employment, provided the following requirements are met:

- the cumulative length of the absence and all previous absences in the Uniformed Services must not be longer than five years;
- you or your representative give advance notice to your employer of your impending service, unless military necessity prevents it;

- you submitted an application for reemployment in covered employment within the time limits set forth in USERRA from the date of your discharge.
- if your absence is for more than 30 days, you must furnish any available documents requested by your employer to establish your entitlement to the protections of USERRA.

If needed, you can get more information about USERRA and your eligibility for benefits from the Fund Office.

Reciprocity

There may be occasions when you find yourself working in the geographical jurisdiction of another local union that does not participate in this Fund, or you are working under a Collective Bargaining Agreement for a participating Local which requires contributions to a Fund other than the Metropolitan D.C. Paving Industry Employees Health and Welfare Fund. This Fund has made arrangements with other Local Union Funds whereby credits that you earn in their jurisdiction will be transferred to this Fund. The Fund has established reciprocal arrangements with the following Local Union Funds:

Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (Local 891)

Laborers' District Council Health & Welfare Trust Fund No. 2 (Local 11)

You will be credited with these hours as soon as the medical fund in the area in which you worked (or are working) confirms the hours and that they will be reciprocated.

CERTIFICATES OF CREDITABLE COVERAGE

If you lose coverage in the Fund, the Fund Office will issue you a Certificate of Creditable Coverage showing how long you were covered in the Fund. You will receive the certificate automatically when you lose coverage or become entitled to the Self-Payment Program or COBRA Continuation Coverage, and when such coverage ceases. Also, you may request that the Fund Office provide you with a Certificate within 24 months after losing coverage in the Fund.

SELF PAYMENT PROGRAM

A Self Payment Program is available for participants who lose eligibility due to insufficient hours and who meet the following requirements:

- A. You must be eligible for coverage under the Plan at the time you become unemployed due to a lack of available work in covered employment.
- B. An election to self-pay contributions must be made no later than within one month following the last month in which you worked in covered employment, by filing an application with the Fund Office.
- C. Contributions will be required at the rate established by the Board of Trustees commencing with the first day of the calendar month following the month in which you lost eligibility due to insufficient hours. Payment must be made by the first of each month in order to receive coverage for that month. **Please contact the Fund Office for the current self-payment rate in effect.**
- D. You must remain available for immediate employment in the jurisdiction of your home Local.
- E. Contributions must be made monthly to the Fund Office.
- F. Your initial payment may not be made retroactively in excess of thirty days.
- G. A reporting and payment form is available for the purpose of self-payment of contributions to continue eligibility. This form must be completed for each month that self-payment is made, and the Business Agent of your Local must sign this form, certifying that covered employment was not available for the month in which you are electing to self-pay. This form with payment attached must be received in the Fund Office no later than the 1st day of the month for which payment is made.
- H. You may continue to self-pay for up to a maximum period of 6 months.

The Self-Payment Program differs from the opportunity available in the Plan to continue participation under COBRA (described in the following section) in that you can use the Self-Payment Program only if your loss of eligibility is due to a lack of available work in your home Local. Unlike COBRA, which this Plan makes available under one premium rate for single participants and another for families, there is only a single self-pay rate. Also, if you choose to self-pay, you receive credit for hours worked as if you worked 120 hours during the month for which you self-paid for coverage. Thus, when you stop self-payment and resume work in covered employment, you are treated as having worked 120 hours during those months for purposes of regaining eligibility. This arrangement differs from

COBRA where you pay a premium rather than receiving credit for hours worked. Therefore, when an individual who is maintaining eligibility in the Plan through COBRA resumes work in covered employment, he must satisfy the hours requirement to regain eligibility in the Plan.

Participants who lose eligibility due to a lack of available work are free to choose either COBRA or the Self-Payment Program. The Self-Payment Program is only available to bargaining unit employees whose employers contribute to the Fund on their behalf under the terms of the collective bargaining agreement; it is not available to non-bargaining unit employees (*e.g.*, owners or office staff) whose employers contribute to the Fund under the terms of a Participation Agreement. If you have any questions about the Self-Payment Program, please contact the Fund Office.

CONTINUATION COVERAGE (COBRA)

Employees and their families covered by the Fund may purchase a temporary extension of health coverage (called "continuation coverage") at group rates in certain instances where coverage under the Fund would otherwise end. Such instances are known as "qualifying events."

Qualifying Events

If you are an *employee* covered by the Fund, you have a right to purchase this continuation coverage if you lose your group health coverage because of the occurrence of either of the following events:

- (A) a reduction in your hours of employment; or
- (B) termination of your employment, for reasons other than gross misconduct on your part.

If you are the *spouse* of an employee covered by the Fund, you have the right to purchase continuation coverage for yourself if you lose group health coverage under the Fund for any of the following reasons:

- (A) the death of your spouse;
- (B) a termination of your spouse's employment (for reasons other than gross misconduct) or a reduction in your spouse's hours of employment;
- (C) divorce or legal separation from your spouse; or
- (D) your spouse becomes entitled to benefits under Medicare.

If you are a *dependent child* of an employee covered by the Fund, you have the right to purchase continuation coverage if regular coverage under the Fund is lost because of the occurrence of any of the following qualifying events:

- (A) the death of the participant parent;
- (B) the termination of the participant parent's employment (for reasons other than gross misconduct) or reduction in the participant parent's hours of employment;
- (C) parents' divorce or legal separation;
- (D) a parent becomes entitled to benefits under Medicare; or
- (E) the dependent ceases to be a "dependent child" under the rules set forth herein.

The Fund Administrator shall make a determination concerning whether a qualifying event has occurred due to termination of employment or a reduction in hours of employment.

Period of Coverage

An employee covered by the Fund who elects to purchase continuation coverage shall be eligible to receive this coverage for a period of 18 months, starting from the date when his coverage under the Fund otherwise ends. However, if the employee receives a determination from the Social Security Administration that he is disabled prior to the end of the 18-month period and that determination is forwarded to the Fund Office within 60 days, then the 18 months of continuation coverage will be extended to 29 months of coverage unless the employee recovers from the disability before then or the employee's period of coverage ends earlier under another Fund rule.

If either a Covered Employee or a Qualified Beneficiary of a Covered Employee becomes disabled within the first 60 days of when that individual has begun to be covered under COBRA, the Covered Employee and the Qualified Beneficiaries will be eligible for 29 months of COBRA coverage. The term "Qualified Beneficiary" will include children born to or placed for adoption with a Covered Employee during the period of COBRA coverage.

If the spouse or dependent child of an eligible employee covered by the Fund elects to receive continuation coverage, the spouse or dependent shall be eligible to receive this coverage for a period of 18 months, starting from the date when coverage under the Fund would otherwise end. However, the coverage can be continued for up to 36 months for the spouse or dependent child if coverage would otherwise end because of the employee's death, divorce from the spouse, or the child's loss of status as a dependent under the Fund.

Notice Requirements

An employer has 60 days to notify the Fund of the occurrence of certain qualifying events, such as the death of the employee, the employee's eligibility for Social Security benefits or commencement by the employer of a Chapter XI bankruptcy proceeding.

Qualified Beneficiary and Covered Employee Notice Requirements

If you, your spouse, or your covered dependent should happen to experience a qualifying event, other than your reduction in hours or termination from employment, you are required to notify the Fund Office, at the address listed on page one of this SPD, within **60** days of such event. In addition to including the names, addresses, telephone and Social Security Numbers of all persons whose coverage will be affected by such event, the notice must also include an explanation of the nature of the qualifying event, the date on which it occurred and any supporting documents. Some examples of acceptable supporting documents are divorce decrees, separation agreements, Social Security Administration Disability Determinations, and death certificates.

The Fund has 30 days after you would otherwise lose coverage to notify you or your spouse of the right to elect continuation coverage.

Ways in Which Your Continuation Coverage May Be Cut Short

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

- A. your employer no longer contributes to the Fund for the purpose of providing group health coverage to its employees and their dependents;
- B. you do not pay the premium for your continuation coverage on time;
- C. you become covered under another group health fund, whether as an employee or otherwise. However, if the other group health fund under which you become covered has any exclusion or limitation for coverage of preexisting conditions, then your coverage cannot be cut short for this reason; or
- D. you become entitled to benefits under Medicare. However, if the employee's continuation coverage is cut short because he or she is entitled to Medicare, the dependents of the employee who are covered due to the election of continuation coverage will be entitled to extend their continuation coverage for a period of 36 months from the date the employee becomes entitled to Medicare coverage. (However, this

provision is not applicable to individuals entitled to continuation coverage due to the commencement of a bankruptcy proceeding by the employer.)

You do not have to show that you are insurable to choose continuation coverage. However, you will have to pay the cost for your continuation coverage. The amount of this cost is determined by the Fund Trustees and is subject to change.

PREFERRED PROVIDER ORGANIZATION

The Trustees have retained the services of the CareFirst BCBS Preferred Provider Organization (PPO), a group of select physicians, specialists, hospitals and other treatment centers which have agreed to provide their services for a discount. The CareFirst BCBS PPO can be used for medical problems or emergency medical problems.

Participants are urged to use the CareFirst BCBS PPO group for all medical services and treatment covered by the Fund. Use of the CareFirst BCBS PPO group will result in savings not only to the Paving Fund but also to you if you are responsible for paying out-of-pocket expenses.

Please visit the CareFirst website at www.carefirst.com for an up-to-date listing of network providers (on the "Members & Visitors" tab, click on "Find a Doctor"). If you are in Maryland, Washington, D.C. or Northern Virginia, you may also contact CareFirst at (800) 235-5160.

The list of health care providers participating in the PPO panel is subject to change. You should check with your provider each time you request health care services to ensure that your provider is still participating in the PPO so that you will be afforded the appropriate in-network discounts.

Please remember that services provided by participating physicians are provided at rates established by CareFirst BCBS ("PPO rate"). Participating physicians have agreed to accept this established fee as full payment for their services and have agreed not to "balance bill" participants. Therefore, once CareFirst BCBS has set the charges of participating physicians, payment of this amount serves as full payment of the doctor's bill. Whether this amount is paid solely by the Fund or also requires a co-payment from you, the physician is not entitled to "balance bill" you for an amount in excess of the rate set by CareFirst BCBS.

For example, suppose that you have services rendered by a doctor whose bill totals \$50.00. CareFirst BCBS has set a PPO rate for this procedure of \$40.00, which is the Allowed Amount. The bill is submitted to the Fund Office, which pays \$36.00 in accordance with its Plan of Benefits (\$20 Basic Benefit Allowance per

visit plus 80% of balance of Allowed Amount). You are responsible only for paying the remaining \$4.00 (\$40.00 less \$36.00).

By contrast, if you use an out-of-network provider, the Allowed Amount is the usual, customary and reasonable (“UCR”) amount. The UCR amount is determined based on what providers in this geographic area usually charge for the same or similar medical service. The Allowed Amount may be less than the amount billed by the provider. The Fund will pay its share of the Allowed Amount (the Basic Benefit amount, if any, plus 80% under Major Medical). You will be responsible for the 20% coinsurance as well as the balance billed by the provider.

The Fund Office will send an Explanation of Benefits to you for each claim processed which will tell you the Allowed Amount, the amount paid by the Fund and the amount, if any, that you are responsible to pay.

You always have the choice to use “in-network” or “out-of-network” providers. Use of “in-network” providers will lower your out-of-pocket costs as well as the costs to the Fund.

COORDINATION OF BENEFITS

Where both spouses are working, members of a family may be covered under more than one group health plan. This may result in instances of duplication of coverage—where two plans are paying benefits for the same amount of hospital and medical expenses. For that reason, this Fund has adopted a provision that will coordinate the benefits payable under this Fund with any similar benefits payable under other plans that may also insure you and/or your eligible dependents.

Under this coordination of benefits provisions, the total benefit received by any one person from all the plans combined may not exceed 100% of the total allowable expenses. Allowable expenses are any necessary and reasonable expenses for medical care or supplies covered by one or more of the plans insuring you or your dependents. Benefits are reduced only when necessary to prevent an individual from making a profit on his benefits.

You must report any duplicate coverage you or your dependents may have on the claim form you submit to the Fund Office.

Who Pays First

If duplicate coverage exists through two or more plans, one will be designated as Primary and will make payments up to the limits of its benefit allowances. The other plan or plans, designated as Secondary, will make additional payments up to the maximums available under these plans for any covered expenses not reimbursed by the Primary plan.

- A. A plan covering a person as an employee will pay benefits first. A plan covering a person as a dependent will pay second.
- B. If a dependent child is covered by both parents' health plans, the benefits of the plan of the parent whose birthday occurs earlier in a calendar year will be determined Primary. The benefits of the plan of the parent whose birthday occurs later in a calendar year will be determined Secondary. (If both parents have the same birthday, the plan that has provided coverage longer is Primary.)

If a plan containing the "birthday" rule is coordinating with a plan that contains the gender rule (father's coverage is Primary), and as a result the plans do not agree on the order of coverage, the gender rule will determine the order.

- C. When the parents are divorced or separated the order is:

1. The plan of the parent with custody is Primary. The plan of the parent without custody is Secondary.
2. If the parent with custody has remarried, the order is:
 - (a) the plan of the parent with custody,
 - (b) the plan of the step-parent with whom the child resides,
 - (c) the plan of the parent without custody.

If, however, there is a court decree that meets the requirements of a Qualified Medical Child Support Order ("QMCSO"), which states that one of the parents is responsible for the child's health care expenses, the plan in which that parent is a participant will pay first.

Medicare

In the event that an eligible employee or eligible dependent becomes covered under Medicare, this Fund will be Primary for as long as eligibility for coverage under this Fund continues. Medicare will be the secondary insurer, paying only those covered costs that remain after the Fund has made its payments.

MEDICARE AND MEDICARE PART D

The Fund does not provide health coverage or prescription drug coverage to retirees. When you retire, you will lose eligibility for coverage from the Fund after you have worked an insufficient number of hours to retain eligibility. See Eligibility provisions above.

If you are approaching 65 and have not applied for Social Security Benefits, you should strongly consider filing a Medicare application during the three-month period prior to the month in which you become age 65 in order for Medicare coverage to begin at the start of the month in which you reach age 65. If you do not do so, you may be subject to late enrollment penalties, including increased premium payments and significant delays in coverage.

Because the potential penalties for failing to sign up for Medicare at the appropriate time are substantial, it is very important that you begin taking active steps to acquire Medicare for your retirement **at least** three months prior to reaching age 65. For more information on your Medicare options and the enrollment process, visit: <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/index.html>. You may also call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) for assistance. TTY users should call 1-877-486-2048.

You can enroll in a Medicare prescription drug plan ("Medicare Part D") when

you first become eligible for Medicare and each year from October 15th through December 7th. You should note, however, that if you do not sign up for Medicare Part D when you first become eligible, you may have to pay a higher premium for your Medicare Part D coverage for as long as you are covered. In order to avoid this situation, we recommend that you enroll in a Medicare Part D Plan as soon as you become eligible to do so.

Detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage can be found in the “Medicare & You” handbook. If you have not received a copy, you can download it from www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/10050.pdf. You can also get more information about Medicare prescription drug plans from: (a) visiting www.medicare.gov; (b) calling your State Health Insurance Assistance Program (see the inside back cover of the “Medicare and You” handbook for its telephone number); or (c) calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

THIRD PARTY LIABILITY CLAIMS (REIMBURSEMENT/SUBROGATION)

From time to time, a person who is eligible to receive benefits from this Fund is injured as a result of another party’s wrongdoing or negligence. As it may take months or even years to obtain recovery in such a case, the Fund provides that payment may be made for services otherwise covered under the Plan upon receipt of a signed statement from the Participant agreeing to repay the Fund for any and all expenses incurred by the Fund from any recovery received by the Participant or eligible dependent from any source.

An example of this would be if you or your spouse is injured in an automobile accident that was another person’s fault. If the Fund pays \$1,000 in benefits due to injuries resulting from the accident, and you or your spouse recovers any money from the other driver, or the other driver’s insurance company, due to a legal suit or settlement, the Fund is entitled to receive up to \$1,000 of such money as reimbursement for the benefits the Fund paid on behalf of you or your spouse.

The Fund has a right to first reimbursement out of any recovery from another party. By accepting benefits from the Fund, you agree that any amounts recovered by the injured person (or by someone acting on the injured person’s behalf) by judgment, settlement, compromise or otherwise will be applied first to reimburse the Fund even if the injured party is not made whole. The Fund has an equitable interest in any amounts that you recover, or will recover, for the entire amount paid by the Fund for your claim, and any amounts you recover must be segregated and held in trust on behalf of the Fund until the Fund’s reimbursement rights are satisfied.

Claims for such circumstances will not be paid by the Fund until you have completed, signed and returned a subrogation agreement in a form approved by the Trustees. **If you are represented by an attorney, it will be necessary for the attorney to also sign the form for benefits to be paid.** If you retain an attorney after you have submitted the subrogation form to the Fund, the attorney will have to complete the form when retained.

You and your attorney must also provide proof, satisfactory to the Trustees, that no right, claim, interest or cause of action against a third party has been, or will be, discharged or released without written consent of the Board of Trustees. Any settlement that you make against the other party must also be approved by the Trustees.

By accepting benefits from the Fund, you agree to notify the Fund promptly of efforts made to recover from a third party for such injuries, including when any third-party payments are made. You also agree that any amounts recovered, and regardless of whether the recovery is characterized as for medical expenses, are assets of the Fund and will be applied first to reimburse the Fund, in full, and without any reduction for attorneys' fees or costs. You also agree to help the Fund in pursuing your claims against the other party, or to allow the Fund to pursue the claims on your behalf before any benefits are paid under this Plan. If the person who was injured is a minor, the parent or legal guardian must fulfill the above requirements on the child's behalf.

You should note that the Fund can seek recovery of any amounts you receive from another party even if you fail to inform the Fund of your claim or you fail to sign an agreement with the Fund. The Fund's subrogation right is established by the Plan and not by the agreement.

The Fund has a right to first reimbursement out of any recovery that the injured party receives from another party, whether or not you are made whole. This includes, but is not limited to, amounts that you may receive from a personal homeowners' insurance policy, an automobile insurance policy or a group insurance arrangement of any kind. If the Fund pays benefits to you or your Dependents and you do not reimburse it after you recover from another party, or you fail to respond to the Fund's requests for information about the status of your claim, the Fund can withhold and offset any other benefits that may be payable to you or your Dependents, or may take legal action against you, in order to recover the amount paid, plus interest.

If it becomes necessary for the Fund to institute legal action against you for failure to reimburse it, in full, or to honor the equitable interest in the amount recovered by you from a third party, you will be liable for all costs of collection,

including attorneys' fees and pre-judgment interest at a rate of 10% or at a rate determined by the Trustees to be assessed on the collection of delinquent contributions from employers, whichever is higher.

The Fund's right to reimbursement also includes the right to reimbursement from any payment made to you from any source to which you assign any claim against, or otherwise agree to reimburse any recovery from, the person who caused your injury.

The Trustees have absolute discretion to settle subrogation claims on any basis they deem warranted and appropriate under the circumstances.

If you or your dependent has any questions or is asked to waive any rights or compromise any claims covering any conditions for which you have received or expect to receive payment from the Fund, contact the Fund's Administrative Agent as soon as possible.

WEEKLY ACCIDENT AND SICKNESS BENEFITS

(Eligible Employees Only)

The weekly benefit shown in the Summary of Benefits on pages 3-4 will be payable to you if, while you're eligible under the Fund, you become disabled and can't work because of an injury or sickness while you are under the care of a legally qualified physician, and for which benefits are not payable under a Workers' Compensation Law. The weekly benefit will begin effective on the first day of disability due to an accident, or the eighth day of disability caused by sickness.

The maximum benefit is thirteen (13) weeks per calendar year. Successive periods of disability separated by less than two (2) weeks of full-time active work will be treated as one period of disability when applied against the maximum benefit of thirteen (13) weeks, except if due to an unrelated cause or illness.

The Fund will pay you Weekly Accident and Sickness Benefit every week while you are disabled and prevented from working due to a "non-occupational" accident or disease for which benefits are "not" payable under the Workers' Compensation Law but only (a) after commencement of a hospital confinement, or (b) where accident or illness involves a fracture procedure, or (c) for periods certified to by a physician or surgeon following surgery, provided all of the requirements are met.

Thereafter, you don't have to be confined to your home to collect these benefits. However, you do have to be under the care of a legally qualified physician (M.D. or D.O.) who must examine you once each week. Additionally, you may, from time to time, be asked to submit proof of your continued disability and/or be examined by a doctor appointed by the Fund.

This benefit is subject to FICA (Social Security) taxes during the first six months of unemployment. Of course, if you're working at any kind of job for which you receive wages or profits, or you're receiving Workers' Compensation, unemployment compensation or other government related benefits, you won't be entitled to weekly benefits from this Fund. Benefits are not available for disability resulting from inherently dangerous activities such as jet skiing, bungee jumping, etc.

DEATH BENEFITS

(Eligible Employees Only)

If you die from any cause--on or off the job-- while you are eligible for benefits under this Fund, your beneficiary will receive the Death Benefit amount shown in the Summary of Benefits on pages 3-4.

The Fund will pay death benefits to the beneficiary whom you have designated on a form provided by and recorded with the Fund Office.

- You can name anyone you wish to be your beneficiary;
- You can name more than one person, such as your children, or
- You can have your Death Benefit paid to your estate.

You may change your beneficiary at any time by filling out the proper form and filing it with the Fund Office. Remember, your circumstances may change at some point after you first named your beneficiary--due to death of your spouse, divorce, remarriage, and so forth. If you want your Death Benefit paid to the right person, then please keep your beneficiary designation up to date. The Fund will rely only on the most recent beneficiary designation submitted by you on file with the Administrative Agent of the Fund.

If any designated beneficiary dies before you, that beneficiary's right to the death benefit will terminate. If there is no beneficiary designation on file, or if the designated beneficiary dies before you, your death benefit will be paid in the following order, if living:

1. Your Spouse

2. Your Children (equal shares)
3. Your Parents (equal shares)
4. Your Brothers and Sisters (equal shares)
5. Your Estate

BASIC BENEFITS

Basic Benefit amounts are set forth in the Summary of Benefits on pages 3-4. Generally, the Basic Benefit amount for covered services is paid in full first, and then some of the remaining cost is paid under Major Medical (usually 80% of the Allowed Amount, the meaning of which varies depending on whether the provider is in-network or out-of-network). Some services (e.g., physical therapy) are indicated there as Basic Benefit only.

Important Definitions

Physician or Surgeon--The term "Physician" or "Surgeon" means a physician or surgeon (M.D. or D.O.) licensed to practice medicine in the state in which he practices. To the extent that benefits are provided and while practicing within the scope of his license, the term "Physician" includes a dentist, podiatrist, chiropractor, or psychologist.

Hospital--The term "Hospital" means any general hospital which is licensed under any applicable state statute or in the absence of any state licensing statute conforms with any other requirements imposed on hospitals within that jurisdiction which is not primarily a clinic or a nursing, rest or convalescent home or similar establishment.

Hospital Expense Benefits

Your Hospital Expense Benefits (including for nervous/mental conditions or substance use disorders) begin with the first day of your (or your eligible dependent's) confinement in a hospital and covers the following expenses:

Room and Board

The Fund will pay for the Daily Room and Board Benefits shown in the Summary of Benefits on pages 3-4, multiplied by the number of days of confinement for each separate and unrelated illness or accident. The Basic Benefit for room and board is limited to a total of 31 days for any one continuous period of confinement.

Additional Hospital Charges

The Fund will also pay for any miscellaneous hospital expenses you have while confined in a hospital, such as the use of an operating room, x-rays, laboratory tests, medicines, including anesthesia, and for local professional ambulance service to and from the hospital. The maximum amount payable for these Additional Hospital Charges is shown in the Summary of Benefits on pages 3-4.

NOTE: Except for where it is specifically provided for in the Fund (see "out-patient" Hospital Treatment) you must be admitted to a hospital and incur Room and Board charges before these Additional Hospital Expenses become covered under this Fund.

Out-Patient Hospital Treatment

If hospital charges are incurred by you or one of your eligible dependents where:

1. emergency treatment is provided within 72 hours of an accidental bodily injury, physical attack or unexpected onset of serious illness; or
2. surgery is performed;

the Fund will pay for these expenses up to the maximum amounts shown in the Summary of Benefits on pages 3-4 and additional Hospital Charges and Surgical Expense Benefits even though you or your dependent is not confined as a bed patient.

Maternity Benefits

Note: maternity benefits are payable only if delivery occurs while you are eligible under the Fund.

If pregnancy, resulting in childbirth, abortion, or miscarriage, requires hospital admission, the Fund will pay for all Room and Board and Additional Hospital Charges on the same basis as any other illness, up to the maximum amounts shown in the Summary of Benefits on pages 3-4.

The Fund pays the fee charged by a physician for delivery or other obstetrical procedures at the PPO rate (if in-network) or at the UCR rate (if out-of-network) up to \$1,000 per condition. The excess of your maternity expenses not covered by the Basic Benefits described above will be treated as covered expenses under the Fund's Major Medical Benefit.

Newborns' and Mothers' Health Protection Act

Group health plans and health insurance issuers generally may not, under Federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, Federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, plans and issuers may not, under Federal law, require that a provider obtain authorization from the plan or the issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours).

Diagnostic X-Ray and Laboratory Expense Benefits

If out-of-hospital x-ray or laboratory examinations are required for the diagnosis of a non-job related accident or sickness, the Fund will pay for these expenses up to the maximum amount shown in the Summary of Benefits on pages 3-4. Each eligible family member is entitled to the maximum benefit. NOTE: The maximum amount applies to all conditions treated during a calendar year.

The excess of your diagnostic expenses not covered by the Basic Benefits described above will be treated as covered expenses under the Fund's Major Medical Benefit.

Doctor Visits

If you have a non-job related accident or sickness that requires a doctor's attention, you may select any licensed medical doctor for treatment of your condition. Under the Basic Benefit, the Fund pays \$20.00 for each visit to the doctor up to a maximum of 20 visits in a Calendar Year for each separate and unrelated medical condition

However, only one visit per day is covered for each separate condition. Also, a surgeon's post-operative visits are not covered for six weeks after surgery, since these visits are included in your surgical allowance.

Office visits for nervous/mental conditions or for substance use disorders will be paid under the Basic Benefit (and Major Medical) to the same extent as for medical doctor visits.

Surgical Benefits

When you or one of your eligible dependents has non-cosmetic surgery, the Fund will pay for the operation at the PPO rate (if in-network) or at the UCR rate (if out-of-network) up to \$1,000 per condition.

The surgery must be:

1. recommended, approved and performed by a physician or surgeon legally licensed to practice medicine; and
2. the result of a non-job related accident or sickness.

Hospital confinement is not necessary to receive these benefits.

When you have two or more operations due to the same or related conditions, the Fund will pay no more than \$1,000 per condition per year as a Basic Benefit. Benefits for successive operations will be deducted from the same yearly benefit amount (if any remains) UNLESS they have been performed in a different calendar year.

When you have two or more surgical operations performed at the same time, the Fund will:

1. treat them as a single operation if the same incision is used and pay 100% of the Schedule amount for the major operation AND 50% for all secondary procedures;
2. treat them as separate operations and pay the maximum allowed for each IF different operative areas and different causes are involved. In that case, the Fund will pay for each separate operation at the PPO rate (if in-network) or at the UCR rate (if out-of-network) up to \$1,000 per condition

The excess of your surgical expenses not covered by the Basic Benefits described above will be treated as covered expenses under the Fund's Major Medical Benefit.

Physical Examinations

If you or your dependents are given a complete physical examination and/or routine immunizations, you will be entitled to reimbursement of the Allowed Amount up to the Basic Benefit shown in the Schedule of Benefits in any one calendar year. The excess of the Allowed Amount not covered by the Basic Benefit will be covered under the Fund's Major Medical Benefit.

Immunizations for infants and children will be covered based on the schedule recommended by the American Academy of Pediatrics. Routine immunizations for adults will be covered per the recommendations of the Centers for Disease Control (CDC)'s Advisory Committee on Immunization Practices, as periodically revised, including:

- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Herpes Zoster (Shingles)
- Human Papillomavirus (HPV)
- Influenza (Flu shot)
- Measles, Mumps, Rubella (MMR)
- Meningococcal
- Pneumococcal
- Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Td/Tdap)
- Varicella (Chickenpox)

Physical Therapy

The Fund will provide a physical therapy benefit for you and your eligible dependents under your Basic Benefit only. This benefit will provide for five (5) visits per calendar year, payable at 100% of the Allowed Amount per year. You will be required to present a letter of medical necessity from your physician prior to payment of any claims.

Organ Transplants

Basic Benefits for claims involving organ transplants will be handled as follows:

- (a) If only the donor is an eligible employee, the Fund will provide no benefits.
- (b) If only the recipient is an eligible employee, the Fund will provide benefits for both the donor and the recipient subject to the maximums applicable to the recipient.
- (c) If both the donor and the recipient are eligible employees, the Fund will provide benefits for each under each one's respective record.

What's Not Covered Under Your Basic Benefits

In addition to the list of items that will not be covered medical expenses under either the Basic Benefits or the Major Medical Expense Benefits described later in this booklet, Basic Benefits are NOT payable for the following:

- (a) prosthetics
- (b) services of podiatrists, or
- (c) services of chiropractors,

but these services will be covered under Major Medical Expense Benefits to the extent set forth below.

MAJOR MEDICAL EXPENSE BENEFITS

The Major Medical Benefit is designed to protect you against the cost of large medical expenses that may exceed the benefits you receive under other portions of the basic Plan of Benefits. Major Medical Benefits are in addition to your Basic Benefits under the Plan and include benefits for so-called catastrophic or disaster-types of illness or injury that may require hospitalization and/or surgery.

Description of Benefits

Basic Benefits are benefits paid by the Fund for covered medical expenses as described in the preceding section of this booklet. Those benefits are paid at 100% of the Allowed Amount up to the limits set forth in the Summary of Benefits on pages 3-4 in any one calendar year. If you have expenses beyond those limits, in most cases (except where it says “Basic Benefit only”), the Fund will pay 80% of the Allowed Amount of covered medical expenses that exceed your Basic Benefits under the Major Medical Expense Benefits (“Major Medical”). Additionally, there are some items that are not covered under Basic Benefits but are covered as Major Medical items. What is excluded under the Basic Benefits and what additional items may be covered as Major Medical expenses are set forth below. Major Medical Benefits for each of your eligible dependents is provided on the same basis as your own.

Allowed Amount refers to the PPO rate if the provider is in-network or to the UCR rate if the provider is out-of-network.

What is Covered Under Major Medical

As noted above, Major Medical covers expenses beyond those covered under the Basic Benefits as well as the following specific types of charges if they are reasonable charges outlined for necessary medical care and services which are ordered by a legally qualified physician:

- (a) charges made by a duly constituted hospital; except that the daily room and board charges may not exceed the hospital’s regular rate for semi-private or intensive care accommodations.
- (b) charges for diagnosis, treatment, administration of anesthesia and surgery by a legally qualified physician or surgeon.
- (c) charges made for in-patient and/or outpatient treatment of substance use disorders or nervous/mental disorders.

- (d) charges for the following: local ambulance service, equipment, appliances, X-ray services, laboratory tests, anesthesia, the use of radium and radioactive isotopes, oxygen, iron lung, supplies, treatment, and manipulation provided by a chiropractor.
- (e) birth control implants, including office visits and related costs for eligible female employees and dependent wives. This benefit is available only once per lifetime.
- (f) growth hormone therapy due to a diagnosis of growth hormone deficiency in children, covered at 80% with the following restrictions/conditions:
 - Verification of medical necessity must be provided through the Fund's medical consultant;
 - Diagnosis must be made in the child prior to age 11;
 - Continued coverage is contingent upon annual re-verification of medical necessity by the Fund's medical consultant;
 - Coverage for this therapy will cease when the child attains age 18.

Women's Health and Cancer Rights Act of 1998

In the case of any participant or beneficiary receiving benefits under the Plan in connection with a mastectomy and who elects breast reconstruction, coverage will be provided under the Plan in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient for:

- reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance, and
- prostheses and treatment of physical complications at all stages of the mastectomy, including lymphedemas.

As with other benefits under the Plan, applicable coinsurance applies to the above coverage.

NON-COVERED MEDICAL EXPENSES

Payment will NOT be made for the following Medical Expenses under either the Basic Benefit or the Major Medical Expense Benefit:

- (a) charges not prescribed as necessary by a legally qualified physician or surgeon;
- (b) charges incurred for confinement in a hospital owned or operated by the Federal government;
- (c) charges that you are not required to pay;
- (d) charges incurred for services performed on or to the teeth, except as required because of accidental injury to natural teeth, including replacement of teeth, treatment of fractured jaw and related X-rays;
- (e) cosmetic surgery, except as required because of accidental injury;
- (f) eye refractions, eye glasses or their fittings;
- (g) hearing aids or their fittings;
- (h) transportation, except local ambulance service;
- (i) injury as a result of war, declared or undeclared, including armed aggression;
- (j) accidental bodily injury or disease arising out of and in the course of your employment;
- (k) intentionally self-inflicted injury or injury arising out of and in the course of committing a crime;
- (l) charges for education, training and bed and board while you or your dependent are confined in an institution which is primarily a school or other institution for training, a place of rest, a place for the aged or a nursing home;
- (m) services, treatment, drugs and supplies which are experimental or investigational in nature, including any services, treatment, drugs or

supplies which are not recognized as acceptable medical practice as determined by the American Medical Association or any items requiring governmental approval which approval was not granted or in existence at the time the services were rendered, are excluded and not covered by the Plan;

- (n) Prescription drugs;
- (o) Charges for home nursing care or private duty nursing;
- (p) Charges of a podiatrist for office visits only;
- (q) Charges of a chiropractor for office visits only.

DENTAL BENEFITS

The Fund will pay for dental examinations, cleanings, fillings, and other dental services up to the amount shown in the Summary of Benefits on page 3-4, for you or your dependents.

VISION CARE BENEFITS

These are the benefits you and your family are entitled to receive **annually** through the Fund:

1. A complete eye examination by a qualified registered optometrist or ophthalmologist; and
2. A pair of lenses and frame, if required.

You can elect to go to the doctor (optometrist, oculist, or ophthalmologist) of your choice, and you will be reimbursed for your expense up to the maximum benefit of \$200.00 per person annually for you and each of your eligible dependents.

To Get Your Vision Care Benefits You Must First

Contact the Fund Office for a Vision Care eligibility claim form. This form must be completed by the doctor and returned to the Fund Office before we can reimburse you.

PRESCRIPTION DRUG CARD PROGRAM

The Fund's prescription drug card program is provided through CVS/Caremark, and once you become eligible under the Fund, you will receive a prescription drug card and a list of participating pharmacies. Some important features and limits of the prescription drug card program are described below.

Covered Prescription Drug Expenses

Benefits are payable for any *medically necessary* FDA-approved generic drug prescribed by a licensed physician. *Medically necessary* means that the drug must be prescribed in order to treat an illness, injury, disease or condition. FDA-approved means that the Federal Drug Administration (FDA) has approved the drug as safe and effective treatment for certain illnesses or conditions.

Benefits are only available for drugs for which a prescription is required. Medication that you buy "over the counter" such as aspirin or antacids, are *not* covered under the prescription drug program.

Participating Pharmacy

You must obtain your prescriptions from a pharmacy that participates in the Prescription Drug Program through CVS/Caremark and pay the appropriate co-payment. The Fund will pay the balance of the cost subject to the limitations in this section. **If you obtain a prescription at a non-participating pharmacy, the Fund will not reimburse you for any portion of the cost of the prescription.**

Co-Payments

The co-payments vary, depending on whether you choose to obtain a **generic**, **brand-name**, or **non-formulary** prescription. A **generic** drug is one that is chemically similar to the brand name drug and becomes available once the patent for the brand name drug has expired. It is typically less expensive. A **brand-name** drug is a drug protected by a patent and other companies cannot manufacture the drug until the patent expires (unless they obtain permission from the patent holder).

When you get a prescription for a brand name medication that does not have a generic equivalent and that medication appears on the list of prescription drugs or formulary developed by CVS/Caremark, the Fund will be entitled to a rebate from those companies that manufacture those drugs. This rebate will be used to offset the costs to the Fund for the prescription drug program.

Your co-payment for brand name drugs that appear on the formulary list will be \$15.00. If you obtain a brand name drug that *is not* on the formulary (**non-formulary**) your co-payment will be \$30.00.

In summary, your co-payment for up to a 30-day supply purchased at a participating pharmacy, based on which prescription you or your doctor chooses is:

Generic: \$ 5.00
Brand: \$15.00
Non-Formulary: \$30.00

Excluded Drugs and Prior Authorizations

CVS/Caremark excludes certain prescription drugs from coverage. Generally, these are brand-name drugs for which less expensive alternatives are available. You can obtain a list of the excluded drugs from the Fund Office. The list of excluded drugs is subject to change. Coverage will only be provided by the Fund for these excluded drugs if a prior authorization is obtained from CVS/Caremark by the prescribing physician who indicates that the particular drug is clinically necessary for the patient. The co-payment amount for excluded drugs for which a prior authorization is obtained will be \$30.00.

Prior authorization is also required for all prescriptions for compound drugs that cost \$300 or more. Compounds can contain substances that have not been rigorously tested for safety or effectiveness nor are all compounds approved by the FDA for use by the prescribed route of administration. Excluding certain ingredients and determining coverage through a prior authorization process helps to ensure that coverage is available for compound ingredients that are safe and likely to be effective for their intended use. Coverage for certain compounding chemicals (bulk compounding powders and bases) will be excluded from the prescription benefit.

Your doctor may request additional information or choose to initiate the prior authorization process for you by calling (800) 294-5979.

Prescription Drug Expenses that are NOT COVERED

The Fund does not cover:

- Non-legend (“over-the-counter”) drugs even if prescribed by a physician;
- Drugs deemed excluded by CVS/Caremark for which no prior authorization is obtained from the prescribing provider;
- Vitamins, minerals, dietary supplements, dietary drugs, etc.;
- Medications whose primary purpose is cosmetic in nature;
- Nicorette, Habitrol or other smoking cessation prescription drugs;
- Therapeutic devices or appliances;

- Hypodermic needles or syringes (except those associated with insulin injections);
- Fertility medications;
- Diagnostics;
- Rogaine, Minoxidil Solution, or any medication to promote hair growth;
- Genetically engineered drugs;
- Viagra (or its generic equivalent) or other prescription drugs for sexual dysfunction or inadequacy;
- Growth Hormone Therapy (except for growth hormone deficiency in children - covered under Major Medical with restrictions, see above);
- Spinraza (may be covered under Major Medical under appropriate circumstances with prior authorization)

Prescription Drug Identification Card

All covered employees will receive a Prescription Drug Identification Card which is only valid if you are eligible under the Fund. This card covers all eligible members of the family.

When you or one of your eligible dependents need to have a prescription filled, you must present your card to the participating pharmacist along with the prescription. Remember, the card may be used only on behalf of persons eligible under the Fund. Unauthorized or fraudulent use of your card to obtain prescription drugs will result in immediate cancellation of your prescription drug benefit and may cause the Fund to seek recovery of claims paid.

Maintenance Drugs and Mail Order Prescriptions

Maintenance drugs must be purchased at a CVS Pharmacy or through the mail order program. “Maintenance drugs” are drugs, which are prescribed for a long period of time and are necessary to sustain good health. Examples are drugs used to treat high blood pressure, diabetes, and arthritis. You will only be allowed to fill a prescription for a maintenance medication for less than a 90-day supply two times. After that, you will be required to get a 90-day supply either at a CVS Pharmacy or through the Mail Order Program.

Maintenance Drugs Purchased at CVS

Present your prescription for maintenance medications at a CVS Pharmacy and you will receive up to a 90-day supply for the mail order copayment.

Maintenance Drugs Purchased through the Mail Order Program

The first time you purchase a maintenance drug, you should get two prescriptions from your physician. One prescription should be for a 14-day supply, which you may obtain at a participating pharmacy using your prescription drug card. The second prescription will be used to order a larger supply, up to a 90-day supply, through the mail order program.

Copayments for mail order drugs (up to a 90-day supply) are:

Generic:	\$10
Brand:	\$30
Non-formulary:	\$60

How to Receive Mail Order Prescriptions

- Get a prescription mail order form from the Fund Office, CVS/Caremark or online (at www.caremark.com, click on “Print Plan Forms”).
- Complete the form and mail it, along with the prescription, to the CVS/Caremark mail order facility at the address on the mail order form. Your prescription will then be sent to you through the mail.
- Get refills by returning the refill card or calling the toll-free number at the mail order facility. You may receive as many refills as your doctor indicates are necessary on the original prescription.

Generic Step Therapy

This program saves costs by encouraging you and your doctor to choose a lower-cost, generic medicine as the first step in treating your health condition. Some health conditions have many treatment options that vary in cost. Just because a medicine costs more doesn’t mean it works better. Generic Step Therapy helps make sure the medicines that are effective and priced right are used first.

With Generic Step Therapy, if you choose to stay on your current, higher-cost brand-name medicine, you may have to pay the full price if you have not first tried a generic option to treat your health condition. For some health conditions, you may have to try two generic options before the Fund will cover the brand-name medicine.

You can learn more about Generic Step Therapy by watching a short video: www2.caremark.com/sitetour/steptherapy/. You can also visit www.caremark.com and click “Find Savings and Opportunities” OR call the toll-free number on the back of your prescription ID card.

Specialty Drugs

At times, certain medical conditions call for the use of specialty drugs, which are extremely costly to the Fund. A Specialty Drug is a drug that is biologically derived and that is on the list of specialty drugs maintained by CVS/Caremark.

To manage participants' use of Specialty Drugs, the Fund participates in CVS/Caremark's "Specialty Guideline Management Program." Under this program, all Specialty Drugs must be filled through CVS/Caremark's dedicated pharmacies.

A list of CVS/Caremark's specialty pharmacies can be found at www.caremark.com. The Fund also participates in the Preferred Plan Design feature, which will require you to use lower cost specialty drugs before trying more costly drugs (similar to the Generic Step Therapy program explained above).

THE UTILIZATION MANAGEMENT PROGRAM

The Utilization Management (UM) Program is designed to help control increasing health care costs by avoiding unnecessary services or treatments that are more costly than other available effective treatments. If you do not follow these procedures, you will have to pay more out of your own pocket, in addition to any Coinsurance.

Prior to any scheduled Hospital admission, you or your doctor must call American Health Holdings for pre-admission certification. American Health Holdings will review the proposed treatment plan with your Physician to assure your care is appropriate. Check your health plan member I.D. card for the telephone number you are required to call for pre-certification.

In the event of an emergency (a life-threatening situation), go straight to the hospital. You or a family member must notify American Health Holdings within 48 hours of the emergency care.

The Plan's Utilization Management Program consists of:

- Pre-certification review of proposed health care services before the services are provided.
 - Some Physicians may obtain pre-certification for you. However, you are responsible for ensuring that hospital

services have been pre-certified. Therefore, you should confirm pre-certification with your Physician prior to hospital admission.

- If you are expecting a baby, you should call about 30 days before your delivery date and then call again within 48 hours once you are admitted for delivery.
- Case Management, whereby the patient, the patient's family, Physician and/or other Health Care Providers work with the UM Company to coordinate a quality, timely and cost-effective treatment plan. Case management services may be particularly helpful for patients who require complex, high-technology medical services. Case management may include prior approval for treatment, discharge planning and psychiatric procedure review, among other things.

The UM Program is currently administered by American Health Holdings. The health care professionals in the UM Company focus on:

- necessity and appropriateness of hospital stays, and
- necessity, appropriateness and cost-effectiveness of proposed medical or surgical services.

The UM Company determines whether or not a course of care or treatment is Medically Necessary with respect to the patient's condition and within the terms of this Plan.

IMPORTANT

Your Physician's recommendation for surgery, hospitalization, confinement in a specialized health care facility, or other medical services or supplies does not mean that the recommended services or supplies will be considered Medically Necessary for determining coverage for medical benefits under the Plan.

The UM Company does not diagnose or treat medical conditions, validate eligibility for coverage, or guarantee payment of Plan benefits. The UM Company's certification does not guarantee a benefit payment. Payment of benefits is subject to the terms and conditions of the Plan as described in this Plan document. For example, benefits would not be payable if your eligibility for coverage ended before the services were rendered or if the services were not covered by the Plan either in whole or in part.

All treatment decisions rest with you and your Physician. You should follow whatever course of treatment you and your Physician believe to be the most

appropriate, even if the UM Company does not certify the proposed medical treatment, hospitalization or confinement in a specialized health care facility as Medically Necessary. The benefits payable by the Plan may, however, be affected by the determination of the UM Company.

Note: The Administrator, the Plan and the UM Company are not engaged in the practice of medicine, and none is responsible for the quality of health care services actually provided, whether or not certified by the UM Company as Medically Necessary.

What Happens if you do not Follow Required Utilization Management Procedures

If you do not follow the required Utilization Management procedures outlined above, your claim for benefits will be referred to the UM Company for a retrospective review to determine if the services are Medically Necessary.

If the UM Company determines that the services are not Medically Necessary, no Plan benefits will be payable for those services.

If the UM Company determines that the services are Medically Necessary, Plan benefits will be payable for those services. However, you will have to pay up to an additional \$100 toward the cost of services, in addition to Coinsurance that may apply.

PAYMENT OF CLAIMS

File Your Claim At Once!

1. Get your information from the Administrator. Complete employee information portion and sign the form.
2. Have the form filled out by the doctor or hospital.
3. At the time you receive treatment from the doctor or hospital, review your bill closely to ensure that you actually received the treatment and services for which you are being charged.
4. Sign only one claim form for each visit to your doctor. It is not necessary to sign more than one claim form for each visit.
5. Attach all receipts and bills to the claim form.
6. If you wish the Fund to make payment directly to provider of service, you must also sign the assignment on each form.
7. If payment is to be made directly to you, paid receipts must accompany claim.
8. Mail the form to the Fund Office:

**CARDAY ASSOCIATES, INC.
7130 COLUMBIA GATEWAY DR, SUITE A
COLUMBIA, MD 21046**

The Administrative Agent will have on hand a claim form to be used for accident and sickness, medical expense benefits, and diagnostic X-ray and laboratory services. The death benefit claim form should also be secured directly from the Fund Office.

**CLAIMS FILED IN THE FUND OFFICE IN EXCESS
OF ONE YEAR FOLLOWING THE DATE THE CLAIM
OCCURRED OR SERVICE WAS RENDERED WILL NOT
BE HONORED FOR PAYMENT.**

We urge you to file claims promptly.

See the ERISA Claims and Appeals Procedure section of this booklet for more complete information.

PENALTY FOR FALSIFYING

CLAIM OR FAILURE TO REFUND OVERPAYMENT

Any employee who, through error or misrepresentation, received improper payments from the Fund for himself or his dependents or former dependents, must make immediate repayment to the Fund upon request. Failure to comply within 30 days will result in the following penalties.

1. Interest will be added to the amount due at the rate of 6% per annum; and
2. If still not paid at the end of ninety (90) days, the employee's eligibility will be terminated; and
3. The employee's eligibility will not be reinstated until 12 months after the date of repayment after which he must work enough hours to satisfy the reinstatement rule.
4. All claims presented to the Fund for payment, in the interim of the 90 days prior to losing eligibility under item 2, will be applied to the amount of repayment due from the employee.
5. The Trustees reserve the right to waive any or all of these provisions in whole or in part.

BASIC PLAN INFORMATION

The following information is required by Section 102 of the Employee Retirement Income Security Act of 1974, as amended (ERISA):

Summary Plan Description

(a) The name of the plan is Metropolitan D.C. Paving Industry Employees Health and Welfare Fund.

(b) The name and address of the joint board of trustees comprised of representatives of the parties that established or maintain the plan is:

Joint Board of Trustees
Metropolitan D.C. Paving Industry
Employees Health and Welfare Fund
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Dr., Suite A
Columbia, MD 21046

The Plan is maintained by employers obligated to make contributions to the Fund pursuant to collective bargaining agreements with certain employee

organizations. Participants and beneficiaries may obtain from the Plan Administrator, upon written request, a complete list of the employers and employee organizations sponsoring the plan. Participants and beneficiaries may also receive from the Plan Administrator, upon written request, information as to whether a particular employer or employee organization is a sponsor of the Fund and, if the employer or employee organization is a Fund sponsor, the sponsor's address.

(c) The employer identification number assigned to the Fund by the Internal Revenue Service is: 56-6098777. The Plan number assigned by the Joint Board of Trustees is: 501.

(d) This Welfare Fund provides coverage for hospitalization, medical care, prescription drugs, dental and vision care, disability income and death benefits.

(e) The day-to-day administration of the Fund is carried out by a contract administrator, Carday Associates, Inc.

(f) The name, address and telephone number of the Plan Administrator is the:
Joint Board of Trustees
Metropolitan D.C. Paving Industry
Employees Health and Welfare Fund
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Dr., Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500

(g) The name and address of the person designated as agent for the service of legal process is:

Dinah S. Leventhal, Esq.
O'Donoghue & O'Donoghue LLP
4748 Wisconsin Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20016

Service of legal process may also be made upon a Fund Trustee or the Fund Administrator.

(h) The name, title and address of the principal place of business of each Trustee of the Fund follows:

UNION TRUSTEES	EMPLOYER TRUSTEES
David Allison Baltimore Washington District Council LIUNA 11951 Freedom Drive, Suite 310 Reston, VA 20190	Ralph Kew Fort Myer Construction Company 2237 33 rd Street, NE Washington, DC 20018
Dennis Desmond Laborers' Local 11 5201 1 st Place, NE Washington, DC 20011	Lewis Shrensky Fort Myer Construction Company 2237 33 rd Street, NE Washington, DC 20018
Juan Carlos Jimenez Cement Masons Local 891 1517 Kenilworth Avenue, NE Washington, DC 20019	Daniel Mullally Civil Construction LLC 2413 Schuster Drive Hyattsville, MD 20781

(i) The Fund is maintained pursuant to one or more collective bargaining agreements, and a copy of any such agreement may be obtained by participants and beneficiaries upon written request to the Fund Administrator. The Fund will make reasonable charge to provide copies of any such agreements, and the amount of that charge can be obtained from the Fund Administrator's office.

Also, the above-described materials are available for examination by participants and beneficiaries at all times at the principal office of the Fund Administrator and at each employer establishment at which at least 50 participants covered under the Plan are customarily working.

(j) The Fund's requirements respecting eligibility for participation and for benefits are set forth in this Summary Plan Description, which explains in detail the rules for becoming eligible for benefits as well as continuing eligibility for benefits.

(k) This Summary Plan Description sets forth the circumstances that may result in disqualification, ineligibility or denial, loss, forfeiture, suspension, offset, reduction or recovery of benefits. Those include, but are not necessarily limited to, the following:

- (1) Failure to satisfy eligibility requirements stipulated in the Plan by:
 - (i) insufficient employment under jurisdiction of the Plan;
 - (ii) insufficient employment due to disability for periods of time prior to or following periods during which credit is available;
- (2) Non-covered employment (employer not required to make contributions on employee's behalf);
- (3) Failure to file promptly and in good faith the necessary forms and other information required in support of a claim;
- (4) Failure to file claims within the time limit specified in the Plan;
- (5) A material false statement may result in denial of a claim;
- (6) Entrance into the Armed Forces will operate to terminate eligibility under the Plan except as may be required by the Uniformed Services Employment and Re-employment Rights Act ("USERRA");
- (7) No expense which is recoverable under the Medicare Program will be paid by the Fund;
- (8) Injuries sustained in the course of criminal activity are not covered under the Plan;
- (9) Employment for a delinquent employer that fails to pay contributions to the Fund for a three (3) month consecutive period or for a three (3) out of six (6) month period.

The Trustees specifically reserve the right to change, eliminate, add to or delete from the schedule of benefits provided to Participants and to their Dependents. The Trustees also reserve the right to terminate, suspend, amend or modify the Plan, in whole or in part at any time, and to adopt new Fund rules and regulations or to modify the existing rules and regulations. ***Nothing in this book or elsewhere should be construed to mean the Fund's benefits are guaranteed.*** Pursuant to the Fund's Trust Agreement, the Plan may be terminated, suspended, amended or modified by a majority vote of Trustees. Any of the aforesaid changes in the Plan shall be reflected in meeting minutes, Summary of Material Modifications or other written document retained in the Fund's files. The Trustees will notify Participants when they make significant changes in the rules, regulations or schedule of benefits.

(l) A description of the rights and obligations of participants and beneficiaries with regard to continuation coverage is provided in this booklet.

(m) The source of contributions to the Fund is contributions made by individual employers under the provisions of the applicable collective bargaining agreement.

(n) The Plan is funded through employer contributions to the Fund and through any income earned from investment of contributions. All monies are used exclusively for providing benefits to eligible employees or their dependents, and the paying of all expenses incurred with respect to the operation of the Fund. This is a self-insured Plan.

(o) The Fund's annual fiscal year end date is: September 30.

(p) The Fund's claims and appeals procedures are set forth later in this booklet.

(q) The Fund's statement of ERISA rights is set forth later in this booklet.

(r) The Fund's statement regarding maternity and newborn infant coverage is set forth in this booklet.

ERISA CLAIMS AND APPEALS PROCEDURES

General Information

All persons requesting benefits from the Fund shall be required to file a signed written claim for benefits on forms provided at the office of the Fund's

Administrative Agent. Claims may be made by the participant or dependent directly or through a provider subject to the Fund's limitations on assignments.

Requests for determination of whether a person is eligible for benefits will not be considered a claim. Similarly, casual inquiries about benefits or the circumstances under which benefits might be paid will not be considered a claim. Except where there are extenuating circumstances such as an emergency, a verbal inquiry (such as a telephone call) to the Fund Office to inquire if a particular service is covered by the Fund will not be treated as a valid claim for benefits. Further, no inquiry or request, whether verbal or written, will be considered a valid claim for benefits if made or submitted to anyone (including a Trustee) other than the Fund office.

Claims should be filed with the office of the Administrative Agent, Carday Associates, Inc., as soon as reasonably possible after the expense is incurred. **For a claim to be considered for payment, it must be received in the office of the Administrative Agent within one year after the expense was incurred.** Failure to submit a claim within this one-year period shall be grounds for denial of the claim. Properly completed claims must be accompanied by billings from the provider and such other proof as may be required by the Administrative Agent.

The Fund's Administrative Agent shall examine all written claims for benefits filed with it. The Administrative Agent shall have the right to require submission of all necessary information in addition to that filed with the claim application needed to determine the claimant's eligibility for any benefit claimed. No benefit payment shall be made by the Fund until a signed written claim is received by the Administrative Agent, along with any other information requested by the Administrative Agent. The address to which claims should be sent is as follows:

Metropolitan D.C. Paving Industry Employees Health and Welfare Fund
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Dr., Suite A
Columbia, MD 21046

If a claimant makes a false statement material to his claim for benefits, the Board of Trustees shall have the right to recover any payments made in reliance on such false statement.

The Trustees shall be the sole judges of the standard of proof required in any case, and the Trustees shall have full discretion and authority to apply and interpret the terms of the Summary Plan Description, including, but not limited to, all determinations as to entitlement to benefits and the rights of participants and beneficiaries. In the application and interpretation of the Summary Plan Description, the decision of the Board of Trustees shall be final and binding on all parties, including employees, employers, unions, claimants, and beneficiaries.

A claimant shall comply with all requests for information or proof promptly and in good faith, and the failure to do so shall be sufficient grounds for denying or discontinuing benefits to such person.

In making a claim or appeal, the claimant may be represented by any authorized representative. If the representative is not an attorney or court-appointed guardian, the claimant must designate the representative in writing. Neither the claimant nor the claimant's representative shall have the right to appear personally before the Board of Trustees in making an appeal.

The Fund office will maintain records of determinations on appeals and Fund interpretations so that those determinations and interpretations may be referred to in future cases with similar circumstances.

The Fund will make all determinations in accordance with its governing documents, policies and rules and will apply the provisions of the Summary Plan Description consistently with respect to similarly situated claimants.

Definitions

The following definitions are important in understanding how your claim or appeal will be handled by the Fund and the time frame which must be met by the Fund:

- (a) "Urgent Claims" are any Pre-Service Claims for medical care or treatment with respect to which the application of the regular time frames for making pre-service benefit determinations could seriously jeopardize the life or health of the claimant or the ability of the claimant to regain maximum function. This determination is to be made by a person, acting on the Fund's behalf, applying the judgment of a prudent layperson who possesses average knowledge of health and medicine. However, any such claim that a physician, with knowledge of the claimant's condition, determines is an urgent claim will be treated as an urgent care claim. In addition, Urgent Claims include claims that would, in the opinion of a physician with knowledge of the claimant's condition, subject the claimant to severe pain that cannot be adequately managed without the care or treatment that is subject of the claim.
- (b) "Pre-Service Claims" are claims for benefits for which the Fund conditions receipt of the benefit, in whole or in part, upon approval in advance of obtaining medical care (e.g. pre-authorization or utilization review).
- (c) "Post-Service Claims" involve the payment or reimbursement of costs of health care that has already been provided.
- (d) "Adverse Benefit Determination" means any of following: a denial, reduction, or termination of, or a failure to provide or make payment (in whole

or in part) for, a benefit, including such determinations based on eligibility to participate, from the application of any utilization review, or that the services were experimental, investigational or not medically necessary.

(e) “Concurrent Care Claim” is any claim to extend the course of treatment beyond the period of time or number of treatments that the Fund has already approved as an ongoing course of treatment. A concurrent care claim can be an urgent care claim, a pre-service claim or a post-service claim.

(f) “Concurrent Care Decisions” are those decisions to terminate or reduce previously granted benefits for an ongoing course of treatment being provided over a period of time or a number of treatments. These are treated as Adverse Benefit Determinations.

(g) “Relevant Information” means information, documents or records that: (1) were relied on in making the benefit determination; (2) were submitted, considered or generated during the course of making the benefit determination; (3) demonstrates compliance with the Fund’s administrative procedures; or (4) is a statement of Fund policy concerning the claim.

Deadlines

The Fund must comply with certain deadlines in handling claims and appeals. These deadlines will vary depending on what type of claim has been submitted.

(a) Urgent Claims. Urgent Claims must be decided by the Fund Office and the claimant must be notified of the decision as soon as possible taking into account the medical exigencies, but no longer than 72 hours after receipt of the claim by the Fund Office. Appeals of Adverse Benefit Determinations of Urgent Claims must be decided by the Board of Trustees, and the claimant must be notified of the decision, within 72 hours after receipt of the appeal by the Fund office. No extensions of these time frames are permitted.

(b) Pre-Service Claims. Pre-Service Claims must be decided by the Fund Office and the claimant must be notified within 15 days of receipt of the claim by the Fund Office. If the Fund Office determines that there are circumstances beyond its control, a 15-day extension is available if the claimant is notified of the extension and the circumstances before the initial 15-day period expires. Appeals of Adverse Benefit Determinations of Pre-Service Claims must be decided by the Board of Trustees, and the claimant must be notified of the decision, within a reasonable period of time, but not later than 30 days, after receipt of the appeal by the Fund Office, with no extensions.

(c) Post-Service Claims. Post-Service Claims must be decided by the Fund Office and the claimant must be notified within 30 days of receipt of the claim by the Fund Office. If the Fund Office determines that there are circumstances beyond its control, a 15-day extension is available if the Fund Office notifies

the claimant of the extension and the circumstances before the initial 30-day period expires. Appeals of Adverse Benefit Determination of Post-Service Claims must be decided by the Board of Trustees, and the claimant must be notified of the decision, in accordance with the time frames in (h) below.

(d) Weekly Accident and Sickness Claims. Weekly Accident and Sickness Claims must be decided by the Fund Office and the claimant must be notified within a reasonable period of time but not later than 45 days from the date of receipt of the claim by the Fund Office. This period may be extended for up to two additional 30-day periods for circumstances beyond the control of the Fund Office, if the claimant is notified of the extension and the circumstances prior to the expirations of the initial 45-day and the first 30-day extension period respectively. The notice of extension shall specifically explain the standards on which entitlement to a benefit is based, the unresolved issues that prevent a decision on the claim, and the additional information needed to resolve those issues, and the claimant will be afforded at least 45 days within which to provide the specified information. Appeals of Adverse Benefit Determinations of Weekly Accident and Sickness Claims must be decided by the Board of Trustees, and the claimant must be notified of the decision, in accordance with the time frames in (h) below.

(e) Death Benefit Claims. Death Benefit Claims must be decided by the Fund Office and the claimant must be notified within 90 days from the date of the receipt of the claim. This period may be extended for up to 90 days for special circumstances, if the claimant is notified of the extension and the circumstances prior to the expiration of the initial 90-day period. Appeals of Adverse Benefit Determinations of Death Benefit Claims must be decided by the Board of Trustees, and the claimant must be notified of the decision, in accordance with the time frames in (h) below.

(f) Concurrent Care Decisions. The Fund office shall notify the claimant of the Adverse Benefit Determination at a time sufficiently in advance of the reduction or termination to allow the claimant to appeal and obtain a determination on review of that Adverse Determination before the benefit is reduced or terminated. Requests by claimants to extend the course of treatment beyond the period of time or number of treatments that is the subject of a claim involving urgent care shall be decided as soon as possible, and the Fund Office shall notify the claimant of the benefit determination, whether adverse or not, within 24 hours after receipt of the claim, provided such claim is made at least 24 hours in advance of the expiration of the prescribed period of time or number of treatments. Appeals of Concurrent Care Decisions must be decided by the Board of Trustees, and the claimant must be notified of the decision within the applicable time frames in (a), (b), or (h).

(g) General Rule for Applying Time Frames. The time period within which a benefit determination must be made begins at the time the claim is filed without regard to whether all the information necessary to make a benefit determination

accompanies the filing. If a period of time is extended due to a claimant's failure to submit information necessary to decide a claim, the period of time for making the benefit determination shall be tolled from the date on which the notification of the extension is sent to the claimant until the date on which the claimant responds to the request for additional information. Also, in processing a claim, the Fund can request that the claimant allow an additional extension beyond that described above. The claimant then has discretion on whether to allow such an extension, and also concerning how long that extension should be.

(h) Timing on Decisions on Appeal. Appeals will be reviewed and decided by the Board of Trustees or its Appeals Committee. The Board of Trustees will have regularly scheduled meetings at least quarterly to review and decide appeals. Appeals of Urgent Claims will be reviewed and decided by the Appeals Committee within the 72-hour period described in (a) above. Appeals of Pre-Service Claims will be reviewed and decided by the Appeals Committee or Board of Trustees within the 30-day period described in (b) above. All other appeals will be reviewed and decided by the Board of Trustees at its regularly scheduled quarterly meeting that immediately follows the Fund Office's receipt of the appeal, unless the appeal is received within the 30 days preceding such meeting. In such case, the appeal will be reviewed and decided not later than the date of the second meeting following the Fund Office's receipt of the appeal. If special circumstances require a further extension of time for processing, the appeal will be reviewed and decided not later than the third meeting following the Fund Offices receipt of the appeal. If such an extension of time for review is required because of special circumstances, the Fund Office shall provide the claimant with written notice of the extension, describing the special circumstances and the date as of which the decision will be made, prior to the commencement of the extension.

Insufficient Information from Claimant

If a claimant has not provided the Administrative Agent with all the information needed to process the claim, the Fund will contact the claimant to explain what must be done. The deadlines for this process, which depend on the type of claim, are described below:

(a) Urgent Claims. If the claimant fails to follow the Fund's procedures for filing an Urgent Claim, the claimant must be notified of the proper procedures within 24 hours of the Fund Offices receipt of the claim. This notification may be oral unless the claimant requests written notice.

If the claimant has not provided sufficient information to determine whether, or to what extent, benefits are payable, the claimant must be notified within 24 hours after receipt of the Urgent Claim of the specific information necessary to complete the claim. The claimant must be afforded a reasonable time, but not less than 48 hours, to provide the information. The Fund Office must notify the claimant of its determination as soon as possible, but no later than 48 hours after the receipt of the information or, if later, 48 hours after the end of the period afforded to the claimant to provide the specified information.

(b) Pre-Service Claims. If the claimant fails to follow the Fund's procedures for filing a Pre-Service Claim, the claimant must be notified of the proper procedures within 5 days of the Fund office's receipt of the claim. This notification may be oral unless the claimant requests written notice.

If the claimant has not provided sufficient information necessary to decide the Pre-Service claim, the Fund office may seek the 15-day extension described above, and the written notice of extension must specifically describe the required information. The claimant must be afforded at least 45 days from receipt of the notice within which to provide the specified information.

(c) Post-Service Claims. If the claimant fails to follow the Fund's procedures for filing a Post-Service Claim, the claimant must be notified of the proper procedures within a reasonable period of time not to exceed 30 days.

If the claimant has not provided sufficient information necessary to decide the Post-Service Claim, the Fund Office may seek the 15-day extension described above, and the written notice of extension must specifically describe the required information. The claimant must be afforded at least 45 days from the receipt of the notice within which to provide the specified information.

(d) Weekly Accident and Sickness Benefit Claims. If the claimant fails to follow the Fund's procedures for filing a Weekly Accident and Sickness Benefit Claim, the claimant must be notified of the proper procedures within reasonable period of time not to exceed 45 days.

(e) Death Benefit Claims. If the claimant fails to follow the Fund's procedures for filing a Death Benefit Claim, the claimant must be notified of the proper procedures within reasonable period of time not to exceed 30 days.

Notice of Claim Determination

If the Fund Office reviews a claim and makes an Adverse Benefit Determination, the Administrative Agent will provide the claimant with written or electronic

notification. Notifications must include the following information written in a manner calculated to be understood by the claimant:

- (a) The specific reason or reasons for the Adverse Benefit Determination;
- (b) Reference to the specific provisions of the Summary Plan Description on which the determination is based;
- (c) A description of any additional material or information necessary for the claimant to perfect the claim and an explanation of why such material or information is necessary;
- (d) A description of the Fund's review procedures and the time limits applicable to such procedures, including a statement of the claimant's right to bring a civil action under ERISA following denial of an appeal;
- (e) If an internal rule, guideline, procedure, protocol or other similar criterion was relied upon in making the adverse determination, either the specific rule, guideline, etc. must be provided or a statement that the rule, etc. was relied upon in making the adverse determination and that a copy of the rule, etc. will be provided to the claimant free of charge upon request;
- (f) If the adverse determination is based on a medical necessity determination or experimental treatment or similar exclusion or limitation, either an explanation of the scientific or clinical judgement for the determination applying the terms of the Fund to the claimant's medical circumstances or a statement that such explanation will be provided free of charge upon request;
- (g) In the case of an Adverse Benefit Determination involving urgent care, a description of the expedited review process;
- (h) In the case of an Adverse Benefit Determination involving urgent care, all of the above information may be provided orally, provided that a written or electronic notification is provided within three days of the oral notification.

Appeals

Any claimant has the right to appeal in writing any Adverse Benefit Determination by the Fund office within 180 days after receipt of the determination. The claimant shall have the opportunity to submit written comments, documents, records, and other information relating to the claim, without regard to whether such information was submitted or considered in the initial benefit determination. The claimant shall be provided, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records, and other information relevant to the claim.

Failure to file a timely appeal will result in a complete waiver of a claimant's right to appeal, and the decision of the Administrative Agent will be final and binding.

The Board of Trustees will meet at least quarterly to review pending appeals. Appeals involving Urgent Claims or Pre-Service Claims will be reviewed and decided more quickly as set forth above. For appeals involving Urgent Claims, a request for an expedited appeal of an Adverse Benefit Determination may be submitted orally or in writing, and all information including the Fund's benefit determination on review must be transmitted between the Fund and the claimant by telephone, facsimile, or other available expeditious method. The review by the Board of Trustees of all appeals will take into account all comments, documents, records, and other information submitted by the claimant, without regard to whether such information was submitted or considered in the initial Adverse Benefit Determination. Neither claimants nor their authorized representatives have the right to make personal appearances before the Board of Trustees.

In addition, the review of the claim by the Board of Trustees:

- will not afford deference to the initial Adverse Benefit Determination by the Fund office;
- will not be conducted by the individual who made the initial Adverse Benefit Determination or by a subordinate of that individual;
- will, when deciding a claim that is based in whole or in part on a medical judgment (including determinations with regard to whether a particular treatment, drug, or other item is experimental, investigational, or not medically necessary or appropriate), include consultation with a health care professional who has appropriate training and expertise in the field of medicine upon which the initial Adverse Benefit Determination was based. Such professional will not be the individual who was consulted in connection with the initial Adverse Benefit Determination, nor the subordinate of that individual; and
- will identify the medical or vocational experts whose advice was obtained on behalf of the Fund in connection with the Adverse Benefit Determination without regard to whether the advice was relied upon in making the determination.

Notice of Appeal Determination

Decisions of appeals will be given in writing. If the appeal is of a Post-Service Claim, the decision must be mailed within five days after the Board of Trustees meeting at which the decision is made. If the appeal is of either an Urgent Care Claim or a Pre-Service Claim, the claimant must be notified within the deadlines

described above. If the appeal is denied, in whole or in part, the written notification of the decision must set forth the following information, and must convey in a manner calculated to be understood by the claimant:

- (a) The specific reason or reasons for the adverse determination;
- (b) Reference to the specific Fund provisions on which the determination is based;
- (c) A statement that the claimant is entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records, and other information relevant to the claimants claim for benefits;
- (d) A statement of the claimant's right to bring an action under ERISA;
- (e) If an internal rule, guideline, procedure, protocol or other similar criterion was relied upon in making the adverse determination, either the specific rule, guideline, etc. must be provided or a statement that the rule, etc. was relied upon in making the adverse determination and that a copy of the rule, etc. will be provided to the claimant free of charge upon request;
- (f) If the adverse determination is based on a medical necessity determination or experimental treatment or similar exclusion or limitation, either an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination applying the terms of the Fund to the claimant's medical circumstances or a statement that such explanation will be provided free of charge upon request.

Trustees Discretion and Authority to Render Final and Binding Decisions

The decision of the Board of Trustees on review/appeal shall be final and binding upon all parties including any person claiming a benefit on your behalf, and no further appeal is available. Under special circumstances, the Board of Trustees may determine that reconsideration of a claim or appeal is appropriate based on new information that was not initially available. The Board has full authority and discretion to determine if reconsideration is warranted. The Board has full discretion and authority to determine all matters relating to the benefits provided under this Summary Plan Description, including, but not limited to, all questions of coverage, eligibility and interpretation of the terms of Fund documents, policies and rules. The Board shall have full authority and discretion to determine if a benefit is covered or subject to reimbursement under the Plan. If the Board denies your appeal of a claim, and you decide to seek judicial review, the Board's decision shall be subject to limited judicial review to determine only whether the decision was arbitrary and capricious.

Fund Policies, Determinations, or Actions

If you disagree with a policy, determination or action of the Fund, you may request that the Board of Trustees review the Fund policy, determination or action with which you disagree by submitting a written appeal to the Trustees. You must state the reason for your appeal and submit any supporting documentation. Your written appeal must be submitted within 60 days after you learn of a Fund policy, determination or action with which you disagree and which is not a benefit denial. The Board of Trustees will have sole authority and discretion to interpret and apply Fund policy, determination or action.

The Board of Trustees will review your appeal at its quarterly meeting immediately following receipt of your appeal unless your appeal was received by the Fund Office within 30 days of the date of the meeting. In this case, your appeal will be reviewed at the second quarterly meeting following receipt of the appeal. You may wish to contact the Fund Office concerning the date of the next meeting so that you may submit your appeal in time to be heard at that meeting. If special circumstances require an extension of the time for review for the Trustees or Committee, you will be notified in writing.

Denied Workers' Compensation Claims

In order for a claim that has been denied by Workers' Compensation to be eligible for payment by the Fund, the following procedures must be followed:

- (a) The Participant must notify the Fund within thirty (30) days of any injury for which a Workers' Compensation claim has been filed.
- (b) The Participant must exhaust all Workers' Compensation administrative remedies before the Fund will consider the claim.
- (c) The claim must be filed with the Fund Office within one year of the final denial by Workers' Compensation.
- (d) Once the Fund Office receives a claim after its final denial by Workers' Compensation, the Fund's claim and appeals procedures will apply.

STATEMENT OF ERISA RIGHTS

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

As a participant in the Metropolitan D.C. Paving Industry Employees Health and Welfare Fund, you are entitled to certain rights and protections under the

Employee Retirement Income Security Act of 1974, as amended (ERISA). ERISA provides that all plan participants shall be entitled to:

Receive Information About Your Plan and Benefits

Examine, without charge, at the Fund Office and at other specified locations, such as worksites and union halls, all documents governing the Plan, including collective bargaining agreements, and copies of documents filed by the plan with the U.S. Department of Labor.

Obtain, upon written request to the Fund Office, copies of documents governing the operation of the plan, including collective bargaining agreements, and copies of the latest annual report (Form 5500 Series) filed by the Plan with the U.S. Department of Labor and updated summary plan description. The Fund Office may make a reasonable charge for the copies.

Receive a summary of the Fund's annual financial report. The Fund Office is required by law to furnish each participant with a copy of this summary annual report.

Continue Group Health Plan Coverage

Continue health care coverage for yourself, spouse or 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. Review this summary plan description and the documents governing the plan on the rules governing your COBRA continuation coverage rights.

You are also entitled to reduction or elimination of exclusionary periods of coverage for preexisting conditions under your group health plan, if you have creditable coverage from another plan. You should be provided a certificate of creditable coverage, free of charge, from your group health plan or health insurance issuer when you lose coverage under the plan, when you become entitled to elect COBRA continuation coverage, when your COBRA continuation coverage ceases, if you request it before losing coverage, or if you request it up to 24 months after losing coverage. Without evidence of creditable coverage, you may be subject to a pre-existing condition exclusion for 12 months (18 months for late enrollees) after your enrollment date in your coverage.

Prudent Actions by Plan Fiduciaries

In addition to creating rights for plan participants, ERISA imposes duties upon the people who are responsible for the operation of the employee benefit plan. The people who operate your plan, called "fiduciaries" of the plan, have a duty to do so prudently in the interest of you and other plan participants and beneficiaries. No one, including your employer, your union, or another person, may fire you or

otherwise discriminate against you in any way to prevent you from obtaining a welfare benefit or exercising your rights under ERISA.

Enforce Your Rights

If your claim for a welfare 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 Fund Office to provide the materials and pay you up to \$110 a day until you receive the materials, unless the materials were not sent because of reasons beyond the control of the Fund Office. If you have a claim for benefits which 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 Fund's decision or lack thereof concerning the qualified status of a medical child support order, you may file suit in federal court. If it should happen that plan fiduciaries misuse the plan's money, or if you are discriminated against for asserting your rights, you may seek assistance from the U.S. Department of Labor, or you may file suit in a federal court. The court will decide who should pay court costs and legal fees. If you are successful, the court may order the person you have sued to pay these costs and fees. If you lose, the court may order you to pay these costs and fees, for example, if it finds your claim is frivolous.

Assistance with Your Questions

If you have any questions about your 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

The Fund will comply with the Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information promulgated by the Department of Health and Human Services pursuant to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, as amended ("Privacy Rules"). Under these standards, the Fund will

protect the privacy of individually identifiable health information and will block or limit the disclosure of this information to the Trustees, Employers, the Union, your family members, service providers and other third parties. Protected health information will be disclosed only (1) to the extent authorized by the patient; (2) as necessary for the administration of the plan, including the review and payment of claims and the determination of appeals; or (3) as otherwise authorized or required by law. To the extent protected health information is used or disclosed, the Fund will use or disclose only the minimum necessary PHI to accomplish the intended purpose of the use or disclosure.

The Fund has adopted a written Privacy Policy setting forth the rules and procedures the Fund has established to protect your personal health information as required by applicable law. This Privacy Policy is set forth below in the following notice and is hereby incorporated as part of the Plan.

**METROPOLITAN D.C. PAVING INDUSTRY EMPLOYEES
HEALTH AND WELFARE FUND
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION**

(Effective April 14, 2003; revised effective September 23, 2013; updated
February 23, 2017)

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

This Notice is required by the Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information (“Privacy Rules”) issued by the U.S. Department of Health and Human Services pursuant to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, as amended. It describes how the Fund can use and disclose your Protected Health Information. Protected Health Information (“PHI”) is information that is created, received, transmitted or stored by the Fund which relates to your past, present, or future physical or mental health, health care, or payment for health care, and either identifies you or provides a reasonable basis for identifying you. In general, the Fund may not use or disclose your PHI unless you consent to or authorize the use or disclosure, or if the Privacy Rules specifically allow the use or disclosure.

Use or Disclosure of PHI

1. The Fund may use or disclose your PHI for treatment, payment or health care operations without your written authorization:

- “Payment” generally means the activities of a Fund to collect premiums, to fulfill its coverage responsibilities, to provide benefits under the Plan, and to obtain or provide reimbursement for the provision of health care.

Payment may include, but is not limited to, the following: determining coverage and benefits under the Plan, paying for or obtaining reimbursement for health care, adjudicating subrogation of health care claims or coordination of benefits, billing and collection, making claims for stop-loss insurance, determining medical necessity and performing utilization review. For example, the Fund will disclose the minimum necessary PHI to medical service providers for the purposes of payment.

- “Health Care Operations” are certain administrative, financial, legal, and quality improvement activities of the Fund that are necessary to run its business and to support the core functions of treatment and payment. For example, the Fund may disclose the minimum necessary PHI to the Fund’s attorney, auditor, actuary, and consultant(s) when these professionals perform services for the Fund that requires them to use PHI. Persons who perform services for the Fund are called “business associates.” Federal law requires the Fund to have written contracts with its business associates before it shares PHI with them, and the disclosure of your PHI must be consistent with the Fund’s contract with them. Other examples of business associates are the Fund’s stop-loss insurance carrier, claims repricing services, utilization review companies, prescription benefit managers, PPOs and HMOs.
- “Treatment” means the provision, coordination, or management of health care and related services by one or more health care providers, including the coordination or management of health care by a health care provider with a third party; consultation between health care providers relating to a patient; or the referral of a patient for health care from one health care provider to another. The Fund is not typically involved in treatment activities.

Except where disclosure is required by law as described below, the Fund may not disclose your PHI to a health plan for purposes of payment, health care operations or treatment if you have requested that such disclosure be restricted and if the PHI pertains solely to a health care item or service for which the health care provider has been paid in full out of pocket.

2. The Fund is permitted or required to use or disclose your PHI without your written authorization for the following purposes and in the following circumstances, as limited by law:

- The Fund will use or disclose your PHI to the extent it is required by law to do so.
- The Fund may disclose your PHI to a public health authority for certain public health activities, such as: (1) reporting of a disease or injury, or

births and deaths, (2) conducting public health surveillance, investigations, or interventions; (3) reporting known or suspected child abuse or neglect; (4) ensuring the quality, safety or effectiveness of an FDA-regulated product or activity; (5) notifying a person who is at risk of contracting or spreading a disease; (6) notifying an employer about a member of its workforce, for the purpose of workplace medical surveillance or the evaluation of work-related illness and injuries, but only to the extent the employer needs that information to comply with the Occupational Safety and Health Administration (OSHA), the Mine Safety and Health Administration (MSHA), or State law requirements having a similar purpose; and (7) providing information related to proof of immunization to a school required to have such information after the Fund has documented that the individual or, if the individual is a minor, the individual's parent or guardian has agreed to the disclosure (unless State law requires disclosure of immunizations regardless of agreement).

- The Fund may disclose your PHI to the appropriate government authority if the Fund reasonably believes that you are a victim of abuse, neglect or domestic violence.
- The Fund may disclose your PHI to a health oversight agency for oversight activities authorized by law, including: (1) audits; (2) civil, administrative, or criminal investigations; (3) inspections; (4) licensure or disciplinary actions; (5) civil, administrative, or criminal proceedings or actions; and (6) other activities.
- The Fund may disclose your PHI in the course of any judicial or administrative proceeding in response to an order by a court or administrative tribunal, or in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process.
- The Fund may disclose your PHI for a law enforcement purpose to law enforcement officials. Such purposes include disclosures required by law, or in compliance with a court order or subpoena, grand jury subpoena, or administrative request.
- The Fund may disclose your PHI in response to a law enforcement official's request, for the purpose of identifying or locating a suspect, fugitive, material witness or missing person.
- The Fund may disclose your PHI if you are the victim of a crime and you agree to the disclosure or, if the Fund is unable to obtain your consent because of incapacity or emergency, and law enforcement demonstrates a need for the disclosure and/or the Fund determines in its professional judgment that such disclosure is in your best interest.
- The Fund may disclose your PHI to law enforcement officials to inform them of your death, if the Fund believes your death may have resulted from criminal conduct.

- The Fund may disclose PHI to law enforcement officials that it believes is evidence that a crime occurred on the premises of the Fund.
- The Fund may disclose your PHI to a coroner or medical examiner for identification purposes. The Fund may disclose your PHI to a funeral director to carry out his or her duties upon your death or before and in reasonable anticipation of your death.
- The Fund may disclose your PHI to organ procurement organizations for cadaveric organ, eye, or tissue donation purposes.
- The Fund may use or disclose your PHI for research purposes, if the Fund obtains one of the following: (1) documented institutional review board or privacy board approval; (2) representations from the researcher that the use or disclosure is being used solely for preparatory research purposes; (3) representations from the researcher that the use or disclosure is solely for research on the PHI of decedents; or (4) an agreement to exclude specific information identifying the individual.
- The Fund may use or disclose your PHI to avoid a serious threat to the health or safety of you or others.
- The Fund may disclose your PHI if you are in the Armed Forces and your PHI is needed by military command authorities. The Fund may also disclose your PHI for the conduct of national security and intelligence activities.
- The Fund may disclose your PHI to a correctional institution where you are being held.
- The Fund may disclose your PHI in emergencies or after you provide verbal consent under certain circumstances.
- The Fund may disclose your PHI as authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to workers' compensation or other similar programs.

3. The Fund may use or disclose your PHI to you, to your Personal Representative, and to the Board of Trustees of the Fund but only for the purposes and to the extent specified in the Plan:

- The Fund will provide you with access to your PHI. (The Fund will first require you to complete and execute a "Request for Protected Health Information Form" and will provide you with access to PHI consistent with the Request Form, or as otherwise required by law. A copy of the Request for Protected Health Information Form can be obtained from the Fund Office.)
- The Fund may provide your Personal Representative or Attorney with access to your PHI in the same manner as it would provide you with access, but only upon receipt of documentation demonstrating that your

Personal Representative or lawyer has authority under applicable law to act on your behalf.

- The Fund will disclose your PHI to the Fund’s Board of Trustees only in accordance with the provisions of the Fund’s Privacy Policy and the provisions of the Plan.

4. Use of PHI pursuant to a written and signed Authorization Form:

- Unless otherwise permitted by law or described in this Notice, the Fund will not use or disclose your PHI to someone other than you (such as your spouse) unless you sign and execute an “Authorization Form.” You can revoke an Authorization Form at any time by submitting a “Cancellation of Authorization Form” to the Fund. The Cancellation of Authorization Form revokes the Authorization Form on the date it is recorded by the Fund. (Copies of each of these forms can be obtained from the Fund Office.)
- The Fund may use or disclose Psychotherapy Notes only pursuant to an Authorization Form, unless the use or disclosure is otherwise required or permitted by law.
- The Fund may use or disclose PHI for marketing purposes only pursuant to an Authorization Form. A use or disclosure is considered marketing if it is used for a communication that encourages the use of a product or service. However, the following uses and disclosures are not considered marketing: refill reminders or other usage reminders about a current treatment, as long as the Fund does not receive remuneration from a third party that is more than the cost of sending the reminder; for providing communications about alternative treatments, therapies, providers, health-related products or services available to you or for coordinating care for you unless the Fund receives remuneration from a third party to make the communication.
- The Fund may sell PHI only pursuant to an Authorization Form. A sale of PHI is a use or disclosure of the PHI in exchange for direct or indirect remuneration from the entity that receives the PHI from the Fund. However, the following transactions are not considered to be a sale of PHI, even if the Fund receives remuneration for them: a use or disclosure pursuant to research, public health, treatment, payment, or other purposes required by law, a use or disclosure made by or to a Business Associate for actions it performs as part of its agreement with the Fund to undertake certain functions, a use or disclosure to you when requested, a use or disclosure made as part of the sale, transfer, merger, or other consolidation of the Fund, and any other purpose permitted by law as long as the remuneration received is only a reasonable, cost-based fee to cover the expense to prepare and transmit the PHI, or a fee otherwise expressly permitted by other law.

Individual Rights

You have certain important rights with respect to your PHI. You should contact the Fund’s Privacy Officer, identified below, to exercise these rights.

- You have a right to request that the Fund restrict use or disclosure of your PHI to carry out payment or health care operations. The Fund is not required to agree to a requested restriction unless it pertains solely to PHI related to a health care item or service for which the health care provider involved has been paid in full out of pocket.
- You have a right to receive confidential communications about your PHI from the Fund by alternative means or at alternative locations, if you submit a written request to the Fund in which you clearly state that the disclosure of all or part of that information could endanger you.
- You have a right of access to inspect and copy your PHI that is maintained by the Fund in a “designated record set.” A “designated record set” consists of records or other information containing your PHI that is maintained, collected, used, or disseminated by or for the Fund in connection with: (1) enrollment, payment, claims adjudication, and case or medical management record systems maintained by or for the Fund, or (2) decisions that the Fund makes about you.
- You have a right to receive an electronic copy of PHI that is maintained electronically by the Fund upon request. The Fund will provide you the electronic copy either in the format that you request if it is easily producible to that format, or, if not readily producible in the format you request, then as a PDF or in another format agreed upon between you and the Fund.
- You have a right to amend your PHI that was created by the Fund and that is maintained by the Fund in a designated record set, if you submit a written request to the Fund in which you provide reasons for the amendment.
- You have a right to receive an accounting of disclosures of your PHI, with certain exceptions, if you submit a written request to the Fund. The Fund need not account for disclosures that were made more than six years before the date on which you submit your request, nor any disclosures that were made for treatment, payment or health care operations.
- You have a right to be notified in the event of a Breach of Unsecured PHI, as described below under “Duties of the Fund.”
- You have the right to receive a paper copy of this Notice upon request.

Duties of the Fund

The Fund has the following obligations:

- The Fund is required by law to maintain the privacy of PHI and to provide individuals with notice of its legal duties and privacy practices with respect to PHI. To obtain a copy of the Fund’s entire Privacy Policy, you should contact the Fund’s Privacy Officer, identified below.
- If unsecured PHI is acquired, used or disclosed in a manner that is not permitted under the Privacy Rules that compromises the security or privacy of that PHI, (referred to as a “Breach”), the Fund is required to provide appropriate Notice as defined by law without unreasonable delay and in no case later than 60 days after the discovery of the Breach by the Fund or the receipt of information of the Breach by the Fund.
- The Fund is required to abide by the terms of the Notice that is currently in effect.
- The Fund will provide a paper copy of this Notice to you upon request.
- The Fund is prohibited from using PHI that is genetic information for any underwriting purposes.

Changes to Notice

- The Fund reserves the right to change the terms of this Notice and to make the new Notice provisions effective for all PHI it maintains, regardless of whether the PHI was created or received by the Fund prior to issuing the revised Notice.
- Whenever there is a material change to the Fund’s uses and disclosures of PHI, individual rights, the duties of the Fund, or other privacy practices stated in this Notice, the Fund will promptly revise and distribute the new Notice to participants and beneficiaries.

Contacts and Complaints

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a written complaint with the Fund’s Privacy Officer at the following address:

Debra Albright, Privacy Officer
Metropolitan DC Paving Industry Employee Health and Welfare Fund
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Dr., Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500

You may also file a complaint with the U. S. Secretary of Health and Human Services in Washington, DC. The Fund will not intimidate, threaten, coerce, discriminate against, or take other retaliatory action against any person for filing a complaint.

For More Information About Privacy

If you want more information about the Fund’s policies and procedures regarding privacy of PHI, contact the Fund’s Privacy Officer at the address above.

For Further Information Contact:

Metropolitan D.C. Paving Industry
Employees Health and Welfare Fund
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Dr., Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500

*This booklet has been prepared for
your use as a convenient reference.*

IT IS NOT A CONTRACT.

Para obtener más información, comuníquese
con:

Metropolitan D.C. Paving Industry
Employees Health and Welfare Fund
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Dr., Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500

*Este folleto ha sido preparado para su uso
como referencia conveniente.*

NO CONSTITUYE UN CONTRATO.

Si desea más información sobre las normas y procedimientos del Fondo respecto de la confidencialidad de la PHI, comuníquese con el Encargado de confidencialidad del Fondo en la dirección indicada más arriba.

Para obtener más información sobre la confidencialidad

También puede presentar una reclamación ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (*U.S. Secretary of Health and Human Services*) en Washington, DC. El Fondo no intimidará, amenazará, fuerza, discrimina ni toma ninguna otra represalia contra ninguna persona por presentar una queja.

Debra Albright, Funcionaria de Privacidad
Metropolitan DC Paving Industry Employee Health and Welfare Fund
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Dr., Suite A
Columbia, MD 21046
(410) 872-9500

Si usted considera que sus derechos a la confidencialidad han sido violados, puede presentar una queja por escrito al Encargado de confidencialidad del Fondo, a la dirección siguiente:

Contactos y quejas

- Cuando quiera que haya un cambio importante a los usos y revelaciones de PHI por el Fondo, a los derechos individuales, a las obligaciones del Fondo, o a otras prácticas de confidencialidad indicadas en la presente Notificación, el Fondo revisará y distribuirá prontamente la nueva Notificación entre los participantes y beneficiarios.

- El Fondo se reserva el derecho de enmendar los términos de esta Notificación y de poner en vigor las nuevas disposiciones que en ella figuren para todas las PHI que mantiene, hayan sido o no creadas o recibidas por el Fondo antes de expedir la Notificación revisada.

Enmiendas a la Notificación

- Se prohíbe que, para fines de suscripción de un seguro, el Fondo use PHI que contenga información genética.
- A su solicitud, el Fondo le proporcionará un ejemplar impreso de esta Notificación.
- El Fondo está obligado a cumplir con los términos de la Notificación actualmente en vigor.
- Si se adquiere, usa o divulga PHI no protegida de una manera que la Reglas de Privacidad no lo permitan de modo que se ponga en peligro la seguridad o privacidad de esa PHI (lo que se conoce como un "quebrantamiento"), se requiere que el Fondo curse un Aviso correspondiente según lo define la ley, sin demora innecesaria, y en todo caso a más tardar 60 días después de que el Fondo descubra el quebrantamiento o que el Fondo reciba información sobre el quebrantamiento.
- El Fondo está obligado por ley a mantener la confidencialidad de la PHI y a notificar a las personas de sus obligaciones legales y prácticas en materia de confidencialidad con respecto a la PHI. Para obtener un ejemplar de las Normas de confidencialidad del Fondo, debe comunicarse con el Encargado de la confidencialidad del Fondo, identificado más abajo.
- El Fondo tiene las siguientes obligaciones:

Obligaciones del Fondo

- Si lo solicita, usted tiene derecho a recibir un ejemplar impreso de esta Notificación.
- Usted tiene el derecho de recibir notificación en caso de un quebrantamiento de PHI no protegida, según se describe a continuación bajo "Obligaciones del Fondo".
- Usted tiene derecho a recibir una relación de las revelaciones de su PHI, con ciertas excepciones, si presenta una solicitud por escrito al Fondo. El Fondo no tiene que dar cuentas por revelaciones hechas más de seis años antes de la fecha en que usted presente dicha solicitud, ni revelaciones hechas para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

- Usted tiene ciertos derechos importantes con respecto a su PHI. Comuníquese con el Encargado de la confidencialidad del Fondo, identificado más abajo, para ejercer tales derechos.
- Usted tiene derecho a pedir que el Fondo restrinja el uso o revelación de su PHI para realizar pagos u operaciones de atención médica. El Fondo no está obligado a estar de acuerdo con una restricción solicitada a menos que se relacione solamente con la PHI relacionada únicamente con un aspecto o servicio de atención médica por el cual el proveedor de atención médica ha recibido pago como gasto no reembolsable.
 - Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales del Fondo acerca de su PHI por otros medios o en otros lugares, siempre que envíe una solicitud por escrito al Fondo en la que indique claramente que la revelación total o parcial de dicha información podría ponerlo a usted en peligro.
 - Usted tiene derecho de acceso para inspeccionar o copiar su PHI que sea mantenida por el Fondo en un "conjunto de antecedentes designado". Dicho conjunto consiste en antecedentes u otros datos que contengan su PHI mantenido, recopilado, usado o diseminado por el Fondo o para éste en relación con: (1) inscripción, pago, adjudicación de solicitudes, y sistemas de antecedentes de casos o gestión médica mantenidos por el Fondo o para éste, o (2) decisiones que el Fondo toma acerca de usted.
 - Usted tiene derecho a recibir, si la solicita, una copia electrónica de PHI que el Fondo mantenga en formato electrónico. El Fondo le proveerá la copia electrónica en el formato que usted solicite, si se puede producir fácilmente en ese formato, o, de no ser posible producir el formato que usted solicita, como archivo PDF o en otro formato acordado entre usted y el Fondo.
 - Usted tiene derecho a enmendar su PHI que haya sido creada por el Fondo y que éste mantenga en un conjunto de antecedentes designado, para el si usted presenta una solicitud por escrito al Fondo presentando razones para tal enmienda.

Derechos individuales

ciertos deberes, uso o divulgación a usted cuando usted lo solicita, uso o divulgación hechos como parte de la venta, la transferencia, la fusión u otro tipo de consolidación del fondo, y para cualquier otro propósito permitido por ley, siempre y cuando la remuneración recibida sea únicamente un honorario razonable y basado en los costos destinados a cubrir los gastos de preparar y transmitir la PHI, o un honorario permitido expresamente por otra ley.

- El Fondo puede vender PHI únicamente de conformidad con un Formulario de Autorización. La venta de PHI es el uso o la divulgación de PHI a cambio de remuneración directa o indirecta de la entidad que recibió la PHI del Fondo. No obstante, las siguientes transacciones no se consideran venta de PHI, aunque el Fondo reciba remuneración por ellas: uso o divulgación para fines de investigación, salud pública, tratamiento, pago u otros fines exigidos por la ley, uso o divulgación hechos por o a un socio comercial para fines de los deberes que desempeña como parte de su acuerdo con el Fondo de desempeñar
- El Fondo puede usar o divulgar PHI para fines de mercado únicamente de conformidad con un Formulario de Autorización. El uso o divulgación se consideran mercado si se usan en una comunicación que promueve el uso de un producto o servicio. No obstante, los siguientes usos y divulgaciones no se consideran mercados: recordatorios para resurtir recetas u otros recordatorios de uso relacionados con un tratamiento en curso, siempre y cuando el Fondo no reciba remuneración de un tercero que ascienda a más del costo de envío del recordatorio; comunicaciones relacionadas con tratamientos, terapias, proveedores, productos médicos o servicios alternativos disponibles para usted o para coordinar su atención a menos que el Fondo reciba remuneración de un tercero por proveer dicha comunicación.
- El Fondo podrá usar o divulgar apuntes de psicoterapia únicamente de conformidad con un Formulario de Autorización, a menos que la ley permita el uso o la divulgación.
- El Fondo puede usar o divulgar PHI para fines de mercado únicamente de conformidad con un Formulario de Autorización. El uso o divulgación se consideran mercado si se usan en una comunicación que promueve el uso de un producto o servicio. No obstante, los siguientes usos y divulgaciones no se consideran mercados: recordatorios para resurtir recetas u otros recordatorios de uso relacionados con un tratamiento en curso, siempre y cuando el Fondo no reciba remuneración de un tercero que ascienda a más del costo de envío del recordatorio; comunicaciones relacionadas con tratamientos, terapias, proveedores, productos médicos o servicios alternativos disponibles para usted o para coordinar su atención a menos que el Fondo reciba remuneración de un tercero por proveer dicha comunicación.
- A menos que de otro modo lo permita la ley o según se describa en este Aviso, el Fondo no usará ni divulgará su información PHI a ninguna otra persona que no sea usted (como a su cónyuge) a menos que usted complete y firme un "Formulario de autorización". Usted podrá revocar un Formulario de autorización en cualquier momento, mediante la presentación al Fondo de una "Cancelación del formulario de autorización". El Formulario de Cancelación de la Autorización revoca el Formulario de Autorización en la fecha en que lo registre el Fondo. Puede obtener copias de cada uno de estos formularios de la Oficina del Fondo.)

4. Uso de PHI de conformidad con un formulario de autorización impreso y firmado:

- El Fondo puede permitirle a su representante personal o a su abogado el acceso a su PHI de la misma manera que a usted, pero solo cuando se reciba documentación comprobante de que dicho representante personal o abogado está facultado conforme a las leyes aplicables para actuar en su nombre.
- El Fondo revelará su PHI a la Junta Directiva del Fondo únicamente de acuerdo con las disposiciones de las Normas de confidencialidad del Fondo y del Plan.

- El Fondo le permitirá a usted el acceso a su PHI. (El Fondo primero requerirá que usted complete y firme un "Formulario de solicitud de información médica protegida (PHI)", y le permitirá el acceso a la PHI de acuerdo con dicho formulario, o en la forma que lo requiera la ley. Un ejemplar del formulario puede obtenerse solicitándolo a la Oficina del Fondo.)

3. El Fondo puede usar o revelar su PHI a usted, a su representante personal y a la Junta Directiva del Fondo, pero solo para los efectos y en la medida que se especifica en el Plan:

- El Fondo puede revelar su PHI como lo autoricen las leyes relativas a las indemnizaciones por accidentes en el trabajo u otros programas similares y en la medida necesaria para cumplir con dichas leyes.
- El Fondo puede revelar su PHI en emergencias o después de que usted haya dado su consentimiento oral en ciertas circunstancias.
- El Fondo puede revelar su PHI a una institución penal en la que usted se encuentre detenido.
- El Fondo puede revelar su PHI si usted está en las Fuerzas Armadas y autoridades del mando militar la necesitan. El Fondo también puede usar su PHI para llevar a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia.
- El Fondo puede usar o revelar su PHI para evitar un serio peligro para la salud o seguridad de usted o de otros.
- El Fondo puede usar o revelar su PHI para fines de investigaciones, si el Fondo obtiene uno de los elementos siguientes: (1) aprobación documentada de una junta de examen institucional o de confidencialidad; (2) declaraciones del investigador en el sentido de que el uso o revelación es solamente para fines de la investigación preparatoria; (3) declaraciones del investigador en el sentido de que el uso o revelación es solamente para la investigación de la PHI de personas fallcidas; o (4) un acuerdo para excluir datos específicos que identifiquen al individuo.
- El Fondo puede revelar su PHI a organizaciones de obtención de órganos para los efectos de la donación de órganos, ojos o tejidos provenientes de cadáveres.
- El Fondo puede revelar su PHI a un médico forense investigador (*coroner*) para los efectos de una identificación. El Fondo puede revelar su PHI a un director de pompas fúnebres para que éste cumpla sus funciones al fallecer usted o antes y en previsión razonable de su fallecimiento.

- Seguridad y Salud Minera (*Mine Safety and Health Administration*), o con requisitos de las leyes estatales que tengan un objetivo similar; y (7) proveer información relacionada con prueba de vacunación a una escuela que requiere tener dicha información cuando el Fondo documenta que la persona o, si se trata de un menor, el padre, la madre o el tutor de la persona han dado su consentimiento a la divulgación (a menos que las leyes estatales requieran la divulgación de los expedientes de vacunación independientemente del consentimiento).
- El Fondo puede revelar su PHI a la autoridad gubernamental correspondiente, si es el Fondo tiene razones para creer que usted es víctima de abuso, descuido o violencia doméstica.
- El Fondo puede revelar su PHI durante un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de un juzgado o un tribunal administrativo, a una citación, a una solicitud de descubrimiento, o a otro proceso legal.
- El Fondo puede revelar su PHI a funcionarios policiales, para los efectos del cumplimiento de las leyes. Esto incluye las revelaciones requeridas por la ley, o en cumplimiento de una orden judicial o citación, la citación de un gran jurado, o una solicitud administrativa.
- El Fondo puede revelar su PHI en respuesta al pedido de un funcionario policial, para los efectos de identificar o localizar un sospechoso, un fugitivo, un testigo importante o una persona desaparecida.
- El Fondo puede revelar su PHI si usted es la víctima de un delito, y conviene en tal revelación o si el Fondo no puede obtener su consentimiento por incapacidad o por una emergencia, y la justicia demuestra la necesidad de tal revelación y/o el Fondo determina que, a su criterio profesional, tal revelación redundará en el interés de usted.
- El Fondo puede revelar su PHI a funcionarios policiales para informarles de su fallecimiento, si el Fondo considera que su muerte puede haber sido causada criminalmente.
- El Fondo puede revelar el PHI a funcionarios policiales si considera que es prueba de que se cometió un delito en el local del Fondo.

- El Fondo puede revelar su PHI a una autoridad de salud pública para ciertas actividades en la materia, tales como: (1) informar sobre una enfermedad o lesión, o nacimientos y muertes; (2) realizar tareas de vigilancia de salud pública, investigaciones o intervenciones; (3) informar sobre el abuso o descuido conocido o sospechado de niños; (4) garantizar la calidad, seguridad o eficacia de un producto o actividad regulados por la FDA; (5) notificar a una persona de que está en peligro de contraer o propagar una enfermedad; (6) notificar a un empleador acerca de uno de sus trabajadores, para los efectos de la vigilancia médica del lugar de trabajo o la evaluación de enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo, pero solo en la medida en que el empleador necesite esa información para cumplir con las reglas de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (*Occupational Safety and Health Administration*: OSHA), la Administración de
- El Fondo usará o revelará su PHI en la medida en que lo requiera la ley.

tal como lo limita la ley:

autorización por escrito para los fines y en las circunstancias siguientes.

2. Al Fondo se le permite o se le requiere que use o revele su PHI sin su recibido pago como gasto no reembolsable. Excepto en casos en los que la ley, según se describe a continuación, exige la divulgación, el Fondo no podrá divulgar su PHI a ningún plan médico para fines de pago, operaciones de atención médica o tratamiento si usted ha solicitado que se restrinja dicha divulgación y si la PHI se relaciona únicamente con un aspecto o servicio de atención médica por el cual el proveedor de atención médica ha

- "Tratamiento" es el suministro, coordinación o gestión de la atención médica y servicios conexos provistos por uno o más proveedores de atención de la salud, incluso la coordinación o gestión de tal atención por un proveedor de atención médica con un tercero; las consultas entre proveedores de atención médica respecto de un paciente; o la referencia de un paciente por un proveedor de atención médica a otro proveedor de la misma. El Fondo generalmente no interviene en actividades relativas a tratamientos.
- "Tratamiento" es el suministro, coordinación o gestión de la atención médica y servicios conexos provistos por uno o más proveedores de atención de la salud, incluso la coordinación o gestión de tal atención por un proveedor de atención médica con un tercero; las consultas entre proveedores de atención médica respecto de un paciente; o la referencia de un paciente por un proveedor de atención médica a otro proveedor de la misma. El Fondo generalmente no interviene en actividades relativas a tratamientos.

auditor, actuario y consultor o consultores cuando esos profesionales prestan servicios al Fondo para los que tienen que usar la PHI. Las personas que prestan servicios al Fondo se denominan "asociados comerciales". Las leyes federales requieren que el Fondo tenga contratos por escrito con sus asociados comerciales antes de comunicarle la PHI, y tal revelación debe estar de acuerdo con el contrato que el Fondo tenga con ellos. Otros ejemplos de asociados comerciales son la compañía aseguradora de pérdida limitada del Fondo, los servicios para fijar nuevos precios a solicitados, compañías de examinadoras de la utilización, gerentes de beneficios de medicamentos, PPO (organizaciones de proveedores preferidos) y HMO (organizaciones de mantenimiento de la salud).

- “Pago” generalmente significa las actividades de un Fondo para cobrar primas, cumplir sus obligaciones de cobertura, suministrar beneficios de acuerdo con el plan y obtener o proporcionar reembolsos por el suministro de atención médica. El pago puede incluir, aunque sin limitarse a ello, lo siguiente: determinación de cobertura y beneficios conforme al plan, pago de atención médica o reembolso por la misma, adjudicación de la subrogación de solicitudes de atención médica o coordinación de beneficios, facturación y cobranza, la presentación de reclamaciones de seguros de pérdida limitada, determinación de necesidad médica y realización de exámenes de utilización. Por ejemplo, el Fondo revelará la PHI mínima necesaria a los proveedores de servicios médicos para los efectos del pago.
- “Operaciones de atención de la salud” son aquellas actividades del Fondo -- administrativas, financieras, jurídicas y de mejoramiento de la calidad -- necesarias para llevar a cabo sus actividades comerciales y para desempeñar las funciones primordiales de tratamiento y pago. Por ejemplo, el Fondo puede revelar la PHI mínima necesaria a su abogado,

1. El Fondo podrá usar o revelar su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin su autorización por escrito:

Uso o revelación de la PHI

La presente Notificación es requerida por las Normas de confidencialidad de la información médica individualmente identificable (“Reglas de confidencialidad”) promulgadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, de 1996, en su forma enmendada. En esta Notificación se describe cómo el Fondo puede usar y revelar su información médica protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés). Dicha PHI es información creada, recibida, transmitida o guardada por el Fondo en relación con su salud física o mental pasada, presente o futura, su atención médica, o pagos por la atención médica, y lo identifica o proporciona datos que permiten identificarlo. En general, el Fondo no puede usar ni revelar su PHI, a menos que usted lo consienta o lo autorice, o si las Reglas de confidencialidad específicamente permiten su uso o revelación.

EN LA PRESENTE NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE COMO PUEDE USARSE Y REVELARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL, Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. LEALTA CIUDADOSAMENTE.

**METROPOLITAN D.C. PAYING INDUSTRY EMPLOYEES
HEALTH AND WELFARE FUND
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**
(En vigor desde el 14 de abril de 2003, revisada con vigencia del 23 de septiembre de 2013; actualizada el 23 de febrero de 2017)

PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

El Fondo cumplirá con las normas de confidencialidad de la información médica individualmente identificable promulgadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, conforme a la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (“Reglas de confidencialidad”), en su forma enmendada (*Health Insurance Portability and Accountability Act of 1966 [“Privacy Rules”]*). Conforme a dichas normas, el Fondo protegerá la confidencialidad de la información médica individualmente identificable, y bloqueará o limitará la revelación de esa información a los Síndicos, empleadores, sindicatos, miembros de su familia, proveedores de servicios, y otros terceros. La información médica protegida se revelará solamente (1) en la medida autorizada por el paciente; (2) como sea necesario para la administración del Plan incluido el examen y pago de solicitudes y la determinación de apelaciones; o (3) según lo autorice o lo requiera la ley. En la medida en que se use o revele la información médica protegida (*protected health information*: PHI), el Fondo usará o revelará solo la PHI necesaria para lograr el objetivo de tal uso o revelación.

El Fondo ha adoptado Normas de confidencialidad, las cuales figuran por escrito, en las que se indican las reglas y procedimientos que ha establecido para proteger su información médica personal, tal como lo requieren las leyes aplicables. Esta política de privacidad se estipula en el siguiente aviso y se incorpora por la presente como parte del plan.

Si tiene alguna pregunta acerca de su plan, comuníquese con la Oficina del Fondo. Si tiene preguntas sobre las presentes afirmaciones o sus derechos bajo ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos de la Oficina del Fondo, comuníquese con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE.UU. (*Employer Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor*), que figura en la guía telefónica, o con la División de Asistencia e Investigaciones Técnicas de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados, Departamento de Trabajo de los EE.UU. (*Division of Technical Assistance and Inquiries, Employer Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor*), 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades bajo ERISA si llama al número de teléfono directo para solicitar publicaciones de dicha Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados.

Ayuda con sus preguntas

Bajo ERISA, usted puede tomar medidas para hacer valer los derechos mencionados más arriba. Por ejemplo, si usted solicita una copia de documentos del Plan o el último Informe anual del Plan, y no los recibe dentro de 30 días, puede entablar juicio en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podrá requerir de la Oficina del Fondo que proporcione los documentos y que le pague a usted hasta \$110 por día hasta que los reciba, a menos que no hubieran sido enviados por razones ajenas al control de dicha Oficina. Si usted tiene una solicitud por beneficios que ha sido denegada o ignorada, total o parcialmente, podrá entablar juicio en un tribunal estatal o federal. Además, si usted no está de acuerdo con la decisión del Fondo, o con la falta de tal decisión, respecto de la situación condicional de una orden de proporcionar seguro médico a sus hijos, puede entablar un juicio en un tribunal federal. Si los fiduciarios del Plan utilizaran indebidamente los fondos del Plan, o si se discriminan contra usted por afirmar sus derechos, puede solicitar la asistencia del Departamento de Trabajo de los EE.UU., o puede entablar juicio en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar las costas judiciales y los honorarios de abogado. Si usted gana el caso, el tribunal podrá ordenar a la persona contra la cual usted entabla juicio que pague dichas costas y honorarios. Si usted pierde, el tribunal podrá ordenarle que pague dichas costas y honorarios si, por ejemplo, determina que su demanda es frívola.

Si su solicitud de beneficios es denegada o dejada de lado, total o parcialmente, usted tiene derecho a saber las razones para ello, a obtener gratuitamente copias de documentos relativos a la decisión, y a apelar por cualquier denegación, todo esto dentro de ciertos límites de tiempo.

Haga valer sus derechos

de ninguna otra manera para impedirle obtener un beneficio o ejercer sus derechos bajo ERISA.

Además de crear derechos para los participantes en un plan, la ley ERISA impone deberes a los responsables de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su plan, denominados “fiduciarios” del plan, tienen el deber de manejarlo prudentemente en el interés de usted y de los demás participantes y beneficiarios del mismo. Nadie, ni su empleador, ni su sindicato, ni ninguna otra persona puede despedirlo ni discriminar contra usted

Acciones prudentes por los fiduciarios del Plan

Continuar la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o dependientes en el caso de que pierda la cobertura bajo el Plan a causa de un evento determinante. Usted y sus dependientes podrán tener que pagar por esa cobertura. Puede revisar este Resumen de la Descripción del Plan y de los documentos que lo rigen, en lo que respecta a las reglas que estipulan sus derechos de continuación de la cobertura bajo COBRA.

También tiene derecho a la reducción o eliminación de períodos de exclusión de la cobertura en el caso de condiciones preexistentes bajo su plan colectivo médico, si usted tiene una cobertura acreditable de otro plan. Usted deberá recibir un certificado de cobertura acreditable, sin cargo alguno, de su plan colectivo médico o de su asegurador médico cuando pierda la cobertura bajo el Plan, cuando tenga derecho a la continuación de la cobertura bajo COBRA, cuando esta continuación de la cobertura bajo COBRA cese, si usted lo solicita antes de perder la cobertura, o si lo solicita dentro de los 24 meses subsiguientes a tal pérdida. Si no tiene pruebas de cobertura acreditable, podrá estar sujeto a exclusión por condición preexistente durante 12 meses (18 meses para los inscritos tardíamente) después de su fecha de inscripción en su cobertura.

Continuar la cobertura del Plan médico grupal

Obtener, pidiéndolas por escrito a la Oficina del Fondo, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluso convenios colectivos, y copias del más reciente informe anual (Formulario Serie 5500) presentado por el Departamento del Trabajo de EE.UU. y de la versión actualizada del Resumen de la Descripción del Plan. La Oficina del Fondo podrá cobrar un importe razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del Fondo. La Oficina del Fondo está obligada por ley a suministrar a cada participante un ejemplar de dicho informe anual resumido.

Examinar, gratuitamente, en la Oficina del Fondo y en otros lugares especificados, tales como los lugares de trabajo y locales de sindicatos, los documentos que rigen el plan, incluidos los contratos de seguros y acuerdos de negociación colectiva, y copias de los documentos depositados por el Plan en el Departamento de Trabajo de los EE.UU.

Recibir información sobre su plan y beneficios

Como participante del Metropolitan D.C. Paving Industry Employees Health and Welfare Fund, tiene ciertos derechos y protecciones de acuerdo con la Ley de garantía de ingresos por jubilación del empleado, aprobada 1974, según enmendada (ERISA). Según ERISA, los participantes del plan tendrán los siguientes derechos:

La siguiente declaración de derechos bajo ERISA es requerida por las leyes y regulaciones federales:

DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE ERISA

- (d) Una vez que la Oficina del Fondo reciba una solicitud después de la denegación final mencionada arriba, serán aplicables los procedimientos del Fondo para solicitudes y apelaciones.
- (c) La solicitud debe presentarse a la Oficina del Fondo dentro del año subsiguiente a la denegación final de indemnización por accidentes en el trabajo.
- (b) El participante debe agotar todos los recursos administrativos de indemnización por accidentes en el trabajo antes de que el Fondo considere la solicitud.
- (a) El participante debe notificar al Fondo dentro de treinta (30) días de sufrida una lesión por la cual se haya presentado una solicitud de indemnización por accidentes en el trabajo.

Para que una solicitud de indemnización por accidentes en el trabajo que hubiera sido denegada sea elegible para su pago por el Fondo, deben seguirse los procedimientos indicados a continuación:

Denegación de solicitud de indemnización por accidentes en el trabajo

Causa de circunstancias especiales es necesario prorrogar el plazo para el examen por los Síndicos o el Comité, se le notificará por escrito.

La Junta Directiva examinará su apelación en su reunión trimestral inmediatamente subsiguiente al recibo de tal apelación, a menos que ésta sea recibida por la Oficina del Fondo dentro de los 30 días de la fecha de la reunión. En tal caso, su apelación será examinada en la segunda reunión trimestral subsiguiente al recibo de la apelación. Si así lo desea, usted puede comunicarse con la Oficina del Fondo acerca de la fecha de la próxima reunión, para poder presentar su apelación a tiempo de modo que se la considere en esa reunión. Si a

usted no está de acuerdo con una norma, determinación o acción del Fondo, puede pedir a la Junta Directiva que examine tal norma, determinación o acción, presentando una apelación por escrito a los Síndicos. Deberá indicar el motivo de su apelación, y presentar cualquier documentación corroborante. Su apelación por escrito debe presentarse dentro de los 60 días de que se haya enterado de una norma, determinación o acción del Fondo con la que no esté de acuerdo, y que no sea una denegación de beneficios. La Junta Directiva tendrá la autoridad y discreción exclusiva para interpretar y aplicar la norma, determinación o acción del Fondo.

Normas, determinaciones o acciones del Fondo

La decisión de la Junta Directiva en cuanto al examen o apelación será definitiva y obligatoria para todas las partes, incluida cualquier persona que reclame un beneficio en nombre de usted, y no podrá haber otra apelación. En el caso de circunstancias especiales, la Junta Directiva podrá determinar que corresponde volver a considerar una solicitud o apelación basándose en información con la que no se contaba inicialmente. La Junta tiene plena discreción y autoridad para determinar si se justifica una nueva consideración. También tiene plena discreción y autoridad para determinar todos los asuntos relacionados con los beneficios provistos conforme a este Resumen de la Descripción del Plan, incluidas las cuestiones de cobertura, elegibilidad e interpretación de los términos de los documentos, normas y reglas del Fondo. La Junta tendrá plena autoridad y discreción para determinar si un beneficio está cubierto o sujeto a reembolso conforme al plan. Si la Junta deniega su apelación relativa a una solicitud, y usted decide solicitar una revisión judicial, la decisión de la Junta estará sujeta a una revisión judicial limitada para determinar solamente si la decisión fue arbitraria y caprichosa.

Discreción y autoridad de los Síndicos para tomar decisiones definitivas y obligatorias

(f) Si la determinación adversa se basa en una determinación de necesidad médica o un tratamiento experimental, o una exclusión o limitación similar, se suminstrará una explicación del criterio científico o clínico para la determinación aplicando los términos del Fondo a las circunstancias médicas de los solicitantes, o una declaración de que tal explicación será provista gratuitamente a solicitud.

(e) Si la determinación adversa se ha basado en una regla interna, una directriz, un procedimiento, un protocolo u otro criterio similar, debe presentarse la regla específica, la directriz, etc., o una declaración de que la determinación adversa se basó en la regla, etc., y suministrarse gratuitamente una copia de la regla, etc., al solicitante a pedido de éste;

(d) Una declaración sobre el derecho del solicitante a entablar una acción conforme a ERISA;

(c) Una declaración en el sentido de que el solicitante tiene derecho a recibir, a su solicitud y gratuitamente, un acceso razonable a los documentos, antecedentes y demás información relacionada con su solicitud de beneficios, y copias de los mismos;

(b) Referencia a las disposiciones específicas del Fondo en las que se basa la determinación;

(a) La razón o razones concretas para la determinación adversa;

Las decisiones sobre apelaciones se darán por escrito. Si la apelación es relativa a una solicitud posterior al servicio, la decisión debe enviarse dentro de los cinco días subsiguientes a la reunión de la Junta Directiva en la que se haya tomado la decisión. Si la apelación es relativa a una solicitud de atención urgente o a una solicitud anterior al servicio, debe notificarse al solicitante dentro de los plazos indicados más arriba. Si la apelación es denegada, total o parcialmente, en la notificación por escrito de la decisión debe figurar la información siguiente, la cual debe expresarse de manera inteligible para el solicitante:

Notificación de apelación de la determinación

● identificará los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se haya obtenido en nombre del Fondo en relación con la determinación adversa de beneficios sin considerar si la determinación tomada se basó en tal asesoramiento.

● incluirá, cuando decida sobre una solicitud basada total o parcialmente en un dictamen médico (incluidas las determinaciones sobre si un tratamiento determinado, una droga u otro elemento es experimental, para fines de investigación o no es médicamente necesario o apropiado), consulta con un profesional médico que posea la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina en el que se haya basado la determinación adversa de beneficios inicial. Dicho profesional no será la persona que haya sido consultada en relación con la determinación adversa de beneficios inicial, ni un subordinado de la misma; e

(f) Si la determinación adversa se basa en una determinación de necesidad médica o un tratamiento experimental, o una exclusión o limitación similar, se suministrará una explicación del criterio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Fondo a las circunstancias médicas del solicitante, o una declaración de que tal explicación será proporcionada sin costo alguna, a su solicitud;

(e) Si la determinación adversa se ha basado en una regla interna, una directriz, un procedimiento, un protocolo u otro criterio similar, debe presentarse la regla específica, la directriz, etc., o una declaración de que la determinación adversa se basó en la regla, etc., y suministrarse gratuitamente una copia de la regla, etc., al pedir la el solicitante;

(d) Una descripción de los procedimientos de examen y de las fechas límites del Fondo aplicables a tales procedimientos, incluida una declaración de los derechos del solicitante a entablar una acción civil conforme a ERISA después de haberle sido denegada una apelación;

(c) Una descripción de los documentos o información adicionales necesarios para que el solicitante perfeccione la solicitud, y una explicación de por qué tales documentos o información son necesarios;

(b) Referencia a las disposiciones específicas del Resumen de la Descripción del Plan en las que se basa la determinación;

(a) La razón o razones concretas para la determinación adversa de los beneficios;

Si el Fondo examina una solicitud y toma una determinación adversa de los beneficios, el Agente Administrativo notificará al solicitante por escrito o electrónicamente. Las notificaciones deben incluir la siguiente información, escrita de una manera que sea comprensible para el solicitante:

Notificación de la determinación relativa a la solicitud

(e) Reclamaciones de beneficios por fallecimiento. Si el solicitante no sigue los procedimientos del Fondo para presentar una reclamación de beneficios por fallecimiento, se le deberá notificar de los procedimientos debidos dentro de un periodo razonable que no podrá exceder de los 30 días.

(d) Reclamaciones de beneficios semanales por accidente y enfermedad. Si el solicitante no sigue los procedimientos del Fondo para presentar una reclamación de beneficios semanales por accidente y enfermedad, se le deberá notificar de los procedimientos debidos dentro de un periodo razonable que no podrá exceder de los 45 días.

Si el solicitante no ha presentado la información suficiente y necesaria para decidir sobre la reclamación posterior al servicio, la Oficina del Fondo podrá requerir la prórroga de 15 días descrita más arriba, y la notificación por escrito de la prórroga deberá describir concretamente tal información necesaria. El solicitante deberá contar con por lo menos 45 días después de recibir la notificación para suministrar dentro de ese plazo la información especificada.

(c) Reclamaciones posteriores al servicio. Si el solicitante no cumple con los procedimientos del Fondo para presentar una reclamación posterior al servicio, se le deberá notificar de los procedimientos debidos dentro de un período razonable que no podrá exceder de los 30 días.

Si el solicitante no ha proporcionado suficiente información necesaria para decidir sobre la reclamación previa al servicio, la Oficina del Fondo podrá tratar de obtener la prórroga de 15 días descrita más arriba, y la notificación por escrito de la prórroga deberá describir específicamente la información requerida. El solicitante deberá contar con por lo menos 45 días después de recibir la notificación para suministrar dentro de ese plazo la información especificada.

(b) Reclamaciones previas al servicio. Si el solicitante no cumple con los procedimientos del Fondo para presentar una reclamación previa al servicio, se le debe notificar de los procedimientos debidos dentro de los 5 días de que el Fondo haya recibida la reclamación. Dicha notificación podrá ser oral a menos que el solicitante pida que sea por escrito.

Si el solicitante no ha suministrado información suficiente para determinar si los beneficios son pagaderos, o en qué medida, se le deberá notificar dentro de las 24 horas de recibida la reclamación urgente sobre la información concreta necesaria para completar la reclamación. Al solicitante se le debe dar un tiempo razonable, pero no menos de 48 horas, para suministrar la información. La Oficina del Fondo debe notificar al solicitante de su determinación lo antes posible, a más tardar 48 horas después de haber recibido la información o, de ser más tarde, 48 horas después de finalizado el período permitido al solicitante para proporcionar la información especificada.

(a) Reclamaciones urgentes. Si el solicitante no sigue los procedimientos del Fondo para presentar una reclamación urgente, se le deberá notificar de los procedimientos debidos dentro de las 24 horas de que el Fondo reciba la reclamación. Dicha notificación podrá ser oral a menos que el solicitante pida que sea por escrito.

Si un solicitante no ha suministrado al Agente Administrativo toda la información necesaria para tramitar la reclamación, el Fondo se comunicará con dicho solicitante para explicarle lo que debe hacerse. A continuación se indican las fechas límite para este trámite, las cuales dependen del tipo de reclamación:

Información insuficiente del solicitante

(h) Fecha para las decisiones sobre apelaciones. La Junta Directiva o su Comité de Apelaciones examinarán las apelaciones y decidirán sobre las mismas. La Junta Directiva tendrá reuniones regulares por lo menos trimestralmente a fin de examinar las apelaciones y decidir sobre ellas. El Comité de Apelaciones examinará las apelaciones de reclamaciones urgentes y decidirá sobre las mismas dentro del periodo de 72 horas descrito en el párrafo (a) más arriba. El Comité de Apelaciones o la Junta Directiva examinarán las apelaciones de reclamaciones previas al servicio y decidirán sobre ellas dentro del periodo de 30 días descrito en el párrafo (b) más arriba. La Junta Directiva examinará las demás apelaciones y decidirá sobre ellas en su reunión trimestral regular inmediatamente siguiente a la fecha en que la Oficina del Fondo recibe tal apelación, a menos que ésta se reciba dentro de los 30 días anteriores a tal reunión. En ese caso, el examen y decisión relativos a la apelación tendrán lugar a más tardar en la fecha de la segunda reunión después de que la Oficina del Fondo haya recibido la apelación. Si a causa de circunstancias especiales fuera necesaria una nueva prórroga para la tramitación, la apelación será examinada y se decidirá sobre la misma a más tardar en la tercera reunión después de que la Oficina del Fondo haya recibido la apelación. Si tal prórroga fuera necesaria a causa de circunstancias especiales, la Oficina del Fondo notificará de tal prórroga por escrito al solicitante, describiendo las circunstancias especiales y la fecha en que se tomará la decisión, antes del comienzo de la prórroga.

el lapso para determinar el beneficio se contará desde la fecha en que la notificación de la prórroga se envíe al solicitante hasta la fecha en que el solicitante responda al pedido de información adicional. Asimismo, al tramitar una reclamación, el Fondo podrá pedir que el solicitante acepte una prórroga adicional además de la descrita más arriba. El solicitante entonces tiene discreción para permitir tal prórroga, y también para determinar su duración.

(g) Regla general para aplicar los plazos. El periodo dentro del cual debe determinarse un beneficio comienza en el momento en que se presente la reclamación, ya sea que esta incluya o no toda la información necesaria para tomar una determinación sobre los beneficios. Si se prorroga un periodo por no haber el solicitante presentado la información necesaria para la decisión,

(f) Decisiones sobre atención concurrente. La Oficina del Fondo deberá notificar al solicitante sobre la determinación adversa de beneficios con suficiente antelación a su reducción o rescisión, a fin de que el solicitante pueda apelar y obtener una determinación sobre el examen de dicha determinación adversa antes de que se reduzca o rescinda el beneficio. Los pedidos de reclamantes para que se extienda el tratamiento después del periodo o serie de tratamientos que son objeto de una reclamación de atención urgente deberán decidirse lo antes posible, y la Oficina del Fondo notificará al solicitante sobre la determinación del beneficio, ya sea adversa o no, dentro de las 24 horas de haberse recibido tal reclamación, siempre que ésta se presente por lo menos 24 horas antes de que venza el periodo de tratamiento concurrente deberán ser decididas por la Junta Directiva, y el solicitante deberá ser notificado de la decisión dentro de los plazos indicados en los párrafos (a), (b) o (h).

(e) Reclamaciones de beneficios por fallecimiento. Las reclamaciones de beneficios por muerte deben ser decididas por la Oficina del Fondo, y el solicitante debe ser notificado dentro de los 90 días de la fecha en que se reciba su reclamación. Dicho lapso puede prorrogarse hasta 90 días en el caso de circunstancias especiales, si se notifica al solicitante de tal prorroga y de las circunstancias antes de que venza el periodo inicial de 90 días. Las apelaciones por determinaciones adversas de beneficios relativas a reclamaciones de beneficios por fallecimiento deben ser decididas por la Junta Directiva, y el solicitante debe ser notificado de la decisión de acuerdo con los plazos indicados en (h) más abajo.

ser notificado de la decisión de acuerdo con los plazos indicados en (h) más abajo.

La notificación de la prorroga deberá explicar específicamente las normas en las que se basa el derecho a un beneficio, las cuestiones sin resolver que impiden adoptar una decisión sobre la reclamación, y la información adicional necesaria para resolver tales cuestiones, y que el reclamante tendrá por lo menos 45 días dentro de los cuales podrá proporcionar la información especificada. Las apelaciones por determinaciones adversas de beneficios relativas a solicitudes de beneficios semanales por accidente y enfermedad deben ser decididas por la Junta Directiva, y el solicitante debe ser notificado de la decisión de acuerdo con los plazos indicados en (h) más

(d) Reclamaciones de beneficios semanales por accidente y enfermedad. Estas reclamaciones deben ser decididas por la Oficina del Fondo, y el reclamante debe ser notificado dentro de un lapso razonable, a más tardar dentro de los 45 días de que dicha Oficina haya recibido la reclamación. Ese

(c) Reclamaciones posteriores al servicio. Las reclamaciones posteriores al servicio deben ser decididas por la Oficina del Fondo, y dicha Oficina debe notificar al reclamante dentro de los 30 días de haber recibido la solicitud. Si la Oficina del Fondo determina que hay circunstancias fuera de su control, puede aplicarse una prórroga de 15 días si la Oficina notifica de esta y de las circunstancias al solicitante antes de que venza el periodo inicial de 30 días. Las apelaciones posteriores al servicio deben ser decididas por la Junta Directiva, y el solicitante debe ser notificado de la decisión de acuerdo con los plazos indicados en (h) más abajo.

(b) Reclamaciones previas al servicio. Las reclamaciones previas al servicio deben ser decididas por la Oficina del Fondo, y dicha Oficina debe notificar al reclamante dentro de los 15 días de haber recibido la solicitud. Si la Oficina del Fondo determina que hay circunstancias fuera de su control, puede aplicarse una prórroga de 15 días si el solicitante es notificado de esta y de las circunstancias antes de que venza el periodo inicial de 15 días. Las apelaciones por determinaciones adversas de beneficios relativas a solicitudes anteriores al servicio deben ser decididas por la Junta Directiva, y el solicitante debe ser notificado de la decisión dentro de un lapso razonable máximo, a más tardar dentro de los 30 días subsiguientes a la fecha en que la Oficina del Fondo haya recibido la apelación, sin prórrogas.

(a) Reclamaciones urgentes. Las reclamaciones urgentes deben ser decididas por la Oficina del Fondo, y se debe notificar al reclamante de la decisión lo antes posible teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar 72 horas después de que la Oficina del Fondo haya recibido la reclamación. Las apelaciones por determinaciones adversas de beneficios relativas a solicitudes urgentes deben ser decididas por la Junta Directiva, y el solicitante debe ser notificado de la decisión dentro de las 72 horas de que la Oficina del Fondo haya recibido tal apelación. No se permiten prórrogas de estos plazos.

El Fondo debe cumplir con ciertas fechas límite en el manejo de solicitudes y apelaciones. Esas fechas variarán dependiendo del tipo de solicitud presentada.

Fechas límite

fueron presentados, considerados o producidos mientras se determinaban los beneficios; (3) demuestran el cumplimiento con los procedimientos administrativos del Fondo; o (4) constituyen una declaración de principios del Fondo respecto de la solicitud.

Las definiciones siguientes son importantes para entender la manera en que su reclamación o apelación serán manejadas por el Fondo, y el plazo que éste debe cumplir:

(a) "Reclamaciones urgentes" son las reclamaciones previas al servicio de atención médica o tratamiento con respecto de las cuales los plazos regulares para determinar los beneficios antes del servicio podrían poner en serio peligro la vida o la salud del solicitante, o la capacidad del solicitante para recibir sus plenas funciones. Dicha determinación debe ser tomada por una persona que, actuando en nombre del Fondo, aplique el criterio de una persona legítima. Sin embargo, cualquier solicitud de este tipo que un médico, conociendo la condición del solicitante, determine que tiene carácter urgente, será tratada como una solicitud urgente. Además, las solicitudes urgentes incluyen las que, en la opinión de un médico que conozca la condición del solicitante, hacen que el paciente sufra fuertes dolores que no pueden controlarse debidamente sin la atención o tratamiento a que se refiera la solicitud.

(b) Las "reclamaciones previas al servicio" son las de beneficios para los cuales el Fondo condiciona su provisión, total o parcial, a la aprobación previa del suminisro de atención médica (p. ej., revisión de preautorización o utilización).

(c) Las "reclamaciones posteriores al servicio" suponen el pago o reembolso de costos de atención médica que ya se ha proporcionado.

(d) "Determinación adversa de beneficios" significa cualquiera de las siguientes acciones: una denegación, reducción, rescisión, o falta de pago (total o parcial) de un beneficio, incluidas las determinaciones basadas en la elegibilidad para participar, basándose en la aplicación de un examen de utilización, o en que los servicios eran experimentales, para fines de investigación, o médicamente innecesarios.

(e) "Solicitud de atención concurrente" es una solicitud para prolongar el tratamiento hasta después del periodo o serie de tratamientos que el Fondo haya aprobado como tratamiento en curso. Dicha solicitud puede ser una solicitud urgente de atención, una solicitud anterior al servicio o una solicitud posterior al servicio.

(f) "Decisiones de atención concurrente" son las que se adoptan para rescindir o reducir beneficios otorgadas anteriormente para un tratamiento provisto durante cierto periodo o una serie de tratamientos. Dichas decisiones son tratadas como determinaciones adversas de beneficios.

(g) "Información pertinente" es la información, documentos o antecedentes que: (1) sirvieron de fundamento para la determinación de beneficios; (2)

Definiciones

El Fondo tomará todas las determinaciones de acuerdo con sus documentos aplicables, normas y reglas, y aplicará las disposiciones del Resumen de la Descripción del Plan uniformemente en lo que respecta a otros solicitantes en la misma situación.

La oficina del Fondo mantendrá registros de las determinaciones adoptadas con respecto a reclamaciones o reclamaciones, así como las interpretaciones del Fondo, de modo que en el futuro pueda recurrirse a dichas determinaciones e interpretaciones en casos que exhiban circunstancias similares.

Al presentar una reclamación o apelación, el solicitante puede ser representado por cualquier representante autorizado. Si dicho representante no fuera un abogado o un guardián nombrado por el tribunal, el solicitante deberá designar por escrito al representante. Ni el solicitante ni su representante tendrán derecho a comparecer personalmente ante la Junta Directiva a fin de presentar una apelación.

El solicitante deberá satisfacer prontamente todas las solicitudes de información o de comprobación, y de buena fe, ya que su incumplimiento se considerará causa suficiente para denegar o descontinuar los beneficios de dicha persona.

Los Sindicatos será los únicos que podrán juzgar las pruebas requeridas en cada caso, y los Sindicatos podrán ejercer su total discreción y autoridad en la aplicación e interpretación de los términos del Resumen de la Descripción del Plan, incluidas aunque sin limitarse a ellas, todas las determinaciones referentes al derecho a recibir beneficios y los derechos de los participantes y sus beneficiarios. En lo que respecta a la aplicación e interpretación del Resumen de la Descripción del Plan, la decisión de la Junta Directiva se considerará definitiva y obligatoria para todas las partes, incluidos los empleados, empleadores, sindicatos, demandantes y beneficiarios.

Si un solicitante hace una declaración falsa de importancia en su reclamación de beneficios, la Junta Directiva tendrá derecho a recuperar el monto de cualquier pago efectuado basándose en dicha declaración falsa.

Metropolitan D.C. Paving Industry Employees Health and Welfare Fund
 c/o Carday Associates, Inc.
 7130 Columbia Gateway Dr., Suite A
 Columbia, MD 21046

firmada, junto con toda la información que dicho agente hubiese pedido. La dirección a la cual deben enviarse las solicitudes de pago de beneficios es la siguiente:

El Agente Administrativo del Fondo examinará todas las solicitudes de pago de beneficios por escrito que le sean presentadas. El Agente Administrativo tendrá derecho a pedir que se le presente cualquier información necesaria, además de la presentada anexa a la solicitud, para determinar la elegibilidad del solicitante para recibir un beneficio solicitado. El Fondo no pagará ningún beneficio hasta tanto el Agente Administrativo reciba una solicitud por escrito,

Las solicitudes de beneficios deberán presentarse a la oficina del Agente Administrativo, Carday Associates, Inc., tan pronto como sea razonablemente posible después de incurrirse en gastos médicos. **Para que una solicitud de beneficios sea considerada para su pago, deberá haber sido recibida en la oficina del Agente administrativo dentro de un plazo de un año después de efectuado el gasto.** Si una solicitud de beneficios no fue presentada dentro de dicho plazo de un año se denegará su pago. Las solicitudes debidamente completadas deberán ir acompañadas por las facturas del proveedor y cualesquiera otras pruebas que pudiera requerir el Agente Administrativo.

Las solicitudes para que se determine si una persona es elegible para recibir beneficios no se considerarán solicitudes de beneficios. De igual modo, las preguntas casuales acerca de beneficios o las circunstancias en que pudieran pagarse beneficios no se considerarán solicitudes de beneficios. Salvo cuando existan circunstancias ajenas, tales como una emergencia, una indagación verbal (tal como una llamada telefónica) hecha a la Oficina del Fondo para preguntar si un servicio determinado está cubierto por el Fondo no se considerará una solicitud de beneficios válida. Tampoco se considerará solicitud de beneficios válida una indagación o solicitud, ya sea verbal o por escrito, que se dirija a alguien (incluido un Síndico) que no sea la Oficina del Fondo.

Todas las personas que solicitan beneficios del Fondo tendrán que presentar sus solicitudes, por escrito y firmadas, en los formularios que proporciona la oficina del Agente Administrativo del Fondo. Dichas solicitudes podrán ser completadas y presentadas directamente por el participante o dependiente, o por un proveedor de servicios, sujeto a las limitaciones del Fondo en materia de asignaciones.

Información general

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN Y APELACIÓN CONFORME A ERISA

- (g) La declaración del Fondo sobre los derechos de ERISA se estipula más adelante en este folleto.
- (f) La declaración del Fondo respecto de la cobertura de maternidad y para recién nacidos se estipula más adelante en este folleto.

- (7) El Fondo no pagará ningún gasto recuperable bajo el programa de Medicare;
- (8) Las lesiones sufridas durante actividades delictuosas no están cubiertas bajo el Plan;
- (9) Ser empleado de un empleador que se encuentra en mora y no ha pagado sus aportaciones al Fondo durante un período de tres (3) meses consecutivos o durante tres (3) meses de un período de seis (6) meses;
- Los Sindicatos específicamente se reservan el derecho a modificar, eliminar o añadir servicios o suministros de la Lista de beneficios suministradas a los participantes y a sus dependientes. Los Sindicatos también se reservan el derecho a dar por terminado, suspender, enmendar o modificar el Plan, parcial o totalmente, en cualquier momento, así como a adoptar nuevas normas y reglamentos o a modificar los que estuviesen vigentes. ***Nada de lo indicado en el presente folleto o en otros documentos deberá interpretarse en el sentido de que los beneficios del Fondo están garantizados.*** De acuerdo con el Convenio de Fideicomiso del Fondo, el Plan puede ser terminado, suspendido, enmendado o modificado por una mayoría de votos de los Sindicatos. Las modificaciones al Plan anteriormente mencionadas deberán quedar reflejadas en las actas de las reuniones o en el Resumen de modificaciones importantes que correspondan, en un documento por escrito retenido en los archivos del Fondo. Los Sindicatos notificarán a los participantes cuando introduzcan cambios importantes en las normas, los reglamentos, o en la lista de beneficios.
- (1) Este folleto ofrece una descripción de los derechos y las obligaciones de los participantes y beneficiarios en relación con la continuación de la cobertura.
- (m) La fuente de las aportaciones al Fondo proviene de las aportaciones hechas por los empleadores individuales de conformidad con las disposiciones de un convenio colectivo correspondiente.
- (n) El Plan es financiado por medio de aportaciones hechas al Fondo, así como por los ingresos generados por la inversión de dichas aportaciones. Todos los montos se utilizan exclusivamente para suministrar prestaciones a los empleados elegibles o sus dependientes, y al pago de todos los gastos en que se incurra con respecto a la operación del Fondo. Este es un Plan autoasegurado.
- (o) La fecha de término del año fiscal de Plan es el: 30 de septiembre.
- (p) Los procedimientos de reclamación y apelaciones del Fondo se estipulan más adelante en este folleto.

- Además, la documentación anteriormente descrita está disponible en todo momento para su inspección por los participantes y beneficiarios, en la oficina principal del Administrador del Fondo, así como en los establecimientos de empleadores en donde trabajen de ordinario más de 50 participantes cubiertos por el Plan.
- (j) Los requisitos del Fondo con respecto a la elegibilidad para participar y recibir beneficios se encuentran estipulados en este Resumen de la Descripción del Plan, en el cual se explican detalladamente las reglas para ser elegible para los beneficios y también para continuar siéndolo.
- (k) Este Resumen de la Descripción del Plan estipula las circunstancias que podrían dar lugar a la descalificación, inelegibilidad o denegación de la participación, o la pérdida, cancelación, suspensión, compensación, reducción o recuperación de los beneficios. Las mismas incluyen, entre otras, las siguientes:
- (1) El incumplimiento de los requisitos para la elegibilidad estipulados en el Plan a causa de:
 - (i) empleo insuficiente dentro de la jurisdicción del Plan;
 - (ii) empleo insuficiente por estar incapacitado durante períodos anteriores o siguientes a los períodos durante los cuales puede obtenerse crédito;
 - (2) Empleo sin cobertura (el empleador no estaba obligado a efectuar aportaciones en nombre de los empleados);
 - (3) No haber presentado prontamente y de buena fe los formularios y otros datos necesarios para corroborar una reclamación de beneficios;
 - (4) No haber presentado reclamaciones de beneficios dentro del plazo estipulado en el Plan;
 - (5) Una afirmación falsa importante puede tener como resultado la denegación de una reclamación de beneficios;
- (6) El ingreso en las Fuerzas Armadas hará que termine la elegibilidad bajo el Plan, excepto según lo requiera la Ley de Empleo y Recontratación de Miembros de los Servicios Uniformados ("USERRA");

Metropolitan D.C. Paving Industry
 Employeess Health and Welfare Fund
 c/o Carday Associates, Inc.
 7130 Columbia Gateway Dr., Suite A
 Columbia, MD 21046
 (410) 872-9500

(g) El nombre y la dirección de la persona designada como agente para recibir notificaciones de comparecencia judicial es:

Dinah S. Leventhal, Esq.
 O'Donoghue & O'Donoghue LLP
 4748 Wisconsin Avenue, N.W.
 Washington, D.C. 20016

Las notificaciones de comparecencia judicial también pueden ser dirigidas a un Síndico del Fondo o al Administrador del Fondo.

(h) Se indican a continuación el nombre, título y dirección de la oficina principal de cada Síndico del Fondo:

SÍNDICOS DEL SINDICATO	
David Allison Baltimore Washington District Council LUNA 11951 Freedom Drive, Ste 310 Reston, VA 20190	Ralph Kew Fort Myer Construction Company 2237 33 rd Street, NE Washington, DC 20018
Dennis Desmond Laborers' Local 11 5201 1 st Place, NE Washington, DC 20011	Lewis Shrensky Fort Myer Construction Company 2237 33 rd Street, NE Washington, DC 20018
Juan Carlos Jimenez Cement Masons Local 891 1517 Kenilworth Avenue, NE Washington, DC 20019	Daniel Mullally Civil Construction LLC 2413 Schuster Drive Hyattsville, MD 20781

(i) El Fondo funciona conforme a uno o más convenios colectivos, y los participantes y beneficiarios pueden obtener una copia de tales acuerdos solicitándolos por escrito al Administrador del Fondo. El Fondo impondrá un

La Sección 102 de la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA, por sus siglas en inglés) en su forma enmendada, que fuera aprobada en 1974, requiere la siguiente información:

Resumen de la Descripción del Plan

(a) El nombre del plan es Metropolitan D.C. Paving Industry Employees Health and Welfare Fund.

(b) El nombre y la dirección de la junta directiva conjunta integrada por representantes de las partes que establecieron o mantienen el plan es:

Joint Board of Trustees
Metropolitan D.C. Paving Industry
Employees Health and Welfare Fund
c/o Carday Associates, Inc.
7130 Columbia Gateway Dr., Suite A
Columbia, MD 21046

El Plan lo mantienen empleadores obligados a hacer aportaciones al Fondo de conformidad con convenios colectivos firmados con ciertas organizaciones de empleados. Los participantes y beneficiarios pueden obtener del Administrador del Plan, pidiéndola por escrito, una lista completa de los empleadores y organizaciones de empleados que patrocinan el plan. Los participantes y beneficiarios pueden también recibir del Administrador del Plan, pidiéndola por escrito, información que indique si un empleador determinado o una organización de empleados es patrocinadora del Fondo y, de ser así, la dirección de dicho patrocinador.

(c) El número de identificación de empleador asignado por el Servicio de Rentas Internas al Fondo es el: 56-6098777. El número de Plan asignado por la Junta Directiva Conjunta es: 501.

(d) Este Fondo de bienestar proporciona cobertura para hospitalización, atención médica, medicamentos recetados, atención dental y de la vista, ingresos por incapacidad y beneficios por fallecimiento.

(e) La administración diaria del Fondo se encuentra a cargo de un administrador contratado para ello, Carday Associates, Inc.

(f) El nombre, la dirección y el número telefónico del Administrador del Fondo es:
Joint Board of Trustees

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL PLAN

1. Se sumarán intereses al monto adeudado a razón del 6% anual; y
 2. si todavía no se ha hecho el pago una vez transcurridos noventa (90) días, se dará por terminada la elegibilidad del empleado; y
 3. la elegibilidad del empleado no será restablecida sino hasta 12 meses después de la fecha en que efectúe el reembolso, tras lo cual deberá trabajar suficientes horas para cumplir con la regla relativa al restablecimiento de la elegibilidad.
 4. todas las reclamaciones de beneficios que se presenten al Fondo para su pago durante el plazo de 90 días previo a la pérdida de la elegibilidad, tal como se indica bajo el número 2, serán aplicadas al monto del reembolso adeudado por el empleado.
 5. Los Sindicatos se reservan el derecho de hacer exenciones en relación con una o todas estas disposiciones, total o parcialmente.
- Todo empleado que, por error o tergiversación, recibiera pagos del Fondo para sí mismo o sus dependientes o dependientes anteriores, deberá reembolsar inmediatamente al Fondo al así solicitársele. El incumplimiento de dicho reembolso dentro de un plazo de 30 días dará lugar a las sanciones siguientes.

SANCIÓNES POR LA FALSIFICACIÓN DE RECLAMACIONES DE BENEFICIOS POR GASTOS MÉDICOS O POR LA NO DEVOLUCIÓN DE MONTOS PAGADOS DE MÁS

Vea la sección Procedimiento para presentar reclamaciones y apelaciones conforme a ERISA en este folleto para obtener información más completa.

Le recomendamos que presente sus formularios de solicitud a la mayor brevedad posible.

NO SE PAGARÁN LAS RECLAMACIONES DE BENEFICIOS QUE SEAN PRESENTADAS A LA OFICINA DEL FONDO MÁS DE UN AÑO DESPUÉS DE LA FECHA EN QUE FUERON COMPLETADOS O EN QUE SE RECIBIERON LOS SERVICIOS.

PAGO DE RECLAMACIONES DE BENEFICIOS

!Presente su reclamación inmediatamente!

1. Obtenga sus datos del Administrador. Complete la parte que corresponde al empleado y firme el formulario.
 2. Haga que su médico o el hospital llenen el formulario.
 3. Cuando reciba tratamiento del médico o del hospital, examine detenidamente su factura, a fin de asegurarse de que efectivamente recibió el tratamiento y los servicios que le están cobrando.
 4. Firme solamente un formulario de solicitud por cada visita que haga al médico. No es necesario firmar más de un formulario por cada consulta médica.
 5. Adjunte al formulario todos los recibos y facturas.
 6. Si desea que el Fondo le pague directamente al proveedor del servicio, deberá firmar también la asignación de beneficios en cada formulario.
 7. Si el pago debe efectuarse directamente a usted, los recibos pagados deberán acompañar al formulario.
 8. Envíe el formulario por correo a la Oficina del Fondo:
- CARDAY ASSOCIATES, INC.**
7130 COLUMBIA GATEWAY DR, SUITE A
COLUMBIA, MD 21046
- El Agente administrativo tendrá a mano un formulario de reclamación de beneficios para su uso en caso de accidente y enfermedad, beneficios por gastos médicos, y rayos X y exámenes de laboratorio para diagnóstico. El formulario de reclamación del beneficio por fallecimiento también deberá obtenerse directamente de la Oficina del Fondo.

¿Qué sucede si no sigue los procedimientos requeridos del Programa de Administración de Utilización

Si no sigue los procedimientos requeridos de la Administración de Utilización indicados anteriormente, su reclamación de beneficios se remitirá a la compañía de Administración de Utilización para someterse a una revisión retrospectiva para determinar si los servicios son necesarios por razones médicas.

Si la compañía de Administración de Utilización determina que los servicios no son necesarios por razones médicas, no se pagarán beneficios del Plan por dichos servicios.

Si la compañía de Administración de Utilización determina que los servicios son necesarios por razones médicas, los beneficios del Plan se pagarán por dichos servicios. Sin embargo, usted tendrá que pagar hasta \$100 adicionales para cubrir el costo de los servicios, además del coaseguro que corresponda.

Nota: El Administrador, el Plan y la compañía de Administración de Utilización no practican la medicina, y ninguno es responsable de la calidad de los servicios de atención médica provistos, tanto si están certificados por la compañía de Administración de Utilización como necesarios por razones médicas como si no lo están.

Todas las decisiones de tratamiento dependen de usted y su médico. Debe seguir el ciclo de tratamiento que usted y su médico consideren más apropiado, incluso si la compañía de Administración de Utilización no certifica el tratamiento médico propuesto, la hospitalización o el internamiento en un centro de atención médica especializada según sea Médicamente Necesario. Sin embargo, los beneficios pagaderos por el Plan podrían verse afectados por la determinación de la compañía de Administración de Utilización.

IMPORTANTE

La recomendación de su médico para una cirugía, hospitalización, internamiento en un centro de atención médica especializada u otros servicios o suministros médicos no significa que los servicios o los suministros recomendados se vayan a considerar como necesarios por razones médicas para determinar la cobertura de los beneficios médicos bajo el Plan.

La compañía de Administración de Utilización no diagnostica ni trata padecimientos médicos, válida la elegibilidad para la cobertura ni garantiza el pago de los beneficios. La certificación de la compañía de Administración de Utilización no garantiza el pago de los beneficios. El pago de los beneficios esta sujeto a los términos y las condiciones del Plan descritos en este documento. Por ejemplo, los beneficios no serán pagaderos si la elegibilidad de su cobertura terminó antes de que se proporcionaran los servicios o si los servicios no estaban cubiertos por el Plan parcial o totalmente.

La compañía de Administración de Utilización determina si un ciclo de atención o tratamiento es Médicamente Necesario o no, con respecto a las condiciones del paciente y dentro de los términos de este Plan.

- la necesidad y la conveniencia de la permanencia en el hospital, y
- la necesidad y la conveniencia de la permanencia en el servicios médicos y quirúrgicos propuestos.

El Programa de Administración de Utilización actualmente está administrado por American Health Holdings. Los profesionales de atención médica de la compañía de Administración de Utilización se enfocan en:

de casos puede incluir la aprobación previa para el tratamiento, la planificación del alta y la revisión del procedimiento psiquiátrico, entre otras cosas.

Diseño de Plan Preferido, el cual exige que use medicamentos especializados de más bajo costo antes de probar los medicamentos más costosos (de manera similar al programa de Terapia por Etapas con Medicamentos Genéricos explicado anteriormente).

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN

El Programa de Administración de Utilización (AM) está diseñado para ayudar a controlar los costos cada día mayores de la atención médica al evitar los servicios o tratamientos innecesarios que son más costosos que otros tratamientos eficaces que están disponibles. Si no sigue estos procedimientos, tendrá que pagar de su propio bolsillo, además de los coaseguros.

Antes de cualquier hospitalización programada, usted o su médico tiene que llamar a American Health Holdings para obtener la aprobación previa a la admisión. American Health Holdings revisará el plan de tratamiento propuesto con su Médico para garantizar que su atención sea la adecuada. Consulte su tarjeta de identificación de miembro del plan médico para obtener el teléfono que necesita para llamar y pedir la certificación previa.

En caso de una emergencia (una situación en la que peligre la vida), vaya directo al hospital. Usted o un miembro de la familia debe notificar a American Health Holdings antes de que transcurran 48 horas de la atención de emergencia.

El Programa de Administración de Utilización del Plan consiste en:

- La revisión de certificación previa de los servicios médicos propuestos antes de que se brinden los servicios.
- Algunos médicos pueden obtener la certificación previa por usted. Sin embargo, usted es responsable de garantizar que los servicios de hospital se hayan certificado previamente. Por lo tanto, usted debe confirmar la certificación previa con su médico antes de su ingreso en el hospital.
- Si está embarazada, debe llamar aproximadamente 30 días antes de la fecha de dar a luz y después volver a llamar 48 horas antes de ingresar al hospital para el alumbramiento.

- La Administración de Casos, mediante la cual el paciente, la familia del paciente, el médico y/u otros proveedores de atención médica colaboran con la compañía de Administración de Utilización para coordinar un plan de tratamiento de calidad, oportuno y económico. Los servicios de administración de casos pueden ser especialmente útiles para los pacientes que requieran servicios médicos complejos de alta tecnología. La administración

dispensen el medicamento nuevamente o llame al número de llamada gratuita de la unidad de envíos por correo. Usted recibirá sus pedidos de medicamentos recetados tantas veces como su médico lo considere necesario y lo indique en la receta original.

Terapia por etapas con medicamentos genéricos

Este programa ahorra costos al exhortar a usted y a su médico a elegir un medicamento genérico de más bajo costo como primera etapa del tratamiento de su afección médica. Algunas afecciones médicas tienen muchas opciones de tratamiento que varían en costos. El simple hecho que un medicamento más, no significa que funcione mejor. La Terapia por Etapas con Medicamentos Genéricos ayuda a garantizar que primero se usen medicamentos eficaces y a buen precio.

Con la Terapia por Etapas con Medicamentos Genéricos, si usted elige quedarse con su medicamento de marca actual de más alto costo, es posible que tenga que pagar el precio completo si no ha probado una opción genérica para el tratamiento de su afección médica. En el caso de algunas afecciones médicas, es posible que tenga que probar dos opciones genéricas antes de que el Fondo cubra el medicamento de marca.

Puede informarse más sobre la Terapia por Etapas con Medicamentos Genéricos de un video corto: www2.caremark.com/siteour/steptherapy/. También puede visitar www.caremark.com y hacer clic en "Find Savings and Opportunities" (Encontrar Ahorros y Oportunidades) O llamar al número gratuito al dorso de su tarjeta de identificación para recetas

Medicamentos especializados

En algunas ocasiones, ciertas afecciones médicas requieren que se usen medicamentos especiales, lo cual es sumamente costoso para el Fondo. Un medicamento especializado es uno que se deriva biológicamente y que se encuentra en la lista de medicamentos especializados que mantiene CVS/Caremark.

Para controlar el uso de medicamentos especializados por los participantes, el Fondo participa en el "Programa de Directrices de Control del Uso de Medicamentos Especializados" de CVS/Caremark. Mediante este programa, todos los medicamentos especializados deben ser surtidos por farmacias dedicadas de CVS/Caremark.

Puede encontrar una lista de las farmacias especializadas de CVS/Caremark en: www.caremark.com. El Fondo también participa en la característica de

➤ Para volver a hacer a hacer un pedido envíe la tarjeta para que le

recetas le llegaran entonces por correo. la dirección que figura en el formulario de pedido. Sus medicamentos de CVS/Caremark encargada de enviar los medicamentos por correo, a la unidad

➤ Llene el formulario y envíelo por correo junto con la receta, a la unidad formularios del plan]).

➤ Obtenga el formulario para pedir medicamentos recetados por correo de la Oficina del Fondo, CVS/Caremark o en línea (en www.caremark.com, haga clic en "Print Plan Forms" [Imprimir formularios del plan]).

Cómo recibir medicamentos recetados por correo

Genéricos:	\$10
De marca:	\$30
No del formulario:	\$60

Los copagos por los medicamentos enviados por correo (un suministro de hasta 90 días) son los siguientes:

La primera vez que compre un medicamento de mantenimiento, pídale a su médico que le dé dos recetas. Una de ellas será para 14 días y usted podrá comprarla en una farmacia participante con su tarjeta de medicamentos con receta. La otra le servirá para pedir un mayor número de dosis a través del programa de medicamentos enviados por correo, el cual le enviará una cantidad máxima suficiente para 90 días.

Medicamentos de mantenimiento comprados a través del Programa de Pedidos por Correo

Presente su receta de medicamentos de mantenimiento en una farmacia CVS y recibirá un suministro de hasta 90 días por el mismo copago de un pedido por correo.

Medicamentos de mantenimiento comprados en CVS

Los medicamentos de mantenimiento se deben comprar en farmacias CVS o mediante el programa de pedidos por correo. "Medicamentos de mantenimiento" son aquellos que se recetan para un período prolongado y son necesarios para mantener la buena salud. Entre éstos figuran los administrados para tratar la hipertensión, la diabetes y la artritis. Se le permitirá comprar un suministro de menos de 90 días de un medicamento de mantenimiento únicamente dos veces. Después de ello, se le requerirá comprar un suministro de 90 días en una farmacia CVS o mediante el programa de pedidos por correo.

Medicamentos de mantenimiento y pedidos por correo

Cuando usted o uno de sus dependientes elegibles necesite que le dispensen una receta, deberá presentar su tarjeta a la farmacia participante junto con la receta. Recuerde que la tarjeta solo puede ser usada en nombre de personas elegibles bajo el Fondo. El uso no autorizado o fraudulento de su tarjeta para obtener medicamentos con receta motivará la cancelación inmediata de sus beneficios de medicamentos con receta y podría ocasionar que el fondo solicite que le reintegren las reclamaciones pagadas.

Todos los empleados cubiertos recibirán una tarjeta de identificación para medicamentos con receta, la cual tendrá validez mientras los empleados sean elegibles bajo el Fondo. Esta tarjeta también cubre a los familiares elegibles.

Tarjeta de identificación para medicamentos con receta

- medicamentos de venta sin receta médica ("de venta libre"),
- aunque los recete un médico;
- medicamentos que CVS/Caremark considera excluidos y para los cuales el médico recetante no obtuvo autorización previa;
- vitaminas, minerales, suplementos dietéticos, medicamentos dietéticos, etc.;
- medicamentos cuyo objeto principal es de tipo cosmético;
- Nicorette, Habitrol u otros medicamentos recetados para dejar de fumar;
- dispositivos o aparatos terapéuticos;
- agujas hipodérmicas o jeringas (excepto las que sirven para inyectar insulina);
- medicamentos para la fertilidad;
- diagnósticos;
- Rogaine, solución de Minoxidil, ni otros medicamentos para promover el crecimiento del cabello;
- medicamentos formulados genéricamente;
- Viagra (o su equivalente genérico) u otros medicamentos recetados para la disfunción o deficiencia sexual.
- terapia hormonal para el crecimiento (excepto en los casos de deficiencia hormonal del crecimiento en niños – cubierto bajo Beneficios por gastos mayores, con las restricciones indicadas anteriormente)
- SpinaRaza (se puede cubrir bajo Gastos Médicos Mayores bajo las circunstancias correspondientes con autorización previa)

El Fondo no cubre:

Gastos de medicamentos recetados NO CUBIERTOS

Su médico puede solicitar información adicional u optar por iniciar el proceso de autorización previa en nombre suyo llamando al (800) 294-5979.

También se requiere autorización previa para todas las recetas de medicamentos compuestos que cuesten \$300 o más. Los compuestos pueden contener sustancias que no han sido sometidas a rigurosas pruebas de seguridad o eficacia, y no todos los compuestos han sido aprobados por la FDA para uso por la vía de administración recetada. La exclusión de ciertos ingredientes y la determinación de cobertura por medio de un proceso de autorización previa ayuda a garantizar que la cobertura este disponible para ingredientes compuestos que sean seguros y tengan probabilidad de ser eficaces para el uso previsto. La cobertura de ciertas sustancias químicas de compuesto (pólvos y bases de compuesto a granel) será excluida del beneficio de receta médica.

CVS/Caremark excluye de la cobertura ciertos medicamentos recetados. Por lo general, estos son medicamentos de marca para los cuales existe una alternativa más económica. Puede obtener de la Oficina del Fondo una lista de los medicamentos excluidos. La lista de medicamentos excluidos está sujeta a cambios. El Fondo proveerá cobertura por estos medicamentos excluidos únicamente si el médico que receta obtiene autorización previa de CVS/Caremark al indicar que el medicamento en particular es clinicamente necesario para el paciente. El monto de copago por medicamentos excluidos para los cuales se obtenga autorización previa será \$30.00.

Medicamentos excluidos y autorización previa

Genéricos:	\$ 5.00
De marca:	\$15.00
No preferidos:	\$30.00

En resumen, su copago por un suministro de 30 días comprados en una farmacia participantes, según el medicamento por el que usted o su médico opten asciende a:

Su copago por un medicamento de marca que figure en la lista será de \$15.00. Si usted adquiere un medicamento de marca *que no está incluido en la lista (no preferido) su copago será de \$30.00.*

equivalente genérico y este figura en la lista de medicamentos recetados preferidos establecida por CVS/Caremark, el Fondo tendrá derecho a recibir un descuento de la compañía que lo fabrica. Tal descuento se utilizará para compensar los costos que supone para el Fondo el Programa de medicamentos recetados.

PROGRAMA DE TARJETA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

El programa de tarjeta para medicamentos del Fondo se proporciona a través de CVS/Caremark y, una vez que usted sea elegible bajo el Fondo, recibirá su correspondiente tarjeta y una lista de farmacias participantes. Algunos términos y limitaciones importantes del programa de tarjeta para medicamentos recetados se describen a continuación.

Gastos de medicamentos recetados que están cubiertos

Los beneficios se pagan por cualquier medicamento genérico que sea *médicamente necesario*, esté aprobado por la FDA y haya sido recetado por un médico con licencia. *Médicamente necesario* significa que el medicamento debe ser recetado para tratar un malestar, una lesión, enfermedad o condición. Aprobado por la FDA significa que dicho medicamento ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) por considerarlo seguro y eficaz para el tratamiento de ciertas enfermedades o afecciones.

Los beneficios están disponibles solo para medicamentos para los cuales se requiere una receta. Los medicamentos de venta libre tales como aspirina o antiácidos no están cubiertos por el programa de medicamentos recetados.

Farmacias participantes

Usted deberá adquirir su medicamentos recetados en una farmacia que participe en el Programa de medicamentos recetados ofrecido por CVS/Caremark y pagar el copago que corresponda. El Fondo pagará el saldo de la **farmacia que no participa, el Fondo no le reembolsará ninguna porción del costo de la receta.**

Copagos

Los copagos varían dependiendo de que opte por adquirir un medicamento **genérico, de marca, o no preferido**. Un medicamento **genérico** es químicamente similar al de marca y se pone a la venta al expirar la patente de este último. Su costo es generalmente menor. Un medicamento **de marca** es aquel que se halla protegido por una patente y otras compañías no pueden fabricarlo mientras no expire dicha patente (a menos que obtengan la autorización de los propietarios de la patente).

Cuando a usted le prescriben un medicamento de marca que no tiene

Pedir a la Oficina del Fondo un formulario de elegibilidad para recibir atención de la vista. Este formulario deberá ser completado por el médico y devuelto a la Oficina del Fondo antes de que podamos efectuarle el reembolso de sus gastos.

Para recibir sus beneficios de atención de la vista deberá primero:

Usted puede optar por los servicios del médico que prefiere (optómetra, oculista, u oftalmólogo), y se le reembolsarán sus gastos hasta el monto máximo anual de \$200.00 por persona, o sea usted y sus dependientes elegibles.

2. un par de lentes (anteojos) y su marco, si fuera necesario.

1. un examen completo de la vista practicado por un optómetra u oftalmólogo debidamente facultado; y

A continuación figuran los beneficios a que usted y su familia tienen derecho **anualmente** a través del Fondo:

BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA

El Fondo pagará los exámenes dentales, proflaxis (limpieza), empastes (tapaduras) y otros servicios odontológicos que se le suministren a usted o a sus dependientes, hasta el monto máximo indicado en el Resumen de Beneficios de las páginas 3 y 4.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN DENTAL

- (n) Medicamentos recetados;
- (o) Cargos por atención de enfermería en el hogar o enfermera privada;
- (p) Cargos de un podiatra solo por visitas al consultorio;
- (q) Cargos de un médico quirúrgico solo por visitas al consultorio.

tal como lo determina la Asociación Médica Americana; y los artículos que requirieran una aprobación gubernamental que no hubiera sido concedida o que no existiera en el momento de suministrarse los servicios;

GASTOS MÉDICOS NO CUBIERTOS

NO se efectuarán pagos por los gastos médicos siguientes ni bajo beneficios básicos ni bajo beneficios mayores:

- (a) los costos no recetados como necesarios por un médico o cirujano debidamente facultado;
- (b) los costos incurridos en concepto de hospitalización en un hospital perteneciente al Gobierno federal o que este opere;
- (c) los costos que usted no está obligado a pagar;
- (d) los costos en que se haya incurrido por servicios recibidos en la dentadura, salvo aquellos que fueran necesarios debido a una lesión accidental a la dentadura natural, incluido el reemplazo de dientes, el tratamiento de una mandíbula fracturada y los rayos X necesarios;
- (e) cirugía plástica, salvo aquella requerida como consecuencia de una lesión accidental;
- (f) refracciones oculares, anteojos o sus accesorios;
- (g) aparatos auditivos o sus accesorios;
- (h) gastos de transporte, excepto los del servicio local de ambulancias;
- (i) una lesión resultante de una guerra, declarada o no, incluido un ataque armado;
- (j) una lesión accidental o una enfermedad debidas a su trabajo o que tengan lugar mientras lo desempeña;
- (k) una lesión intencional autoinfligida o una lesión sufrida a consecuencia de la comisión de un delito;
- (l) los costos por educación, capacitación y alojamiento (cama y comidas) cuando usted o uno de sus dependientes se halle internado en una institución que sea primordialmente una escuela u otra institución de capacitación, un lugar de descanso, una casa para el cuidado de ancianos o para recuperación de enfermos;
- (m) están excluidos y el Plan no cubre los servicios, tratamientos, medicamentos o suministros de carácter experimental o para la investigación, incluidos los servicios, tratamientos, medicamentos o suministros que no estén reconocidos como práctica médica aceptable;

nerviosos / mentales de pacientes hospitalizados o ambulatorios.

- (d) los costos siguientes: servicio local de transporte en ambulancia, equipos, aparatos, servicios de rayos X, pruebas de laboratorio, anestesia, el empleo de radio e isótopos radioactivos, oxígeno, pulmones mecánicos, suministros, tratamiento y manipulación provistos por un quirótopático.

(e) los implantes para el control de la natalidad, incluidas las consultas de médicas y otros costos relacionados para empleadas o esposas de empleados elegibles. Este beneficio se paga solo una vez en la vida.

(f) la terapia hormonal para el crecimiento en respuesta a un diagnóstico de deficiencia hormonal del crecimiento en niños, será cubierta en un 80% bajo las siguientes restricciones/condiciones:

- deberá presentarse al consultor médico del Fondo la verificación de la necesidad médica de la terapia;
- el diagnóstico deberá hacerse antes de que niño cumpla los 11 años de edad;
- la continuación de la cobertura esta supeditada a una nueva verificación anual de la necesidad médica de la terapia por el consultor médico del Fondo;
- la cobertura de esta terapia cesará cuando el niño cumpla los 18 años de edad.

Ley de los Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer, aprobada en 1998 (*Women's Health and Cancer Rights Act of 1998*)

En el caso de que una participante o beneficiaria recibiera beneficios bajo el Plan en conexión con una mastectomía y optara por someterse a la reconstrucción de los senos, el Plan proporcionará cobertura según se determine en consulta con el médico a cargo y la paciente para lo siguiente:

- la reconstrucción del seno en el que se practicó la mastectomía;
- la cirugía y reconstrucción del otro seno con el fin de producir una apariencia simétrica, y
- las prótesis y el tratamiento de complicaciones en todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfodemas.

Al igual que con otros beneficios del Plan, el coaseguro correspondiente aplica a la cobertura anteriormente descrita.

BENEFICIOS POR GASTOS MÉDICOS MAYORES

Los beneficios por gastos médicos mayores (*Major Medical*) tienen por objeto protegerlo contra costos médicos importantes que podrían exceder del monto de los beneficios que usted recibe conforme a otras partes del Plan de beneficios básicos. Los beneficios por gastos médicos mayores se proporcionan además de los beneficios básicos bajo el Plan e incluyen beneficios para cubrir los denominados casos catastróficos o desastrosos de enfermedades o lesiones que pueden requerir hospitalización o cirugía.

Descripción de los beneficios

Los beneficios básicos son beneficios que el Fondo paga para cubrir gastos médicos según descritos en la sección anterior de este folleto. Esos beneficios se pagan al 100% del Monto Permítido hasta los límites establecidos en el Resumen de Beneficios de las páginas 3 y 4 durante un año calendario específico. Si tiene gastos que exceden esos límites, en la mayoría de los casos (excepto donde se estipula "solo beneficio básico") el Fondo pagará 80% del Monto Permítido de los gastos médicos cubiertos que sobrepasen el máximo de sus Beneficios Básicos bajo el beneficio por Gastos Médicos Mayores ("Gastos Médicos Mayores"). Además hay algunos servicios que no se cubren como beneficios básicos, pero que se cubren como servicios médicos mayores. A continuación, se estipula lo que se excluye de los beneficios básicos y los servicios adicionales que se pueden cubrir como gastos médicos mayores. Los beneficios por gastos médicos mayores a los que tiene derecho cada uno de sus dependientes elegibles se proporcionan de la misma forma que los suyos.

El Monto Permítido se refiere a la tarifa PPO si el proveedor participa en la red o a la tarifa UCR (gastos usuales, acostumbrados y razonables) si el proveedor no participa en la red.

Qué cubre el beneficio por gastos médicos mayores

Como se indicó anteriormente, el beneficio por gastos médicos mayores cubre los gastos que exceden de los cubiertos como beneficios básicos, así como los siguientes tipos de cargos si son cargos razonables señalados para un cuidado médico y servicios necesarios ordenados por un médico legalmente calificado.

(a) Los cargos de un hospital debidamente constituido, salvo que el costo diario por habitación y comidas no podrá exceder de la tarifa regular del hospital por una habitación semiprivada o de cuidado intensivo.

(b) Los cargos de diagnóstico, tratamiento, administración de anestesia y cirugía, efectuados por un médico o cirujano debidamente facultado.

(c) Los cargos por el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias o

Además de la lista de lo que no se cubrirá como gastos médicos cubiertos bajo los Beneficios Básicos o los Beneficios por gastos médicos mayores descritos más adelante en este folleto, NO se pagaran Beneficios Básicos por lo siguiente:

- (a) prótesis
- (b) servicios de podiatras o
- (c) servicios de médicos quiroprácticos;

no obstante, estos servicios se cubrirán como Beneficios por gastos médicos mayores en las medidas estipuladas a continuación.

Las inmunizaciones para bebés y niños se cubrirán según el programa recomendado por la Academia Americana de Pediatría. Las inmunizaciones de rutina para adultos se cubrirán según la recomendación del Comité Asesor de Prácticas de Inmunización de los Centros de Control de Enfermedades (CDC), por sus siglas en inglés), según se revisan periódicamente, incluyendo:

Hepatitis A
 Hepatitis B
 Herpes Zóster (Culebrilla)
 Papillomavirus Humano (PVH)
 Influenza (vacuna del flu)
 Sarampión, paperas y rubéola (MMR, en inglés)
 Meningocócica
 Neumocócica
 Tétanos, difteria, Pertusis (Td/Tdap)
 Varicela

Terapia física

El Fondo pagará únicamente la terapia física que reciban usted y sus dependientes elegibles indicada en sus Beneficios Básicos. Se pagarán cinco (5) visitas por año calendario al 100% del Monto Permítido por año. Antes de que se le pueda pagar ninguna solicitud de beneficio, se le pedirá que presente una carta de su médico indicando la necesidad de tales servicios.

Trasplantes de órganos

Los Beneficios Básicos por reclamaciones por trasplantes de órganos se tratarán de la manera siguiente:

- (a) Si únicamente el donante es empleado elegible, el Fondo no pagará ningún beneficio.
- (b) Si únicamente el receptor es empleado elegible, el Fondo proveerá beneficios tanto al donante como al receptor sujetos a los límites máximos aplicables al receptor.
- (c) Si tanto el donante como el receptor son empleados elegibles, el Fondo proveerá beneficios a cada uno bajo el expediente individual de cada uno.

Lo que sus Beneficios Básicos no cubren

Beneficios quirúrgicos

Cuando usted o uno de sus dependientes elegibles se sometan a una intervención quirúrgica no cosmética, el Fondo pagará la cirugía a la tarifa de la organización PPO (dentro de la red) o a la tarifa usual y acostumburada (fuera de la red) hasta \$1,000 por afección.

La cirugía deberá ser:

1. recomendada, aprobada y practicada por un médico o cirujano debidamente facultado para practicar la medicina; y
2. a consecuencia de un accidente fuera del trabajo o de una enfermedad.

No es necesaria la hospitalización para recibir estos beneficios

Cuando a usted le practiquen dos o más cirugías debido a la misma afección o a afecciones relacionadas, el Fondo no pagará más de \$1,000 por afección por año como Beneficio Básico. Los beneficios por cirugías subsiguientes se deducirán del mismo monto anual de beneficios (si queda algo) A MENOS QUE las cirugías se hayan llevado a cabo en un año calendario diferente.

Cuando le hagan dos o más cirugías al mismo tiempo, el Fondo:

1. las considerará como si fuese una sola operación si es que se le hizo una sola incisión, y pagará el 100% del monto indicado en la lista por la operación principal Y el 50% de los demás procedimientos secundarios;

2. las considerará operaciones separadas y pagará el máximo permitido por cada una SI las cirugías afectaron a distintas partes del cuerpo y las causas fueron diferentes. En este caso, el Fondo pagará cada cirugía independiente a la tarifa de PPO (dentro de la red) o a la tarifa usual y acostumburada (fuera de la red) hasta \$1,000 por afección.

El exceso de gastos de maternidad no cubiertos por los Beneficios Básicos descritos anteriormente se tratarán como gastos cubiertos bajo el Beneficio de

Exámenes médicos

Si usted o sus dependientes se someten a un examen médico completo y/o inmunizaciones de rutina, tendrán derecho al reembolso del Monto Permitido, hasta el Beneficio Básico indicado en la Lista de beneficios durante un año calendario. El monto en exceso al Monto Permitido no cubierto por el Beneficio Básico quedará cubierto bajo el Beneficio de Gastos Médicos Mayores del Fondo.

Los planes colectivos médicos y las compañías aseguradoras por lo general no pueden, conforme a las leyes federales, restringir la duración de ninguna estadía en el hospital debida a un parto, ni para la madre ni para el recién nacido, a menos de 48 horas en el caso de un parto vaginal, o a menos de 96 horas en el caso de una cesárea. Las leyes federales, sin embargo, no prohíben que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, luego de consultar con la madre, le dé el alta a ella o al recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En todo caso, los planes y las aseguradoras no pueden, conforme a las leyes federales, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estadía que no exceda de 48 horas (o 96 horas).

Beneficio para rayos X y pruebas de laboratorio para diagnóstico

Si el diagnóstico de un accidente o enfermedad no relacionados con el trabajo requiere que usted se someta a rayos X o exámenes de laboratorio como paciente ambulatorio, el Fondo pagará estos gastos hasta el monto máximo indicado en las páginas 3 y 4 del Resumen de Beneficios. Cada miembro elegible de la familia tiene derecho al pago del monto máximo. AVISO: El monto máximo aplica a todas las afecciones que reciban tratamiento durante un año calendario.

El exceso de sus gastos de diagnóstico no cubiertos por los Beneficios Básicos descritos anteriormente se considerarán gastos cubiertos bajo el Beneficio de Gastos Médicos Mayores del Fondo

Consultas médicas

Si usted ha sufrido un accidente fuera del trabajo o le aqueja una enfermedad que requiere atención médica, puede seleccionar a cualquier médico facultado para ejercer su profesión para el tratamiento de su condición. Conforme al Beneficio Básico, el Fondo paga \$20.00 por cada consulta médica, hasta un máximo de 20 consultas por año calendario en relación con cada condición médica separada y no relacionada.

Sin embargo, solo está cubierta una consulta por día para cada condición distinta. Además, no se pagan las visitas posoperatorias a un cirujano durante seis semanas después de una cirugía, por estar su costo incluido en el monto permitido para cirugía.

Las consultas médicas debidas a condiciones nerviosas / mentales o por trastornos de abuso de sustancias se pagarán conforme a los Beneficios Básicos únicamente (y Beneficios Médicos Mayores) en la misma medida que las visitas al consultorio médico.

El Fondo paga los honorarios médicos de atención del parto y otros procedimientos obstétricos a la tarifa de PPO (dentro de la red) o a la tarifa usual y acostumbada (fuera de la red) hasta \$1,000 por atención. El exceso de gastos de maternidad no cubiertos por los Beneficios Básicos descritos anteriormente se tratarán como gastos cubiertos bajo el Beneficio de Gastos Médicos Mayores del Fondo.

Si un embarazo, que termina con el nacimiento de un niño, un aborto provocado o un aborto espontáneo, requiere la admisión a un hospital, el Fondo pagará todos los gastos por hospitalización (cama y alimentos), y otros gastos de hospital sobre la misma base que cualquier otra enfermedad, hasta los montos máximos indicados en las páginas 3 y 4 del Resumen de Beneficios.

Aviso: los beneficios por maternidad se pagan únicamente si el alumbramiento ocurre mientras usted es elegible bajo el Fondo.

Beneficios por maternidad

El Fondo pagará por estos gastos hasta los montos máximos indicados en las páginas 3 y 4 del Resumen de Beneficios, así como gastos adicionales por hospitalización y cirugía, aun cuando usted o su dependiente no hayan sido internados y ocupado una cama en el hospital.

1. se suministra tratamiento de emergencia en el transcurso de 72 horas de ocurrir una lesión accidental, ataque físico o la aparición inesperada de una enfermedad seria; o
2. se proceda a una operación quirúrgica;

Si usted o uno de sus dependientes elegibles incurra en gastos de hospital en casos en que:

Tratamiento hospitalario de pacientes ambulatorios

NOTA: Salvo en los casos en que el Fondo tenga estipulaciones específicas (ver Tratamiento hospitalario de "pacientes ambulatorios") usted debe ser admitido a un hospital e incurrir en gastos de hospitalización (cama y comidas) antes de que estos gastos adicionales de hospitalización queden cubiertos por este Fondo.

El Fondo también pagará los gastos de hospital que tenga mientras usted se encuentre hospitalizado, tales como el uso de una sala de operaciones, rayos X, pruebas de laboratorio, medicamentos, incluida la anestesia, y los servicios de ambulancia de ida y vuelta. El monto máximo pagadero por estos otros gastos de hospital aparece en las páginas 3 y 4 del Resumen de Beneficios.

BENEFICIOS BÁSICOS

Los montos de beneficios básicos se establecen en el Resumen de Beneficios de las páginas 3 y 4. Por lo general, el monto de Beneficios Básicos de los servicios cubiertos se paga en su totalidad primero y luego parte del saldo se paga bajo beneficios Médicos Mayores (usualmente el 80% del Monto Permítido, cuyo significado varía dependiendo de si el proveedor participa o no participa en la red). Algunos servicios (p. ej., fisioterapia) se indican allí como Beneficios Básicos únicamente.

Definiciones importantes

Médico o cirujano. El término "médico" o "cirujano" se refiere a un médico o cirujano (M.D. o D.O.) facultado para practicar la medicina en el estado en el cual ejerce su profesión. En la medida en que se proporcionen beneficios y siempre y cuando su ejercicio de la profesión se encuentre dentro del campo abarcado en su licencia, el término "médico" incluye a un dentista, podiatra, quiropráctico o psicólogo.

Hospital. El término "hospital" significa cualquier hospital general autorizado conforme a cualquier reglamento estatal o que, en ausencia de un reglamento estatal para la concesión de licencias, cumple con cualesquiera requisitos impuestos a los hospitales dentro de esa jurisdicción, y que no sea principalmente una clínica o un asilo de ancianos, una casa de descanso o convalecencia, o un establecimiento similar.

Beneficios por gastos de hospitalización

Sus beneficios por gastos de hospitalización (inclusive por afecciones nerviosas/mentales y trastornos por abuso de sustancias) comienzan el primer día de su ingreso (o del de su dependiente elegible) a un hospital, y cubre los siguientes gastos:

Habitación y comidas

El Fondo pagará los gastos diarios de hospitalización que se indican en las páginas 3 y 4 del Resumen de Beneficios, multiplicados por el número de días que usted permanezca hospitalizado en el caso de cada enfermedad o accidente por separado y no relacionado. El beneficio básico por habitación y comidas se limita a un total de 31 días por cualquier período de hospitalización único continuo.

El Plan pagará indemnización por fallecimiento al beneficiario que usted haya designado en un formulario suministrado y registrado en la Oficina del Plan.

- Puede nombrar beneficiario a la persona que usted desee;
- Puede nombrar a más de una persona, tal como sería el caso de sus hijos, o
- Puede hacer que su Indemnización por muerte sea pagada a su patrimonio sucesorio.

Puede cambiar su beneficiario en cualquier momento completando el formulario correspondiente y presentándolo en la Oficina del Plan. Recuerde que sus circunstancias pueden cambiar en algún momento después de haber designado a su primer beneficiario debido al fallecimiento de su cónyuge, un divorcio, segundo matrimonio y así sucesivamente. Si desea que esta indemnización sea pagada a la persona debida, debe mantener actualizada la designación de beneficiarios. El Fondo se basará únicamente en la designación más reciente de beneficiarios que usted haya presentado al Agente Administrativo del Fondo.

En el caso de que falleciera cualquiera de sus beneficiarios antes que usted, cesarán los derechos de ese beneficiario a la indemnización pagadera en caso del fallecimiento de usted. De no haber en los registros ninguna designación de beneficiario, o si el beneficiario designado fallece antes que usted, el pago de la indemnización por su muerte se pagará en el orden siguiente, siempre que estas personas se encuentren vivas:

1. Su cónyuge
2. Sus hijos (en partes iguales)
3. Sus padres (en partes iguales)
4. Sus hermanos y hermanas (en partes iguales)
5. Su patrimonio sucesorio

Si usted fallace por cualquier causa, dentro o fuera del trabajo, siendo elegible para recibir los beneficios de este Plan, su beneficiario recibirá el monto por concepto de Indemnización por fallecimiento que se indica en las páginas 3 y 4 del Resumen de Beneficios.

(Empleados elegibles solamente)

INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO

Este beneficio está sujeto al pago de impuestos FICA (Seguro Social) trabajando en cualquier tipo de empleo por el cual recibe salario o ganancias, o está recibiendo pagos de Indemnización por Accidentes en el Trabajo u otros beneficios gubernamentales, no tendrá derecho a los beneficios semanales de este Fondo. Los beneficios no están disponibles por una discapacidad que resulte de actividades intrínsecamente peligrosas, como andar en moto acuática, hacer saltos de caída libre *bungee*.

De allí en adelante, no tendrá que permanecer en su casa para cobrar estas beneficios. Sin embargo, tendrá que continuar bajo el cuidado de un médico debidamente facultado (M.D. o D.O.), quien deberá examinarlo una vez por semana. Además, se le pedirá periódicamente que presente pruebas de que sigue incapacitado y/o que se someta al examen de un médico designado por el Fondo.

El Fondo le pagará semanalmente su Beneficio por accidente o enfermedad mientras se encuentre incapacitado e impedido de trabajar debido a un accidente o enfermedad "no ocupacionales" y que "no" estén contemplados en la ley de Indemnización por Accidentes en el Trabajo, pero únicamente (a) después de haber ingresado a un hospital, o (b) cuando el accidente o enfermedad requiera un procedimiento relacionado con una fractura, o (c) durante períodos certificados por un médico o cirujano después de una cirugía, siempre que se haya cumplido con todos los requisitos.

La duración máxima de este beneficio es de trece (13) semanas por año calendario. Los períodos sucesivos de incapacidad con intervalos de menos de dos (2) semanas de trabajo activo a tiempo completo se considerarán un mismo período de incapacidad al sumarlos al período máximo de trece (13) semanas, a menos que se debiera a una causa o enfermedad sin relación con la anterior.

incapacidad debida a una enfermedad. partir del primer día de su discapacidad debida a un accidente, o el octavo día de contemplada en los beneficios pagaderos conforme a la ley de Indemnización se encuentra al cuidado de un médico legalmente facultado, y la cual no está incapacitado y no pudiera trabajar debido a una lesión o enfermedad para la cual

El Fondo tiene derecho al primer reembolso de cualquier indemnización que una parte lesionada reciba de un tercero, independientemente de que haya sido totalmente indemnizado. Esto incluye, entre otros, montos que reciba de una póliza personal de seguro de propietario de vivienda, una póliza de seguro automovilístico o un arreglo de seguro colectivo de cualquier tipo. Si el Fondo les paga beneficios a usted o a sus dependientes y usted no los reembolsa tras recibir una indemnización de un tercero, o si no responde a las solicitudes de información sobre el estado de su reclamación hechas por el Fondo, el Fondo podrá retener y descontar el pago de cualquier otro beneficio pagadero a usted o a sus dependientes, o podría entablar una acción legal en contra suya, para recuperar el monto pagado, más intereses.

Si es necesario que el Fondo entable una acción legal en contra suya por no efectuar un reembolso total, o por no honrar la participación equitativa del monto recibido por usted de un tercero, usted será responsable de todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de abogado e intereses previos a la resolución a una tasa del 10% o a una tasa determinada por los Síndicos, que será impuesta sobre el cobro de aportaciones morosas de los empleadores, el monto que sea más alto.

El derecho del Fondo a un reembolso también incluye el derecho a un reembolso de cualquier pago recibido por usted de cualquier fuente contra la cual usted asigne alguna reclamación, o de otro modo acuerde reembolsar algún cobro, de la persona que ocasionó su lesión.

Los Síndicos tienen discreción absoluta para resolver las reclamaciones de subrogación sobre cualquier base que estimen conveniente y apropiada bajo las circunstancias.

Si usted o su dependiente tienen alguna pregunta o si se le pide que renuncie a algún derecho o que llegue a un acuerdo sobre una reclamación que cubra condiciones por las cuales usted haya recibido o espere recibir pagos del Fondo, comuníquese lo antes posible con el Agente Administrativo del Fondo.

BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

(Empleados elegibles solamente)

Se le pagará el beneficio semanal indicado en el Resumen de Beneficios de las páginas 3 y 4, si mientras es elegible de acuerdo con el Plan, usted quedara

tiene derecho a recibir hasta \$1,000 de ese dinero como reembolso de los beneficios que el Fondo pagó en nombre suyo o de su cónyuge.

El Fondo tiene derecho al primer reembolso de cualquier indemnización recibida de un tercero. Al aceptar los beneficios del Fondo, usted acuerda que cualquier cantidad recibida por la persona lesionada (o por alguna persona que actúe en nombre de dicha persona) como resultado de una resolución, un acuerdo, un consenso, o de otra manera, serán aplicados primero para reintegrarle al Fondo aunque la parte lesionada no haya sido totalmente indemnizada. El Fondo tiene una participación en cualquier cantidad que usted reciba, o recibirá, equivalente al monto entero pagado por el Fondo por su reclamación y cualquier cantidad que usted reciba que se satisfagan plenamente los derechos de reembolso del Fondo.

El Plan no pagará reclamaciones de beneficios por tales circunstancias hasta que usted haya completado, firmado y devuelto un acuerdo de subrogación en un formulario aprobado por los Sindicatos. **Si usted es representado por un abogado, será necesario que este también firme el formulario para que los beneficios puedan pagarse.** Si contrata a un abogado después presentar el formulario de subrogación al Fondo, dicho abogado tendrá que completar el formulario al ser contratado.

Usted y su abogado también tendrán que proporcionar prueba satisfactoria a los Sindicatos de que no se ha desestimado o liberado, ni se desestimará ni liberará ningún derecho, reclamación, participación o causa de acción en contra de un tercero sin el consentimiento previo por escrito de la Junta Directiva. Todo acuerdo de liquidación al que llegue con la otra parte también deberá ser aprobado por los Sindicatos.

Al aceptar beneficios del Fondo, usted se compromete a notificar al Fondo inmediatamente de las tentativas de cobrar a un tercero por tales lesiones, incluso cuando se reciban pagos de un tercero. Usted también conviene en que los importes recuperados, independientemente de que la recuperación se clasifique como gastos médicos, son bienes del Fondo y se utilizarán primero para reembolsar al Fondo, en total, y sin ninguna reducción de los honorarios o costos de abogado. También acuerda ayudar al Fondo a tramitar sus reclamaciones contra la otra parte, o bien permitir que el Fondo tramite las reclamaciones en nombre suyo antes de que se pague algún beneficio bajo este Plan. Si la persona que resultó lesionada es menor de edad, el padre o tutor legal deben cumplir los requisitos anteriores en nombre del menor.

Debe tener en cuenta que el Fondo puede tratar de recuperar cualquier monto que usted reciba de otra parte, aunque usted no le informe al Fondo de su reclamación o no firme un acuerdo con el Fondo. El derecho de subrogación del Fondo lo establece el Plan y no el acuerdo.

Un ejemplo de esto sería si usted o su cónyuge se lesionaran en un accidente automovilístico que fuera culpa de otra persona. Si el Fondo le paga \$1,000 de beneficios por las lesiones sufridas en el accidente y usted o su cónyuge reciben dinero de parte del otro conductor, o de la compañía de seguro del otro conductor, como resultado de una demanda o pago de liquidación, el Fondo

De vez en cuando, una persona que es elegible para recibir beneficios de este Fondo se lesiona como resultado de actos indebidos o negligencia de un tercero. Como en dichos casos puede tomar meses o hasta años obtener una indemnización, el Fondo estipula que se pueden efectuar pagos por servicios que firmada por el Participante en la que indique que está de acuerdo en usar cualquier indemnización recibida de cualquier fuente por el Participante o dependiente elegible para reembolsarle al Fondo cualesquiera y todos los gastos en que el Fondo incurra.

REEMBOLSO DE RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD DE TERCEROS/SUBROGACIÓN

En el folleto "Medicare y usted", de Medicare, puede encontrar información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos. Si no ha recibido un ejemplar, puede descargarlo de www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/10050_s.pdf. También puede obtener más información acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare: (a) visitando el sitio www.medicare.gov; (b) llamando al Programa de Asistencia con Seguros de su estado (consulte el interior de la contraportada del folleto "Medicare and You" (Usted y Medicare) para ver el número telefónico); o (c) llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las personas que requirieren TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare ("Parte D de Medicare) cuando adquiere inicialmente el derecho a recibir Medicare, y luego cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Cabe señalar, sin embargo, que si usted no se inscribe en la Parte D de Medicare al adquirir inicialmente su derecho a Medicare, podría tener que pagar una prima más alta por dicha cobertura mientras esté cubierto por dicha cobertura. A fin de evitar esta situación, le recomendamos que se inscriba en un Plan de Parte D de Medicare tan pronto adquiere el derecho a hacerlo.

comience a tomar medidas activas para adquirir Medicare para su jubilación **al menos** tres meses antes de cumplir 65 años de edad. Para obtener más información sobre sus opciones de Medicare y el proceso de inscripción, visite <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/index.html>. Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Primaria) y, como resultado de ello, los planes no llegan a un acuerdo en cuanto al orden de la cobertura, la regla de género.

C. Cuando los padres estén divorciados o separados, el orden a seguirse será el siguiente:

1. El plan del padre que tenga la custodia es el primario. El plan del padre que no tenga la custodia es el secundario.
2. Si el padre que tiene la custodia ha vuelto a contraer matrimonio, el orden a seguirse será el siguiente:

- (a) el plan del padre que tenga la custodia,
- (b) el plan del padrastro o la madrastra,
- (c) el plan del padre que no tenga la custodia.

No obstante, si hay un decreto judicial que pueda ser considerado una Orden Calificada de Sustento Médico de Hijos (*Qualified Medical Child Support Order*: QMCSO) que estipule que uno de los padres es responsable por los gastos de atención médica del niño, el plan en que participa el padre pagará primero.

Medicare

En caso que un empleado elegible o dependiente elegible obtenga cobertura de Medicare, este Fondo será la cobertura Primaria siempre y cuando continúe la elegibilidad para cobertura bajo este Fondo. Medicare será el seguro secundario, pagando únicamente aquellos costos cubiertos pagaderos después de que el Fondo haya hecho sus pagos.

MEDICARE Y PARTE D DE MEDICARE

El Fondo no les provee cobertura médica o cobertura de medicamentos con receta a los jubilados. Cuando usted se jubila pierde la elegibilidad para cobertura del Fondo después de que usted haya trabajado un número insuficiente de horas para mantener la elegibilidad. Vea “Disposiciones de elegibilidad” anteriormente.

Si está por cumplir 65 años de edad y no ha solicitado sus beneficios del Seguro Social, debe considerar seriamente presentar una solicitud de Medicare durante el período de los tres meses anteriores al mes en que vaya a cumplir 65 años de edad. Si lo no hace, podría estar sujeto a multas por inscripción tardía, entre ellas primas más altas y retrasos significativos en la cobertura.

Debido a que las posibles multas impuestas por no inscribirse en Medicare en el momento correspondiente son sustanciales, es muy importante que

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando ambos cónyuges trabajen, los miembros de sus familias pueden estar cubiertos por más de un plan de seguro médico. Esto puede dar lugar a una duplicación de la cobertura, cuando dos planes pagan beneficios por el mismo monto de gastos de hospitalización o de servicios médicos. Por esa razón, este Plan ha adoptado una disposición que coordinará los beneficios pagaderos por este Plan con los beneficios similares que pagan otros planes que también lo aseguran a usted y/o a sus dependientes elegibles.

De acuerdo con estas disposiciones para la coordinación de beneficios, el pago total proveniente de todos los planes combinados que recibe una persona no puede exceder del 100% del monto total de gastos permitidos. Los gastos permitidos son cualesquiera gastos necesarios y razonables para el cuidado médico o los suministros cubiertos por uno o más de los planes que los aseguran a usted o a sus dependientes. Los beneficios se reducen únicamente cuando es necesario para evitar que una persona derive ganancias de sus beneficios médicos.

En la reclamación de beneficios por gastos médicos que usted presente a la Oficina del Plan deberá informar sobre cualquier duplicación de cobertura que usted o sus dependientes pudieran tener.

Quién paga primero

Si existe una duplicación de la cobertura entre dos o más planes, uno será designado seguro primario y efectuará los pagos correspondientes hasta sus límites de gastos permitidos. El otro plan o planes, designados seguros secundarios, harán los pagos adicionales que corresponda hasta los máximos fijados por dichos planes para los gastos cubiertos que no hubieran sido reembolsados por el seguro primario.

A. El plan que cubra a una persona en calidad de empleado deberá pagar primero. El plan que cubra a la persona en calidad de dependiente pagará en segundo lugar.

B. Si un hijo dependiente está asegurado por los planes médicos de ambos padres, los beneficios del plan del padre cuya fecha de cumplimiento ocurra primero durante el año calendario será el plan primario. Los beneficios del plan del padre cuya fecha de cumplimiento ocurra después dentro del año calendario será el plan Secundario. (Si ambos padres tienen la misma fecha de cumplimiento, el plan que haya proporcionado cobertura por más tiempo será el Primario.)

Si un plan que sigue la regla de "la fecha de cumplimiento" coordina con un plan que observe la regla de género (la cobertura del padre es la

Monto Permítido puede ser menor del monto facturado por el proveedor. El Plan pagará su porción del Monto Permítido (el monto del Beneficio Básico, de haberlo, más el 80% bajo servicios Médicos Mayores). Usted será responsable del coaseguro de 20%, así como del saldo facturado por el proveedor.

La Oficina del Plan le enviará una Explicación de sus Beneficios por cada reclamación que tramite, en la cual le indicará el Monto Permítido, el monto pagado por el Plan y el monto, de haberlo, que usted deberá pagar.

Usted siempre tiene la opción de usar proveedores "dentro de la red" o "fuera de la red". El uso de proveedores "dentro de la red" reducirá sus costos no reembolsables, así como los costos del Plan.

Los Síndicos han contratado los servicios de CareFirst BCBS Provider Organization (PPO), un grupo selecto de médicos, especialistas, hospitales y otros centros de tratamiento médico que han acordado proporcionar sus servicios a un precio con descuento. La CareFirst BCBS PPO se puede usar para recibir atención médica regular o atención médica de emergencia.

Se pide a los participantes que utilicen los servicios del grupo CareFirst BCBS PPO para recibir todos los servicios y tratamientos médicos cubiertos por el Plan. El empleo del grupo CareFirst BCBS PPO representará ahorros no solo para el Plan, sino también para usted, cuando deba sufragar gastos que corran por su cuenta.

Visite el sitio Web de CareFirst en www.carefirst.com para obtener una lista actualizada de los proveedores de la red (en la pestaña "Members & Visitors" (Miembros y visitantes) haga clic en "Find a Doctor" (Buscar un médico)). Si reside en Maryland, Washington, DC, o el Norte de Virginia, también puede comunicarse con CareFirst llamando al (800) 235-5160.

La lista de los proveedores de servicios médicos que participan en este grupo PPO está sujeta a cambios. Debe verificar con su proveedor cada vez que solicite servicios médicos para confirmar que su médico aún participe en la red PPO para que le concedan los descuentos correspondientes por servicios dentro de la red.

Recuerde que las tarifas de los servicios de los médicos participantes han sido establecidas por CareFirst BCBS (una tarifa PPO). Los médicos participantes han acordado aceptar estos honorarios establecidos como pago total por sus servicios, y han acordado no cobrar ningún saldo a los participantes. En consecuencia, una vez que CareFirst BCBS fija los honorarios que pueden cobrar los médicos participantes, el pago de ese monto representa el pago completo de la factura del médico. Ya sea que ese monto sea pagado totalmente por el Plan o que también requiera que usted efectúe un copago, el médico no tiene derecho a cobrarle a usted ningún saldo por encima de la tarifa fijada por CareFirst BCBS.

Por ejemplo, supongamos que la factura total por los servicios que usted ha recibido de un médico asciende a \$50.00. CareFirst BCBS ha fijado una tarifa PPO para ese procedimiento de \$40.00, que es el Monto Permitido. La factura es presentada a la Oficina del Plan y esta paga \$36.00, de acuerdo con su Plan de Beneficios (Beneficio Básico Permitido de \$20 por visita más 80% del saldo). Usted es responsable de pagar la suma de \$4.00 (\$40.00 menos \$36.00).

De otro modo, si usa un proveedor que no participa en la red, el Monto Permitido es el monto usual, acostumbrado y razonable ("UCR", por sus siglas en inglés). El monto UCR se calcula sobre la base de lo que los proveedores en esta zona geográfica usualmente cobran por el mismo servicio o uno similar. El

ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS

Para optar por la continuación de la cobertura, usted no tiene que demostrar que es asegurable, pero sí tendrá que pagar el costo de tal continuación. El importe de dicho costo es determinado por los Síndicos del Plan y está sujeto a cambio.

- (de bancarrota por parte del empleador.)
- con derecho a continuación de la cobertura debido al inicio de un juicio Medicare. (Esta disposición, sin embargo, no es aplicable a las personas de 36 meses a partir de la fecha en que el empleado tenga derecho a de la cobertura tendrán derecho a extender su cobertura por un período empleado que estén asegurados debido a la elección de la continuación interrumpida por tener derecho a Medicare, los dependientes del embargo, si la continuación de la cobertura del empleado es usted adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare. Sin
- D.
- período de su cobertura no podrá ser reducido por esta razón; o
- o limitación para la cobertura de condiciones preexistentes, entonces el colectivo médico por el cual usted fuera cubierto tiene alguna exclusión como empleado o de otro modo. Sin embargo, si el otro plan de seguro si usted fuera cubierto por otro plan de seguro colectivo médico, ya sea
- C.
- si usted no paga a tiempo las primas correspondientes a su continuación de la cobertura;
- B.
- si su empleador deja de aportar al Plan para ofrecer seguro colectivo médico a sus empleados y a sus dependientes;
- A.

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

Razones por las que puede interrumpirse su continuación de la cobertura

El Plan tiene 30 días, después de que la fecha en que usted de otro modo perdería su cobertura, para notificarle a usted o a su cónyuge si tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura.

corroborante. Entre algunos ejemplos de documentación aceptable figuran los decretos de divorcio, los acuerdos de separación legal, las determinaciones de incapacidad emitidas por la Administración del Seguro Social, y los certificados de defunción.

Si a usted, a su cónyuge o a uno de sus dependientes cubiertos les ocurre un evento determinante que no sea una reducción de sus horas de trabajo o la terminación de su empleo, debe notificar a la Oficina del Plan, a la dirección que figura en la página 1 de este Resumen de la Descripción del Plan, dentro de los 60 días de ocurrido tal evento. Además de indicar el nombre, dirección, teléfono y número de Seguro Social de las personas cuya cobertura se verá afectada por tal evento, la notificación también deberá incluir una explicación del carácter del evento determinante, la fecha en que ocurrió, y cualquier documento

Notificaciones requeridas acerca de beneficiarios elegibles y del empleado cubierto

Un empleador tiene 60 días para notificar al Plan acerca de ciertos eventos determinantes, tales como la muerte del empleado, la elegibilidad de los empleados para recibir beneficios del Seguro Social, o la iniciación de un juicio de quiebra conforme al Capítulo XI.

Notificaciones requeridas

Si el cónyuge o un hijo dependiente de un empleado con derecho a la cobertura del Plan opta por la continuación de la cobertura, dicho cónyuge o hijo dependiente será elegible para recibir tal cobertura durante un periodo de 18 meses, a partir de la fecha en que sino terminaría la cobertura del Plan. Sin embargo, la cobertura puede prolongarse hasta un máximo de 36 meses para el cónyuge o hijo dependiente si de otra manera terminaría debido a la muerte del empleado, su divorcio del cónyuge, o a la pérdida por el hijo de su condición de dependiente según las reglas del Plan.

Si un empleado cubierto o uno de sus beneficiarios elegibles quedara incapacitado dentro de los primeros 60 días en que esa persona comience a estar asegurado de acuerdo con la ley COBRA, el empleado cubierto y los beneficiarios elegibles tendrán derecho a la cobertura de 29 meses prevista del COBRA. El término "beneficiario elegible" abarcará a los hijos biológicos del empleado cubierto y a los niños colocados en su familia para su adopción durante el periodo de la cobertura de COBRA.

Un empleado asegurado por el Plan que desee comprar la continuación de esa cobertura deberá ser elegible para recibir dicha cobertura durante un periodo de 18 meses, a partir de la fecha en que, de lo contrario, terminaría su cobertura por el Plan. Sin embargo, si antes de finalizar el periodo de 18 meses, el empleado recibe una determinación de la Administración de la Seguro Social en el sentido de que se halla incapacitado y dicha determinación es enviada a la Oficina del Plan dentro de 60 días, entonces los 18 meses de continuación de la cobertura se extenderán a 29 meses, a menos que el empleado se recupere antes de su incapacidad o el periodo de cobertura de dicho empleado expire antes conforme a otra regla del Plan.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA (COBRA)

Los empleados y sus familias que estén cubiertos por el Plan pueden comprar una extensión de la cobertura del seguro médico (llamada "continuación de la cobertura") pagando primas colectivas, en aquellos casos en que la cobertura del Plan de otro modo terminaría. Tales casos se denominan "eventos determinantes".

Eventos determinantes

Si usted es un *emplado* cubierto por el Plan, tiene derecho a comprar esta continuación de la cobertura si pierde su cobertura de seguro colectivo a causa de uno de los siguientes eventos:

- (A) una reducción en sus horas de trabajo; o
- (B) la terminación de su empleo, por razones que no se deban a una falta grave de conducta.

Si usted es el *cónyuge* de un empleado cubierto por el Plan, tiene derecho a comprar esta continuación de la cobertura para su persona, si pierde la cobertura de seguro colectivo que ofrece el Plan por cualquiera de las siguientes razones:

- (A) la muerte de su cónyuge;
- (B) la terminación del empleo de su cónyuge (por razones que no sean una falta grave de conducta) o la reducción de las horas de trabajo de su cónyuge;
- (C) el divorcio o separación legal de su cónyuge; o
- (D) su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare.

Si usted es un *hijo dependiente* de un empleado cubierto por el Plan, tiene derecho a comprar una continuación de la cobertura si pierde la cobertura regular del Plan a causa de uno de los siguientes eventos determinantes:

- (A) la muerte del padre o madre participantes;
- (B) la terminación del empleo del padre o madre participantes (por razones que no sean una falta grave de conducta) o la reducción de las horas de trabajo del padre o madre participantes;
- (C) el divorcio o separación legal de los padres;
- (D) uno de los padres adquiere derecho a los beneficios de Medicare; o
- (E) el dependiente deja de ser "hijo dependiente" conforme a las reglas aquí estipuladas.

El Administrador del Plan deberá decidir si el evento determinante ha ocurrido debido a la terminación del empleo o a una reducción en las horas de trabajo.

Periodo de la cobertura

- G. Hay un formulario de informe y pago para hacer los pagos por cuenta propia a fin de continuar la elegibilidad. Dicho formulario debe completarse cada mes que se haga un pago por cuenta propia, y deberá ser firmado por el Agente administrativo de su sindicato local, certificando que no había empleo cubierto en el mes que usted elige pagar seguro por cuenta propia. Dicho formulario con el pago adjunto deberá recibirse en la Oficina del Plan a más tardar el primer día del mes por cual se esté pagando.
- H. Usted puede continuar haciendo pagos por su cuenta durante un período máximo de 6 meses.

La diferencia entre el Programa de pago por cuenta propia y la oportunidad que ofrece el Plan de seguir participando conforme a la ley COBRA (como se describe en la sección que sigue) es que usted puede recurrir al Programa de pago por cuenta propia solamente si perdió la elegibilidad debido a la falta de trabajo en la jurisdicción del sindicato local en que usted reside. A diferencia de COBRA, que este Plan ofrece mediante el pago de una prima para participantes individuales y la otra para familias, el programa de pago por cuenta propia solo tiene una prima. Además, si usted opta por pagar por su cuenta, se le acreditarán las horas trabajadas como si hubiera trabajado 120 durante el mes por el cual pagó por cuenta propia. Así, cuando usted deja de hacer pagos por cuenta propia y se reintegra a un empleo cubierto, se le trata como si hubiera trabajado 120 horas durante esos meses para fines de recobrar su elegibilidad. Este arreglo difiere de COBRA en que usted paga una prima en vez de recibir crédito por las horas trabajadas. Por lo tanto, cuando una persona que está manteniendo su elegibilidad en el Plan a través de COBRA vuelve a trabajar en un empleo cubierto, debe acumular las horas requeridas para volver a ser elegible para los fines del Plan.

Los participantes que pierden su elegibilidad por no haber trabajo están en libertad de optar por la protección de COBRA o el Programa de pago por cuenta propia. El Programa de Pago por Cuenta Propia está disponible solo para empleados con convenios colectivos cuyos empleadores hacen aportaciones al Plan en nombre de ellos conforme a los términos del convenio colectivo; no está disponible para empleados sin convenio colectivo (*deej*, dueños o personal de oficina) cuyos empleadores aportan al Plan conforme a los términos de un Convenio de Participación. Si tiene preguntas acerca del Programa de pago por cuenta propia, diríjase a la oficina del Plan.

CERTIFICADOS DE COBERTURA ACREDITABLE

Si usted pierde la cobertura del Plan, la Oficina del Plan le emitirá un Certificado de cobertura acreditable indicando el tiempo que usted estuvo cubierto por el Plan. Recibirá dicho certificado automáticamente cuando pierda su cobertura o adquiera el derecho a participar en el Programa de pago por cuenta propia o a la continuación de la cobertura conforme a COBRA, y también al cesar dichas coberturas. Puede solicitar, asimismo, que la Oficina del Plan le extienda un certificado dentro de los de 24 meses subsiguientes a la pérdida de su cobertura en el Plan.

PROGRAMA DE PAGO POR CUENTA PROPIA

Hay un Programa de cobertura de pago por cuenta propia para los participantes que dejan de ser elegibles por no tener suficientes horas y que satisfacen las siguientes condiciones:

- A. Usted deberá ser elegible para recibir la cobertura del Plan en la fecha en que pierde su empleo por no haber suficiente trabajo en un empleo cubierto.
- B. La elección de hacer aportaciones por su cuenta debe hacerse a más tardar dentro del mes subsiguiente al último en que haya trabajado en un empleo cubierto, completando y presentando una solicitud en la Oficina del Plan.
- C. Las aportaciones deberán hacerse en el monto establecido por la Junta Directiva, comenzando el primer día del mes calendario siguiente al mes en el que usted pierda la elegibilidad debido a una insuficiencia de horas. El pago deberá efectuarse el primer día del mes, a fin de recibir cobertura durante ese mes. **Comuníquese con la Oficina del Plan para obtener la tarifa vigente aplicable al seguro pagado por cuenta propia.**
- D. Usted deberá permanecer disponible para comenzar a trabajar de inmediato en la jurisdicción del Sindicato local que corresponda a su lugar de residencia.
- E. Las aportaciones deben efectuarse mensualmente a la Oficina del Plan.
- F. Su pago inicial no puede ser efectuado retroactivamente por más de treinta días.

En ciertas ocasiones usted podrá hallarse trabajando en la jurisdicción geográfica de otro sindicato local que no participe en este Plan, o trabajando conforme a un Acuerdo de negociación colectiva para un Sindicato local que requiera aportaciones a otro plan que no sea el Metropolitan D.C. Paving Industry Employee Health and Welfare Fund. Este último ha hecho arreglos con los planes de otros Sindicatos locales, conforme a los cuales los créditos que usted acumule en la jurisdicción de ellos serán transferidos a este Plan. El Plan ha concertado arreglos recíprocos con los siguientes planes de sindicatos locales:

Washington, D.C. Cement Masons Welfare Fund (Local 891)

Laboreers' District Council Health & Welfare Trust Fund No. 2
(Local 11)

Estas horas le serán acreditadas tan pronto como el plan médico de la localidad en que trabajó (o se encuentra trabajando) confirme el número de horas en cuestión y su intención de transferirlas.

El Plan cumplirá con todos los requisitos que estipula la Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de Miembros de los Servicios Uniformados (*Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act: USERRA*) para participantes en el servicio militar cubiertos por sus disposiciones. Si usted ingresa a los servicios uniformados, tal como lo define esta ley, para el servicio militar activo o entrenamiento, servicio militar inactivo o entrenamiento, servicios a tiempo completo en la Guardia Nacional o el Servicio de Salud Pública, o un examen para determinar su aptitud para el servicio, su cobertura y la de sus dependientes elegibles cesará de acuerdo con las reglas de elegibilidad del Plan para participantes que no trabajaban en un empleo cubierto. Si usted o sus dependientes desean elegir seguir siendo cubiertos por el Plan, optando ya sea por su Programa de seguro pagado por el empleado o la Continuación de la cobertura conforme a COBRA, podrán hacerlo siempre y cuando elijan hacerlo dentro del período que corresponde.

Si usted es dado de baja honorablemente de los servicios uniformados, usted y sus dependientes serán reincorporados por el Plan para recibir cobertura a partir de su primer día de trabajo en un empleo cubierto, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- la duración acumulativa de su ausencia y de todas las ausencias anteriores para integrarse a los servicios uniformados no deberá ser de más de cinco años;
- usted o su representante deberá dar preaviso a su empleador acerca de su ingreso inminente al servicio, a menos que ello no sea posible por razones militares;
- usted presenta una solicitud de recontratación en un empleo cubierto dentro del plazo límite estipulado por la ley USERRA a partir de la fecha de que fue dado de baja;

- si su ausencia se prolonga durante más de 30 días, deberá presentar la documentación que solicite su empleador para determinar que usted tiene derecho al amparo de la ley USERRA.

Si fuera necesario, usted podrá obtener de la Oficina del Plan mayor información acerca de la ley USERRA y su elegibilidad para recibir los beneficios del seguro.

Reciprocidad

NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

Todos los dependientes deberán figurar en la tarjeta de inscripción aprobada. Además, el Plan podrá pedir que se completen y aprueben otras declaraciones juradas si los Sindicatos, a su sola discreción, determinan que dichas pruebas adicionales son necesarias para establecer la elegibilidad. Si un dependiente adquiere la elegibilidad después de la inscripción suya (*p. ej.*, debido a un acontecimiento de la vida como matrimonio, nacimiento, adopción, etc.), usted debe notificar al Plan dentro de un plazo de treinta (30) días del acontecimiento de la vida (dentro de un plazo de sesenta (60) si el acontecimiento de la vida es el nacimiento de su hijo) para que la elegibilidad del dependiente nuevo cobre vigencia en la fecha de dicho acontecimiento de la vida. Si usted no avisa oportunamente, la cobertura del dependiente entrará en vigor el primer día del mes después de que el Plan haya recibido prueba satisfactoria de la elegibilidad.

Por lo tanto, una vez que su elegibilidad entre en vigor, será necesario notificar a la Oficina del Plan de cambios en su familia, tales como:

1. Cualquier cambio de su estado civil;
2. Los nombres y las fechas de nacimiento de hijos recién nacidos o adoptados;
3. La fecha en que cualquiera de sus hijos dependientes:
 - a. se case;
 - b. adquiriera elegibilidad para cobertura por medio de su empleador o el de su cónyuge, o;
 - c. cumpla 26 años de edad;
4. Cualquier cambio de dirección;
5. Cambios de beneficiarios.

Esta información es necesaria para que no se demore el trámite de sus reclamaciones. El Agente Administrativo podrá pedirle ciertos documentos para confirmar la elegibilidad y facilitar el trámite de sus reclamaciones. La notificación de cambios también es necesaria para que el Plan sepa que debe pagar las reclamaciones para personas que son elegibles (como hijos nuevos) y que no debe pagar las reclamaciones de personas que ya no son elegibles (como su ex cónyuge después de un divorcio).

Elegibilidad relacionada con el servicio en las Fuerzas Armadas

no es su "dependiente", tal como lo define el Código de Rentas Internas, 152, usted podrá estar sujeto al pago de impuestos sobre la renta por el valor razonable de mercado de la cobertura provista para dicho hijo por el Plan, conforme a los términos de la QMCSO.

Si usted fallece mientras es todavía elegible para recibir beneficios, sus dependientes elegibles permanecerán cubiertos por el Plan durante el período de elegibilidad que usted haya adquirido, basándose en el trabajo que realizaba en un Empleo cubierto. Además, sus dependientes elegibles recibirán seis meses adicionales de elegibilidad si usted cumple los siguientes requisitos: 1) en la fecha en que fallece, usted era elegible para recibir beneficios del Plan, basándose en el trabajo que realizaba en un Empleo cubierto; 2) en la fecha de su fallecimiento, usted tenía derechos adquiridos en el plan de pensión en el que participaba a través de su Sindicato local, y 3) en la fecha de su fallecimiento, usted era miembro en pleno derecho del Sindicato local. Sus dependientes elegibles tendrán derecho a elegir Cobertura continuada cuando venzan sus requisitos de elegibilidad en el Plan en virtud de esta disposición.

Salvo según se estipule en lo anterior, la cobertura de sus dependientes (que no sean las coberturas a pago por cuenta propia o de COBRA que se describen a continuación) terminará en la fecha más temprana de las siguientes: (1) el último día del mes calendario en el que deje de ser elegible para recibir cobertura o (2) el último día del mes calendario en el que el dependiente ya no se considere dependiente de conformidad con la definición del plan que se indicó anteriormente; por ejemplo, como resultado de un divorcio (en el caso del cónyuge) o cuando un hijo adulto cumpla 26 años de edad.

A partir del 1.º de abril de 2013, también podrá elegir cancelar la cobertura de su cónyuge o hijo antes de la fecha en que la cobertura de otro modo terminaría; no obstante, únicamente si se cumplen las siguientes condiciones: (1) el dependiente tiene otra cobertura médica; (2) el dependiente (en el caso de una persona mayor de 18 años de edad) da su consentimiento para que se cancele su cobertura bajo este Plan. La cobertura terminará el último día del mes calendario durante el cual la Oficina del Plan recibía su elección de cancelar la cobertura de dependiente, que debe ser presentada en un formato aceptable por la Junta Directiva. Un dependiente cuya cobertura termine de esa manera podrá obtener cobertura del plan nuevamente, si aún es elegible, el primer día del mes calendario siguiente al mes calendario durante el cual la Oficina del Plan recibía una notificación por escrito de su reinscripción, que puede ser en cualquier momento si el dependiente pierde algún otro tipo de cobertura. Si el dependiente aún tiene otra cobertura, podrá presentar una solicitud de reinscripción únicamente durante el mes de septiembre.

También se proporcionará cobertura según lo estipule una Orden Calificada de Susiento Médico de Hijos (*Qualified Medical Child Support Order*: QMCSO), tal como lo define la Sección 609 de la ley ERISA. Una QMCSO es un fallo, decreto o aprobación judicial de un acuerdo de determinación que estipule la cobertura de un hijo del participante bajo un plan de seguro médico colectivo o que deba cumplirse por una ley estatal relativa al suministro de seguro médico para hijos. Una vez que una orden tal sea emitida por un tribunal, deberá ser enviada a la Oficina del Plan, el cual determinará si se trata de una orden condicionada. Cuando usted presente una orden tal a la Oficina del Plan, recibirá un ejemplar de los procedimientos que sigue el Plan para determinar si dicha orden es o no condicionada. Si el hijo cuyo nombre figura en la QMCSO

La condición de dependiente también continuará después de cumplir 26 años de edad para un hijo de un participante si el hijo tiene una discapacidad física o mental que le impide ganarse la vida, siempre y cuando la discapacidad haya comenzado mientras el hijo era elegible para recibir beneficios de dependiente y el hijo (a) se halla permanentemente y totalmente discapacitado, vive con el participante durante más de la mitad del año y no aporta más de la mitad de su propia manutención (incluidos los beneficios federales por discapacidad), o (b) depende del participante para más de la mitad de su manutención.

La condición de dependiente continuará en el caso de un hijo hasta finalizar el mes en que el hijo cumpla 26 años de edad.

El término "hijos" incluirá: (1) los hijos biológicos del participante; (2) los hijos adoptados legalmente del participante; (3) los niños colocados legalmente con la familia del participante en espera de su adopción; (4) los hijos legales del participante (*foster children*) elegibles colocados legalmente con la familia del participante por una agencia de colocación autorizada o por fallo, decreto u otra orden de cualquier tribunal con jurisdicción competente; (6) los nietos, sobrinos y sobrinas del participante que vivan con el participante en una relación paterno-filial y dependan del participante para más de la mitad de su susiento financiero.

Sus dependientes elegibles serán su cónyuge y ciertos hijos, tal como se define a continuación.

Cobertura de sus dependientes.

Plan si planean tomar una licencia conforme a la ley FMLA para que el Plan aporte durante su ausencia. Los empleados que tengan preguntas sobre la ley FMLA se deben comunicar con sus empleadores o con la oficina más cercana de la División de Salarios y Horas (*Wage and Hour Division*) que aparece en la mayoría de los directorios telefónicos bajo Gobierno de EE.UU. (U.S. Government), Departamento del Trabajo (*Labor Department*), División de Estándares de Empleo (*Employment Standards Division*).

La determinación de su elegibilidad para tal licencia debe ser determinada por usted y su empleador. Se requiere que los empleadores cubiertos por la ley FMLA mantengan la cobertura médica de los empleados ausentes conforme a la ley FMLA, siempre y cuando esa cobertura se haya provisto antes de tomar la licencia y bajo los mismos términos que si el empleado hubiese continuado trabajando. Eso significa que se requiere que un empleador continúe haciendo aportaciones al Plan en nombre de los empleados mientras estén ausentes conforme a la ley FMLA. Los empleados se deben comunicar con la Oficina del

desempeño de sus deberes.

servicio activo cubierto con una enfermedad o lesión grave sufrida durante el servicio militar activo cubierto se puede tomar una licencia de hasta 26 semanas elegible que es miembro de la familia o familiar calificado de un miembro del armadas. Además, la FMLA, en su forma enmendada, estipula que un empleado miembro de la familia cubierto presta servicio activo cubierto en las fuerzas definen los reglamentos correspondientes, que surja del hecho de que un adopción o como hijo de crianza, o por una "exigencia calificada", según lo nacimiento de un hijo o la colocación de un niño con el empleado para fines de cuidado de un hijo, cónyuge o padre que sufra de una afección médica grave, el empleo cada año debido a una afección médica grave del empleado mismo, el empleado, hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo con protección de un empleadores de 50 o mas empleados deben conceder, a solicitud de un *Medical Leave Act: FMLA*) de 1993, en su forma enmendada, estipula que los La Ley de Ausencias por Motivos de Familia o Médicos (*Family and*

Elegibilidad conforme a la ley FMLA

Si, siendo usted elegible para recibir beneficios, no pudiera trabajar debido a una lesión o enfermedad, su elegibilidad continuará mientras permanezca incapacitado, tal como si hubiera seguido trabajando para un empleador contribuyente, hasta un máximo de 12 meses o cuatro trimestres después del último trimestre en que haya trabajado como empleado cubierto, siempre y cuando continúe presentando certificados médicos que comprueben su incapacidad continuada (incluida la Indemnización por accidentes en el trabajo—*Workers Compensation*) a satisfacción de los Sindicatos.

Disposiciones especiales en caso de quedar incapacitado

Para que un empleado previamente elegible pueda recobrar la elegibilidad, se requiere que el empleado trabaje un mínimo de 240 horas en dos (2) meses consecutivos. Se requiere que el Empleador comience a informar las horas y que haga aportaciones al Plan de Salud y Bienestar en nombre del empleado a partir del primer día de empleo reanudado. El empleado adquiere elegibilidad para recibir los beneficios del Plan de Salud y Bienestar a partir del primer día del segundo mes de Empleo Continuo.

Cómo recuperar su elegibilidad

Si el empleado no tiene horas suficientes para mantener la elegibilidad bajo la disposición anterior, la elegibilidad del empleado terminará al final del segundo mes siguiente al último mes durante el cual el empleado trabajó un mínimo de 120 horas. Si el empleado pierde su elegibilidad de conformidad con esta disposición, dicho empleado tendrá la oportunidad de hacer pagos por Cuenta Propia a continuación.

Pérdida de la elegibilidad

Una vez que un empleado adquiere la elegibilidad bajo cualquiera de las reglas de elegibilidad inicial anteriores, dicho empleado sigue siendo elegible siempre y cuando trabaje en un Empleo Continuo. En caso que el empleado no trabaje por lo menos 120 horas en un mes, entonces el empleado deberá haber acumulado un mínimo de 720 horas durante los seis meses previos a dicho mes a fin de mantener su elegibilidad.

Mantenimiento de la elegibilidad

Cuando un Empleador nuevo firma su primer convenio colectivo que requiere que se hagan aportaciones al Plan a partir del 1 de marzo de 2017, se requerirá que el Empleador comience a informar las horas y a hacer aportaciones en nombre de sus empleados existentes a partir de la fecha de firma del convenio colectivo ("fecha de firma"). Los empleados actuales del Empleador adquirirán la elegibilidad para recibir beneficios del Plan a partir de esa fecha. Para todos los empleados contratados en el futuro (contratados después de la fecha de firma), la elegibilidad de los empleados se registrará por las reglas de elegibilidad inicial estipuladas anteriormente para Empleadores que ya estén obligados a hacer aportaciones al Plan.

Elegibilidad inicial para empleados existentes de Empleadores que son nuevos en el Plan ("grupos recién sindicalizados"):

Cuando el Sindicato Local y el Empleador estén de acuerdo que un empleado recién contratado que no era previamente elegible para recibir cobertura del Plan tiene suficiente experiencia de trabajo en la industria para que se le considere un "empleado con experiencia", se requiere que el Empleador comience a informar las horas al Plan a partir del primer día de empleo. Después de que un empleado recién contratado haya trabajado por lo menos 240 horas durante los primeros dos (2) meses consecutivos de empleo continuo, se requiere que el Empleador comience a efectuar aportaciones al Plan en nombre del empleado a partir del primer día del tercer mes de Empleo Continuo. El empleado adquiere elegibilidad para recibir los beneficios del Plan a partir del primer día del cuarto mes de Empleo Continuo.

REGLAS RELATIVAS A LA ELIGIBILIDAD

Eligibilidad inicial (para empleados nuevos de Empleadores que hacen aportaciones actualmente)

Cuando un empleado nuevo es contratado por un Empleador que ya tiene la obligación de hacer aportaciones al Plan de Salud y Bienestar ("Plan"), de los Empleados de Metropolitan D.C. Paving Industry, se requiere que dicho Empleador comience a informarle al Plan las horas del empleado a partir del primer día de empleo. Después de que el empleado ha trabajado por lo menos 380 horas durante los primeros tres (3) meses consecutivos de Empleo Continuo (según se define a continuación), se requiere que el Empleador comience a efectuar aportaciones al Plan en nombre del empleado a partir del primer día del cuarto mes de Empleo Continuo. El empleado adquiere elegibilidad para recibir los beneficios del Plan a partir del primer día del quinto mes de Empleo Continuo.

Si el empleado nuevo no cumple con el requisito mínimo de 380 horas durante los primeros tres meses de empleo, entonces se requiere que el Empleador comience a efectuar aportaciones al Plan en nombre del empleado nuevo a partir del primer día del mes siguiente a cuando el empleado haya, por primera vez, trabajado por lo menos 380 horas dentro del período de tres (3) meses consecutivos de Empleo Continuo. El empleado adquiere elegibilidad para recibir los beneficios del Plan a partir del primer día del mes siguiente al primer mes de aportaciones.

Empleo Continuo

Empleo Continuo se define como trabajar bajo los términos de un Convenio Colectivo que requiere que se hagan aportaciones al Plan por un mínimo de 120 horas al mes en meses consecutivos.

Eligibilidad retroactiva

Debido al tiempo que toma para que los informes de horas del empleador sean presentados y procesados por la Oficina del Plan, usted podría ser elegible para recibir beneficios de conformidad con esta sección antes de que reciba su tarjeta de beneficios del Plan o incluso antes de que la Oficina del Plan se entere de su elegibilidad. En ese caso, una vez que el Plan haya recibido los informes de horas que establecen su elegibilidad, la cobertura se proveerá de manera retroactiva comenzando en la fecha indicada en esta sección. Luego, usted puede presentar las reclamaciones en que haya incurrido durante el período de su elegibilidad.

Eligibilidad inicial para un "empleo con experiencia"

- **Examen médico anual**
 - Beneficio básico permitido por año calendario..... \$ 100.00
- **Beneficios por gastos médicos mayores**
 - Monto máximo por año calendario..... ILIMITADO
- **Terapia física (Beneficio básico solamente)**
 - Cantidad máxima de visitas por año calendario..... 5
 - Las visitas se pagan al 100% del monto permitido.
- **Beneficios no médicos**
 - **Beneficio de atención dental**
 - Monto máximo por año calendario..... \$ 400.00
 - **Beneficio de atención de la vista**
 - Monto máximo por año calendario..... \$ 200.00
 - **Beneficio – Tarjeta de medicamentos recetados**
 - Monto máximo por año calendario, por familia ILIMITADO

**RESUMEN DE SUS BENEFICIOS
PARA EMPLEADOS ELEGIBLES SOLAMENTE**

PARA EMPLEADOS ELEGIBLES SOLAMENTE

Beneficio por fallecimiento \$10,000.00
Beneficios semanales por accidente y enfermedad \$ 125.00
 Máximo pagadero: 13 semanas

PARA LOS EMPLEADOS ELEGIBLES Y SUS DEPENDIENTES

Beneficios Médicos

Aviso: Los montos en dólares que se indican a continuación representan los límites anuales de los montos que se pagan como Beneficios Básicos (100%); el saldo del Monto Permiso se paga como Beneficio Médico Mayor (80%).

Beneficios por hospitalización (por condición clínica, incluidas las nerviosas/mentales y los trastornos por abuso de sustancias)

- Hospitalización diaria (cuarto semiprivado) hasta \$ 130.00
- Hospitalización máxima (31 días) \$ 4,030.00
- Hospitalización diaria (cuidado intensivo) hasta \$ 245.00
- Beneficio máximo (10 días) \$ 2,450.00
- Monto máximo de gastos adicionales de hospitalización \$ 1,000.00

Beneficios de cirugía

- Máximo por condición clínica \$ 1,000.00

Beneficios de anestesia

- Máximo por condición clínica \$ 1,000.00

Beneficios por procedimientos de diagnóstico, rayos X y laboratorio

- Monto máximo por año calendario \$ 250.00

Beneficios por gastos de maternidad

- Costos de hospitalización..... Monto igual al de cualquier otra condición
- Honorarios médicos Ver Cirugía, Beneficios por gastos

Consultas al médico (por condición, incluidas las nerviosas/mentales y los trastornos por abuso de sustancias)

- Beneficio básico permitido por visita, en las primeras 20 visitas \$ 20.00

Condición de plan con derechos adquiridos por antigüedad

La Junta Directiva cree que el Plan es un "plan médico con derechos adquiridos por antigüedad" conforme a la Ley de Cuidado a Bajo Precio. Conforme a lo permitido por la Ley de Cuidado a Bajo Precio, un plan médico con derechos adquiridos por antigüedad puede preservar cierta cobertura médica básica que ya estaba vigente cuando se promulgó la ley. Ser un plan médico con derechos adquiridos por antigüedad significa que es posible que, en este momento, el Plan no tenga que incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado a Bajo Precio que se aplican a otros planes; por ejemplo, el requisito de provisión de servicios médicos preventivos sin compartir ningún costo. No obstante, los planes médicos con derechos adquiridos por antigüedad deben cumplir con ciertas otras protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado a Bajo Precio; por ejemplo, la eliminación de los límites vitales de beneficios.

Las preguntas relacionadas con cuáles protecciones de la Ley de Cuidado a Bajo Precio aplican y cuáles no aplican a un plan médico con derechos adquiridos por antigüedad y lo que podría ocasionar que un plan cambiara su condición de plan médico con derechos adquiridos por antigüedad se pueden dirigir al administrador del plan, Carday Associates, Inc., al 1-410-872-9500. También se puede comunicar con la Administración de Garantía de los Beneficios de los Empleados (Employer Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de EE.UU. (U.S. Department of Labor) al 1-866-444-3272 o en el sitio www.dol.gov/ebsa/healthreform. El sitio web del Departamento del Trabajo tiene un cuadro que resume cuáles protecciones de la Ley aplican y no aplican a los planes médicos con derechos adquiridos por antigüedad.

**METROPOLITAN D.C. PAVING INDUSTRY
EMPLOYEES HEALTH AND WELFARE FUND
7130 Columbia Gateway Drive, Suite A
Columbia, Maryland 21046
(410) 872-9500**

Estimado amigo y participante:

NOS COMPLACEMOS en entregarle esta versión actualizada del Plan de Beneficios y el Resumen de la Descripción del Plan del Plan de Salud y Bienestar de los Empleados de la Industria de la Pavimentación (el "Plan") que incluye todas las enmiendas introducidas al Plan a la fecha de su impresión.

El plan ofrece cobertura por servicios de hospitalización, atención quirúrgica y médica, medicamentos con receta, atención dental y de la vista, ingresos semanales por accidente y enfermedad, así como indemnización por fallecimiento. El objetivo de este folleto es explicar los beneficios disponibles para usted y sus dependientes elegibles, así como las reglas que rigen estos beneficios, entre ellas los procedimientos para presentar reclamaciones o apelaciones.

Le recomendamos que lea estas páginas detenidamente y se familiarice con su contenido, y que mantenga a mano esta guía útil para su consulta en el futuro. Este Plan es administrado por una Junta Directiva. La mitad de dichos Sindicatos es designada por los empleadores y la otra mitad es designada por los sindicatos locales participantes. La Junta Directiva utiliza, a su vez, los servicios de una firma administradora profesional para que ponga en práctica sus instrucciones y lleve a cabo las operaciones diarias del Plan. El agente administrativo es Carday Associates, Inc.

Los Sindicatos tratan siempre de ofrecerles mayores beneficios a usted y a sus dependientes, cuando la situación financiera lo permite. A fin de proteger los intereses de los participantes y beneficiarios del Plan, los Sindicatos se reservan el derecho de dar por terminado, suspender, enmendar o modificar el Plan, ya sea parcial o totalmente, en cualquier momento. En el caso de que éste se diera por terminado, se asignarían los activos del Plan y se pagarían las reclamaciones de beneficios en la forma determinada por los Sindicatos.

El Fondo participa en la red de la Organización de Proveedores Preferidos CareFirst BCBS. El uso de los hospitales y los servicios de los médicos de esta red normalmente representará ahorros para el Plan y probablemente también para usted. Por lo tanto, siempre que sea posible, usted debe acudir a los hospitales y médicos de la red CareFirst BCBS.

Si después de leer este folleto tiene alguna pregunta, comuníquese con Carday Associates, Inc., Agente Administrativo del Plan.

Atentamente,
LA JUNTA DIRECTIVA

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL PLAN.....	47
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN Y APELACIÓN CONFORME A ERIISA	51
DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE ERIISA.....	62
AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.....	65

1.....INTRODUCCIÓN

2.....CONDICIÓN DE PLAN CON DERECHOS ADQUIRIDOS POR ANTIGÜEDAD

3.....RESUMEN DE SUS BENEFICIOS

5.....REGLAS RELATIVAS A LA ELEGIBILIDAD

10.....NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

13.....CERTIFICADOS DE COBERTURA ACREDITABLE

13.....PROGRAMA DE PAGO POR CUENTA PROPIA

15.....CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA (COBRA)

18.....ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS

20.....COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

21.....MEDICARE Y PARTE D DE MEDICARE

22.....REEMBOLSO DE RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD DE TERCEROS/SUBROGACIÓN

25.....BENEFICIOS SEMANALES POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

26.....INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO

27.....BENEFICIOS BÁSICOS

33.....BENEFICIOS POR GASTOS MÉDICOS MAYORES

35.....GASTOS MÉDICOS NO CUBIERTOS

36.....BENEFICIOS DE ATENCIÓN DENTAL

36.....BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA

37.....PROGRAMA DE TARJETA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

42.....PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN

45.....PAGO DE RECLAMACIONES DE BENEFICIOS

46.....SANCIONES POR LA FALSIFICACIÓN DE RECLAMACIONES DE BENEFICIOS O POR LA NO DEVOLUCIÓN DE MONTOS PAGADOS DE MÁS

INDICE

Vigente a partir del 1.º de octubre de 2017

**RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN
DEL PLAN**

**(Plan de Salud y Bienestar de los Empleados de la Industria de la
Pavimentación del Área Metropolitana de D.C.)**

**METROPOLITAN D.C.
PAVING INDUSTRY
EMPLOYEES
HEALTH AND WELFARE
FUND**



Fondo De Salud Y Bienestar
De Los Empleados De La Industria De La
Pavimentación Del Área Metropolitana De D.C.
Descripción Sumaria Del Plan
Octubre 2017

