

**IRON WORKERS TRUST FUND LOCAL NO. 5
HEALTH AND WELFARE PLAN**

SUMMARY PLAN DESCRIPTION

As Amended and Restated Effective as of January 1, 2020

BOARD OF TRUSTEES

Union Trustees

Gary Armstrong

Aaron Bast

William Beckman

Ronald Borza, Jr.

Ray Cleland

Employer Trustees

Richard Bailey

Victor Cornellier

Bill Heinold

Curt Johnson

Kenny Wood

FUND ADMINISTRATOR

Zenith American Solutions, Inc.

3 Gateway Center

401 Liberty Avenue, Suite 1200

Pittsburgh, PA 15222

1-800-242-8923

LEGAL COUNSEL

O'Donoghue & O'Donoghue, LLP

CONSULTANTS AND ACTUARIES

BHA Consulting LLC

AUDITORS

Calibre CPA Group PLLC

MMMM 2019

Dear Plan Participant:

We are pleased to provide you with this updated booklet describing the health and welfare benefits available to you and your eligible Dependents under the Iron Workers Trust Fund Local No. 5, Washington, D.C., also referred to as the “Iron Workers Trust Fund Local No. 5 Health and Welfare Plan” (the “Plan”).

We urge you to read this booklet carefully so that you will understand your benefits, eligibility rules and the procedures for filing claims. Failure to comply with certain rules outlined in this booklet may result in the waiver or the forfeiture of a benefit, in whole or in part, to which you or your eligible Dependents are entitled or waiver of a claim that could have been submitted to the Plan.

The Board of Trustees strives to provide the most appropriate benefits that will contribute to the security, health and well-being of the membership. Changing economic conditions require constant assessment of the Plans to maintain their financial stability. Benefits may change, but our goal is to provide the best benefits the Plan can afford to offer to you and your family, while keeping the Plan on sound financial footing.

This new edition of your Health and Welfare Fund Summary Plan Description (SPD) has been prepared to make it easy for you to find the information you need about your benefits. Here are some of its features:

- “Fast Facts” at the beginning of each chapter to give you a broad sense of what’s contained within the section;
- Chapters that focus on life events (adding a Dependent to your family, absence from employment for military service, etc.) that may affect your health benefits;
- Call-out boxes to draw your attention to important phone numbers and other information.

You are encouraged to contact the Fund Office with any questions you may have concerning your Plan or its administration.

Sincerely,

THE BOARD OF TRUSTEES

Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan described in this booklet. No Employer or Union representative is authorized to interpret the Plan nor can any such person act as agent of the Board of Trustees. Your Health and Welfare Plan rights are governed by the Plan, as amended from time to time. The Board of Trustees has the sole authority to revise, construe and apply the provisions of the Plan Document and make decisions concerning your eligibility for, entitlement to, nature, amount, and duration of benefits. The Board of Trustees reserves the right to amend, modify, or discontinue all or part of the Plan whenever, in its judgment, conditions so warrant.

TABLE OF CONTENTS

THE HEALTH AND WELFARE PLAN.....	1
What is the Iron Workers Local No. 5 Health & Welfare Plan?	1
Who Sponsors the Plan?	1
Who Pays for Plan Benefits?	1
Can the Benefits Change?	1
ELIGIBILITY TO PARTICIPATE IN THE PLAN.....	2
How Do I Maintain Coverage Under the Plan?.....	3
1. Hours Bank	3
2. Self-Payment.....	4
3. Eligibility Extension for Disability or On-The-Job Injury	4
4. Retiree Coverage.....	5
5. Surviving Spouse Coverage.....	6
6. COBRA Continuation Coverage and Insurance Conversion Eligibility	6
7. Military Service	10
8. Family and Medical Leave Act (FMLA)	10
LIFE EVENTS	12
If You Marry.....	12
If You Divorce or Separate	12
If You or a Dependent Loses Eligibility for Coverage	13
If You Have a Baby or Adopt a Child	13
If You Stop Working.....	13
If You Become Disabled.....	14
If You Retire	14
If You Die.....	15
SCHEDULE OF BENEFITS.....	16
HOW THE PLAN WORKS	20
YOUR BENEFITS.....	22
What are Covered Expenses?.....	22
Preventive Services	24

PRESCRIPTION DRUG EXPENSE BENEFITS.....	32
What are the Prescription Drug Expense Benefits?	32
How Do I Get My Prescriptions Filled?	32
What are Covered Prescription Drugs?	33
Are There Any Drugs That are Not Covered?	33
Mail-Order Drug Program	33
DENTAL CARE BENEFITS	35
What are the Dental Care Benefits?	35
VISION BENEFITS.....	36
What are the Vision Benefits?	36
DEATH BENEFIT AND ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT BENEFIT.....	38
Who Is Covered by the Death Benefit?.....	38
What Is the Death Benefit?.....	38
Who Is Covered by the AD&D Benefit?	38
What is the Coverage for AD&D On-the-Job Accidents?	38
ACCIDENT AND SICKNESS BENEFITS.....	42
Who is covered by the Accident and Sickness Benefit?.....	42
What is the Accident and Sickness Benefit?.....	42
Supplement to Workers' Compensation	43
GENERAL EXCLUSIONS AND LIMITATIONS	44
COORDINATION OF BENEFITS.....	50
What Happens if I Am Covered Under More Than One Group Health Plan?.....	50
How are the Benefits of This Plan Coordinated with Medicare?	51
Third-Party Recovery Reimbursement and Subrogation	52
DEFINITIONS	54
FILING A CLAIM OR AN APPEAL FOR BENEFITS	58
General Information on How to File an Initial Claim for Benefits	58
Prescription Drug Claims	59
Claims and Appeals for Group Health Benefits	59

IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR PLAN	74
Confidentiality and Protection of Your Health Information	76
Information You or Your Dependents Must Provide the Plan.....	76
Service Providers	77
YOUR ERISA RIGHTS UNDER THE PLAN	79

THE HEALTH AND WELFARE PLAN

Fast Facts:

- To be eligible to participate in the Plan, you must first work at least 240 hours in two consecutive months.
- For your eligibility to continue, you must work at least 360 hours each “Work Quarter,” although in certain circumstances you may be able to continue your coverage, through an Hours Bank or self-pay for example, if you do not meet this requirement.
- If you experience a “qualifying event,” you may be eligible to continue your coverage through COBRA by making Self-Payments. See page 6 for details.

What is the Iron Workers Local No. 5 Health & Welfare Plan?

The Iron Workers Local No. 5 Health & Welfare Plan (the “Plan”) is a package of medical and other benefits provided to you and your eligible Dependents in accordance with the Collective Bargaining Agreement between your Employer and the Iron Workers Local No. 5. The applicable Collective Bargaining Agreement(s) is available for examination by you or your beneficiaries. You can contact the Plan Administrator to obtain a copy.

This booklet describes your Plan and the benefits available to you. It describes who can participate in the Plan, when coverage begins, and when coverage ends. It also describes how the Plan works and what your legal rights are.

Who Sponsors the Plan?

The Plan is sponsored jointly by Iron Workers Local Union No. 5 and the Iron Workers Employer Association of Washington, D.C.

Who Pays for Plan Benefits?

Participating Employers contribute a certain amount for each hour that you and all other iron workers employed by a participating Employer work as set forth in the Iron Workers Local No. 5 and Iron Workers Employer Association Collective Bargaining Agreement or other Local 5 bargaining agreement. These contributions are made to a trust fund from which benefits are paid. The trust fund is also funded, to a lesser extent, by payments made by Participants who are eligible to self-pay under certain conditions described later on in this booklet.

Can the Benefits Change?

It is the intent of the Trustees to continue this Plan and improve the benefits under the Plan in the future. However, benefits under the Plan are not guaranteed. The Trustees reserve the right to modify, change or terminate benefits, coverage, eligibility or the Plan itself at any time, based on financial, administrative or other considerations.

ELIGIBILITY TO PARTICIPATE IN THE PLAN

Who is Eligible to Participate in the Plan?

You are eligible to participate in the Plan if you are an Employee working for a Participating Employer under the terms of a Collective Bargaining Agreement with Iron Workers Local No. 5 or an Employee working for a Participating Employer who has signed a participation agreement with the Fund providing contributions to the Fund on your behalf. The Dependents of an Employee eligible to participate in the Plan, such as a Spouse or Child(ren) who meet the eligibility requirements, can also receive benefits under the Plan.

Will My Dependents or I Be Covered for Pre-Existing Conditions?

The Plan has no limitations on pre-existing conditions.

Is Participation Automatic?

No. Before you become a Participant you must meet the eligibility requirements outlined in this booklet and fill out an application form provided by the Fund Office or the Local Union.

When is My Coverage Effective?

To become initially eligible for benefits, you must have a minimum of 240 hours worked within two consecutive months, reported and submitted on your behalf by a Participating Employer. Once you have worked the required 240 hours, your coverage will begin on the first day of the second month following the month in which the 240 hours are worked. For example:

If 240 Hours Are Worked In...	Coverage Will Commence In...
January and February	April
February and March	May
March and April	June

If you have fewer than 240 hours in two consecutive months, those hours may not be carried over to any other month. You must work 240 hours within the succeeding two consecutive months before eligibility will commence. The 240 hours worked in any two consecutive months will provide coverage for one month only. You may maintain eligibility month-to-month by continuing to work at least 240 hours in two consecutive months until you work 360 hours in a “Work Quarter” as defined below. Once the 360 hours in a Work Quarter are achieved, the continuing eligibility rules set forth below apply and the 240-hours within two consecutive months eligibility rule no longer applies.

Once your initial eligibility is satisfied, you must work a certain number of hours each Work Quarter to maintain coverage. Refer to “How Do I Maintain Coverage Under This Plan?” below to learn how you maintain coverage. However, if you lose eligibility for a period of 36 consecutive months, the initial eligibility requirements must be satisfied again.

How Do I Maintain Coverage Under the Plan?

Once “Initial Eligibility” has been satisfied, continuing eligibility will be based on hours worked, reported and submitted on your behalf, by your Employer. Should your Employer fail to report your hours, you can submit proof of hours worked (i.e. pay stubs) to the Fund Office. The Fund may, but is not required, to grant continuing eligibility based on your pay stubs or other proof of hours worked. To maintain eligibility, you must work at least 360 hours in a Work Quarter for coverage in the appropriate Benefit Quarter. These eligibility periods are described below:

Work Quarter	Benefit Quarter
January, February, March	June, July, August
April, May, June	September, October, November
July, August, September	December, January, February
October, November, December	March, April, May

Maintaining Your Coverage

In general, you and your eligible family members will continue to be eligible for coverage under the Plan as long as you work at least **360** hours per Work Quarter in Covered Employment and your Employer has reported and submitted your proof of hours worked to the Fund Office.

The eligibility requirements listed above entitle you to all benefits available under the Plan, with the exception of the Supplemental Workers Compensation Loss of Time Benefit, which has certain restrictions. These are outlined in the section of this booklet pertaining to that benefit.

Can I Maintain Plan Coverage if I Do Not Work the Required 360 Hours in a Work Quarter?

Yes. There are eight ways in which you and your eligible Dependents coverage can continue in the event you do not work the required number of hours in a particular Work Quarter to maintain your benefits.

1. Hours Bank

Through the Hours Bank, you can “bank” hours in excess of 360 in Work Quarters that you work more than the required number of hours to maintain eligibility to use in Work Quarters that you work less than 360. This is automatic. The Fund Office will maintain your Hours Bank and automatically apply banked hours when needed to maintain your eligibility. You will begin to accumulate bank hours in the first Work Quarter in which hours exceed 360, after initial eligibility is met.

The maximum number of hours that can be credited to your Hour Bank is 360, which is sufficient to maintain your eligibility for one Benefit Quarter.

As an example, Joe worked 400 hours in the January, February and March Work Quarter. To continue Joe’s eligibility for the June, July and August Benefit Quarter, 360 hours were used. The remaining 40 hours were applied to his Hour Bank. During the April, May and June Work Quarter, Joe worked 550 hours, of which 360 were applied to his September, October and November eligibility. The remaining 190 were applied to his Hour Bank for a total of 230 hours.

In the July, August and September Work Quarter, Joe only worked 200 hours, which is insufficient to cover his eligibility for the December, January and February Benefit Quarter.

Since Joe has a 230-hour balance in his Hour Bank, 160 hours from the Bank will be used to make up the remaining amount needed to provide for his eligibility.

The Hours Bank accounts have been established for the benefit of the Participants; however, no Participant shall be vested or otherwise have any interest or right in his/her Hours Bank account. The Hours Bank and/or the accounts therein may be terminated at any time, in whole or in part, without notice, and all hours in the accounts may be forfeited, expunged and forever lost. The authority to terminate the Hours Bank and the accounts therein resides solely in the Board of Trustees and is within their sole determination and discretion. The Hours Bank and the accounts therein may be terminated for any reason, including but not limited to, a determination that it is not financially feasible to continue it or not otherwise in the best interest of all the Participants.

2. Self-Payment

If you have insufficient banked hours to maintain eligibility and worked at least 180 hours in a Work Quarter, you may make personal contributions or Self-Payments to maintain eligibility. The Self-Payment rate is determined by the Board of Trustees and will change from time to time. Please contact the Fund Office for the current rate. Your personal contribution is due in the Fund Office by the end of the first month of the Benefit Quarter for which you are self-paying. **Please note that this Self-Payment option is not available to you during the “initial eligibility” period; you must have met the requirements for “maintaining eligibility.”**

If your banked hours are insufficient and you worked less than 180 hours, please refer to the COBRA Continuing Coverage Section of this booklet.

3. Eligibility Extension for Disability or On-The-Job Injury

You are eligible for an extension of coverage under the Plan if you meet one of the following conditions:

- **Total Disability**—if you were eligible and working in the Iron Workers Local No. 5 jurisdiction within the 30 days prior to the onset of the illness or injury which rendered you totally disabled (as defined in this booklet) and your eligibility has terminated due to this illness or injury, your eligibility will be extended for a period not to exceed one year from the last Benefit Quarter during which you were eligible, under the eligibility rules of this Plan.
- **Workers’ Compensation**—if you were injured working for an Employer in the jurisdiction of Iron Worker’s Local No. 5, are receiving Workers’ Compensation benefits and your eligibility terminated due to this work related disability, your eligibility will be extended for a period not to exceed one year from the last Benefit Quarter in which you were covered under the eligibility rules of the Plan. However, medical claims related to the injury for which you are receiving Workers’ Compensation benefits are not covered.

4. Retiree Coverage

As a retiree, you may continue to participate in this Plan up to age 65 by making personal contributions, if you meet the following requirements:

- you must have been a Participant in the Health Plan at the time of retirement;
- you must have a minimum of 20 years of service within the bargaining unit of an Employer having a contract with the International Association of Bridge, Structural, Ornamental, and Reinforcing Iron Workers or one or more of its affiliate local Unions, or as a Participant in this Plan as a bargaining unit alumni;
- you must have a minimum of 10 years of service within the bargaining unit of an Employer having a contract with the Iron Workers Local No. 5, or a predecessor Local Union;
- you must not be working in the iron working industry, other than employment for a signatory employer, that does not otherwise disqualify you from retiree coverage because you regain active status;
- you must have retired and be receiving a pension under the IW 5 Pension Plan;
- you must have been available for work at the time of your retirement;
- you must enroll in the Plan and
- you must make the required personal contribution of the applicable premium.

Experience a Life Event?

Life events, such as becoming disabled or retiring, can affect your eligibility and your coverage. Refer to the chapter on Life Events (page 12) for more information.

If, at the time of retirement, you have been out of work due to an injury or you have been deemed disabled and unable to work, the Fund will waive the requirements that you be an eligible Participant in the Plan and available for work at the time of retirement and you will be entitled to retiree coverage. You must have been an eligible Participant at the time the injury or disability occurred, and you must have remained continuously disabled until the time of retirement.

The cost for your benefits is determined by the Board of Trustees and will change from time to time as deemed necessary by the Trustees.

The Trustees reserve the right to review and change these retiree eligibility rules, as they do all eligibility rules and benefits provided under the Plan. It is in the Trustees' sole discretion to determine, as they deem appropriate, whether these eligibility rules should be modified or retiree coverage be terminated, in whole or in part, regardless of whether you are eligible to retire or have retired and are currently receiving the benefit or have received this benefit in the past.

Retiree Opt-Out

If you and your Spouse are eligible for Retiree coverage, you have a one-time opportunity to opt-out of coverage and return to the plan.

You or your Spouse may each, individually or together, opt out of coverage either at the time of retirement or a later date, if you provide written proof of alternative, comparable, creditable coverage to the Plan at the time you opt out and upon re-enrollment. You may only use this opt-out option one time. If you or your Spouse drop coverage a second time after opting out, you cannot re-enroll in the Plan.

If you opt-out and lose coverage under the alternate plan due to termination of the Plan, loss of employment or another qualifying event under COBRA, you may return to coverage at any time by providing proof of that termination and completing an election for reinstatement form. Otherwise, you can only return during the open enrollment period. The effective date for coverage will be the first of the month following receipt of the completed reinstatement form and monthly Self-Payment.

5. Surviving Spouse Coverage

If you and your Spouse are covered under this Plan at the time of your death and your Spouse is not eligible for Medicare coverage, your Spouse may continue to participate as a Surviving Spouse for up to five years. Your Spouse must self-pay at the applicable rate to continue this participation. This coverage may terminate prior to the five-year period if your Spouse becomes eligible for coverage under Medicare, or some other group health insurance program. Your Spouse must contact the Fund Office if either of these events takes place or he or she may be responsible for reimbursement of claims paid under this Plan after one of the terminating events took place.

The Trustees reserve the right to review and change these retiree eligibility rules, as they do all eligibility rules and benefits provided under the Plan. It is in the Trustees' sole discretion to determine, as they deem appropriate, whether these eligibility rules should be modified or whether retiree benefits should be terminated altogether, regardless of whether you are eligible to retire or have retired and are currently receiving the benefit or have received this benefit in the past.

6. COBRA Continuation Coverage and Insurance Conversion Eligibility

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when coverage would otherwise end because of a life event known as a "qualifying event." Specific qualifying events are listed below. COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a "qualified Beneficiary." A qualified Beneficiary is someone who will lose coverage under the Plan because of a qualifying event. Depending on the type of qualifying event, Employees, Spouses of Employees, and Dependent Children of Employees may be qualified beneficiaries. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage must pay for COBRA continuation coverage. If you or your Spouse or Dependents become eligible for COBRA continuation coverage, you will be advised of the charge at that time. COBRA continuation coverage does not include death benefits, AD&D or disability benefits.

If you are an Employee, you will become a qualified Beneficiary if you lose your coverage under the Plan if one of the following qualifying events happens:

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

If you are the Spouse of an Employee, you will become a qualified Beneficiary if you will lose your coverage under the Plan if any of the following qualifying events happens:

- your Spouse dies;
- your Spouse's hours of employment are reduced;
- your Spouse's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- your Spouse becomes enrolled in Medicare (Part A, Part B, or both); or
- you become divorced or legally separated from your Spouse.

Your Dependent Children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan (subject to the provisions of a Qualified Medical Child Support Order) if any of the following qualifying events happens:

- the parent-Employee dies;
- the parent-Employee's hours of employment are reduced;
- the parent-Employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- the parent-Employee becomes enrolled in Medicare (Part A, Part B, or both);
- the parents become divorced or legally separated; or
- the Child stops being eligible for coverage under the Plan under the definition of "Child(ren)" or "Disabled Child."

A reduction of hours as a qualifying event for the three above categories means that contributions are received on the Employee's behalf in a Work Quarter for less than 360 hours and the Employee has insufficient hours in his Hours Bank to maintain coverage. If the Employee self-pays under the Self- Payment provision of this Plan, the period of self-pay is considered part of the COBRA continuation coverage and is included in the eighteen-month initial COBRA continuation coverage. COBRA continuation coverage will not be offered to an Employee who has a reduction in hours unless and until the Employee has exhausted his Hours Bank and any emergency eligibility extension to which he or she may be entitled under the Plan.

Notice of Qualifying Event and Commencement of Coverage

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrator has been notified or is able to determine from its own records that a qualifying event has occurred. The Plan may be able to determine if you will lose eligibility as a result of your death, your eligibility for Medicare Part A, Part B, or both, the termination of your employment or the reduction in your hours of work. If you have not been contacted by the Plan when you lose eligibility for any of the above reasons, you should contact the Fund Office if you want to elect COBRA continuation coverage.

For all other qualifying events (divorce or legal separation of the Employee and Spouse, or a Child's loss of eligibility for coverage as a "Dependent Child,") you must notify the Plan Administrator. The Plan requires you to notify the Plan Administrator within 60 days of your divorce or legal separation, of the loss of your Child's Dependent status under the Plan. In addition to including the names, addresses, telephone numbers and Social Security numbers of all persons whose coverage will be affected by such qualifying event, any notice you send to the Plan Administrator must 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 and death certificates. You must send the notice and supporting documents to the Fund Office at the address provided on page 75.

Providing COBRA Coverage

Once the Plan Administrator determines or receives notice that a qualifying event has occurred, COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified Beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered Employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their Spouse, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their Children. If you lose coverage as a result of the death of an Active Participant, you may be eligible for Widow's Coverage. See page 6 for a full description of the eligibility rules for this benefit.

COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage. When the qualifying event is the death of the Employee, enrollment of the Employee in Medicare (Part A, Part B, or both), your divorce or legal separation, or a Dependent Child losing eligibility as a Dependent Child, COBRA continuation coverage lasts up to 36 months.

When the qualifying event is the end of employment or reduction in the Employee's hours of employment, and the Employee became entitled to Medicare benefits less than 18 months before the qualifying event, COBRA continuation coverage for qualified beneficiaries, other than the Employee, lasts until 36 months after the date of Medicare entitlement. For example, if a covered Employee becomes entitled to Medicare 8 months before the date on which his employment terminates, COBRA continuation coverage for his Spouse and Children can last up to 36 months after the date of Medicare entitlement, which is equal to 28 months after the date of the qualifying event (36 months minus 8 months).

Otherwise, when the qualifying event is the end of employment or reduction of the Employee's hours of employment, COBRA continuation of coverage lasts for up to 18-months. There are two ways in which this 18-month COBRA continuation coverage can be extended.

- 1. Disability extension of 18-month period for continuation coverage.** If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by the Social Security Administration to be disabled and you notify the Plan Administrator in a timely fashion, you and your entire family can receive up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a total maximum of 29 months. The disability would have to have started at some time before the 60th day of COBRA continuation coverage and must last at least until the end of the 18th month period of coverage for this extension to apply. A disability must be established by a Social Security Administration (SSA) determination of disability.

To be eligible for the 11-month extension, you or the affected Beneficiary must notify the Plan Administrator of the Social Security Administration's determination within 60 days after the latest of: (1) The date of the SSA disability determination; (2) the date on which the qualifying event occurs; (3) the date on which the qualified Beneficiary loses coverage; or (4) the date on which the qualified Beneficiary is informed, through receipt of the Plan/SPD, a general notice or election notice, of the obligation to provide the disability notice. Each qualified Beneficiary who has elected continuation coverage will be entitled to the 11-month disability extension if one of them qualifies. In addition, the Plan Administrator must receive the notification before the end of the initial 18-month period for COBRA continuation coverage.

- 2. Second qualifying event extension of 18-month period of continuation coverage.** If your family experiences another qualifying event while receiving COBRA continuation coverage, the Spouse and Dependent Children in your family can get additional months of COBRA continuation coverage, up to a maximum of 36 months. This extension is available to the Spouse and Dependent Children if the former Employee dies, enrolls in Medicare (Part A, Part B, or both), or gets divorced or legally separated or if the Dependent Child stops being eligible under the Plan as a Dependent Child but only if the event would have caused the Spouse or Child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred. In all of these cases, you must make sure that the Plan Administrator is notified of the second qualifying event within 60 days of the second qualifying event.

Notices

Any notice described above that you are required to send to the Fund pertaining to a qualifying event or COBRA extended coverage in general, must be sent in writing to the Fund Office at:

Iron Workers Trust Fund Local No. 5
c/o Zenith American Solutions, Inc.
3 Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200
Pittsburgh, PA 15222

Termination of COBRA Continuation Coverage

Your COBRA continuation coverage may terminate earlier than the maximum period if:

- all health care coverage offered by the Fund terminates;
- the required premium is not paid on time;
- for each person, he or she becomes covered by another plan; or
- for each person, he or she becomes entitled to Medicare.

If You Have Questions

Questions concerning your Plan, or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact listed below. For more information about your rights under ERISA, including COBRA, the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area. Contact EBSA electronically at askebsa.dol.gov or call toll free at 1-866-444-3272.

Keep Your Plan Informed of Address Changes

In order to protect your family's rights, you should keep the Plan Administrator informed of any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send the Plan Administrator.

Plan Contact Information

Further information about the Plan's provisions may be obtained from the Plan Administrator at the Fund Office. You may contact the Plan Administrator at the following address:

Iron Workers Trust Fund Local No. 5
c/o Zenith American Solutions, Inc.
3 Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200
Pittsburgh, PA 15222

7. Military Service

If you enter the Uniformed Services as defined in the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act (USERRA), which generally includes active military duty or training, inactive duty or training, full-time National Guard duty under federal statute, or fitness-for-duty examination; or for service as an intermittent disaster-response reservist upon activation of the National Disaster Medical System, or a related authorized training program, for service that is 30 days or less, you will automatically be covered by the Plan. For the same service that is greater than 30 days, your eligibility will continue. This continuation right operates in the same way as COBRA continuation coverage (see page 6), however the Trustees may, in their sole discretion, establish a reduced premium. Keep in mind that while you are in the Uniformed Services, you may have medical coverage from the military.

At your option, you may elect to freeze your Work/eligibility Quarter and Hours Bank eligibility at the time you enter the Uniformed Services. If you returned to Covered Employment after your service, provided you comply with the return to work requirements of USERRA, any frozen eligibility will be immediately restored. If you decide to freeze your eligibility or if you exhaust your Hours Bank, you may continue coverage for you and your eligible Dependents at your own expense for up to 24 months at the COBRA rate, unless a lower rate has been established by the Trustees. If you want to freeze your eligibility in the Plan you must notify the Fund Office.

If you are honorably discharged from the Uniformed Services, Plan coverage for you and your eligible Dependents will be reinstated on the day that you begin work with an Employer participating in the Fund, provided that you comply with the notice on return to work requirements of the USERRA. These requirements are described in “A Non-Technical Resource Guide to the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act (USERRA),” which can be found at the Department of Labor website at: www.dol.gov/dol/vest. However, if you have exhausted your work/benefit quarter and Hours Bank eligibility while in the Uniformed Services, you must work a sufficient number of hours to meet either the initial eligibility or Work/eligibility Quarter rules of the Plan before you will be eligible to receive benefits under the Plan.

You must notify the Plan that you are entering the Uniformed Services and you should notify the Plan, when possible, at least 30 days in advance of the commencement of your service.

8. Family and Medical Leave Act (FMLA)

Your Employer, not the Fund, must continue to pay for health coverage during any approved leave under the Federal Family and Medical Leave Act (FMLA). In general, Employees may qualify for up to 12 weeks of unpaid FMLA leave per year if:

- i. The Employer has at least 50 employees working within a 75-mile radius; and
- ii. The Employee has worked for the Employer for at least 12 months and for a total of at least 1,250 hours during the most recent 12 months; and
- iii. The leave is required for one of the following reasons:
 - a. Birth or placement of a Child for adoption or foster care,
 - b. To care for your Child, Spouse or parent with a serious health condition,
 - c. Your own serious health condition; and
 - d. Absence for certain military service or obligations or certain medical or other care connected with military service.

Details concerning FMLA leave are available from your Employer. Requests for FMLA leave must be directed to your Employer; the Fund cannot determine whether you qualify or not. If there is a dispute between you and your Employer concerning eligibility for FMLA leave, you may continue your health care coverage by making COBRA self-payments. If the dispute is resolved in our favor and your employer pays contributions to the Plan to cover your FMLA leave, the Plan will refund any corresponding COBRA payments you made. If the Employer continues your coverage during an FMLA leave and you fail to return to work, you may be required to repay the Employer for all contributions paid to the Plan for coverage during your leave.

You may also be entitled to continued coverage paid by your Employer under a family and medical leave act law, enacted by a State or other governmental entity, similar to the FMLA

When Do My Death Benefits and Accidental Death and Dismemberment Insurance Benefits Terminate?

Your coverage under this policy will terminate when your eligibility to participate in the Plan ceases, whether your eligibility in the Plan is maintained pursuant to hours worked within a previous Work Quarter, use of your Hours Bank, Self-Payment, emergency eligibility or retiree coverage.

Retroactive Cancellation of Coverage

The Plan will only retroactively cancel coverage under the Plan In accordance with the requirements of the Affordable Care Act, such as when contributions or self-payments are not timely paid, or in cases of fraud or intentional misrepresentation of material fact.

LIFE EVENTS

Your benefits are designed to adapt to your needs at different stages of your life. This section describes how your coverage is affected when you experience certain “life events” and what you must do to make sure you get the most from your coverage.

Fast Facts:

- You should notify the Fund Office within 60 days if you experience a life event that may affect your coverage.
- You, your Spouse and/or your Dependents may qualify to continue coverage under COBRA in the event of a loss of eligibility, divorce, legal separation or termination or reduction of your work hours.

The following life events may affect your coverage:

- Getting married, divorced or legally separated
- Losing eligibility
- Having a baby or adopting a Child
- Terminating employment
- Becoming disabled
- Retiring
- Death

If You Marry

If you get married, your legal Spouse will be eligible for coverage under this Plan. Your Spouse’s coverage is retroactive to the date of marriage if you notify the Plan Administrator within 12 months of your marriage. If you fail to notify the Plan Administrator within this 12-month period, your Spouse will be eligible for coverage on the first day of the month following the date the Plan Administrator receives notice of your marriage. You must provide a copy of your marriage license as proof of eligibility.

If you wish to name your Spouse as your Beneficiary for your death benefit or accidental death and dismemberment benefit, contact the Plan Administrator. You will be required to complete a “Change of Beneficiary” form.

If your Spouse is covered under another group medical plan, you must report this other coverage to the Fund Office. The amount of benefits payable under the Iron Workers Local No. 5 Health and Welfare Plan will be coordinated with your Spouse’s other coverage. For more information, see “Coordination of Benefits” on page 50.

If You Divorce or Separate

If you divorce or are legally separated from your Spouse, notify the Fund Administrator within 60 days. You will need to provide the following information:

- A copy of your divorce decree or separation agreement;
- A copy of any Qualified Domestic Relations Order (QDRO), if applicable; and
- A copy of any Qualified Medical Child Support Order (QMCSO), if applicable

If You Move

If you move, keep in touch! Let the Fund Office know your new address as soon as possible to make sure the Plan’s records are up to date, to receive important Plan notices and to avoid a delay in the payment of your claims.

Once you divorce or legally separate, your Spouse is no longer eligible for benefits under this Plan, however, he or she may enroll in COBRA continuation coverage (see page 6). **A divorce automatically revokes your Spouse as your designated Beneficiary for all Plan purposes (such as for death benefits) and you must designate a new Beneficiary or re-designate your divorced Spouse, if you so desire.**

If you do not notify the Fund Administrator when you divorce or legally separate, you will be responsible for reimbursing the Plan for all charges that were paid by the Plan on behalf of your former Spouse while he or she was not eligible for coverage.

If your former Spouse wants to purchase COBRA continuation coverage, he or she must contact the Plan Administrator. Your former Spouse may purchase COBRA for up to a maximum of 36 months as long as the Plan Administrator is informed of the divorce or legal separation within 60 days of the day the divorce or legal separation becomes final.

If You or a Dependent Loses Eligibility for Coverage

Notify the Plan Administrator within 60 days of the date you, your Spouse or your Child loses eligibility for coverage under the Plan. You and/or your Dependents may be eligible to continue coverage through one of the Plan's Self-Payment provisions or through COBRA, depending on the reason for loss of eligibility. Refer to page 6 for details.

If You Have a Baby or Adopt a Child

Your new Child will be eligible for coverage under this Plan as long as he or she meets the definition of Dependent (see page 55). You should provide the Plan Administrator with a copy of the baby's birth certificate or a copy of the adoption certificate, and information about any other medical insurance if he or she is covered under another group insurance plan. The Health and Welfare Plan covers many expenses related to Child wellness.

If You Stop Working

If you terminate employment, you will no longer be eligible for health and welfare benefits coverage through this Plan. In some cases, you may be eligible to continue your coverage through COBRA (see page 6).

If You Become Disabled

If you become ill or disabled, notify the Fund Office. You may be eligible to receive an Accident and Sickness Benefit from the Plan. You will need to complete a disability income claim form, including an Attending Physician's Statement attesting to your disability. Your Physician must certify that you are medically unable to work in order to receive the benefit. See page 42 for more information.

Continuing Your Plan Coverage While You're Disabled

To continue your coverage, you may be eligible for an emergency eligibility extension under the Plan to maintain your coverage. If you were eligible and have had contributions made to the Fund on your behalf for work performed under an Iron Workers Local No. 5 collective bargaining agreement or under a participation agreement with the Fund within the 30 days immediately prior to the onset of the illness or injury which rendered you totally disabled (as defined on page 57) and your eligibility has terminated due to this illness or injury, your eligibility will be extended for a period not to exceed one year from the last Benefit Quarter during which you were eligible, under the eligibility rules of this Plan.

If you were injured while contributions were being made to the Fund on your behalf for work performed under an Iron Worker's Local No. 5 collective bargaining agreement or under a participation agreement with the Fund, are receiving Workers' Compensation benefits and your eligibility terminated due to this work related disability, your eligibility will be extended for a period not to exceed one year from the last Benefit Quarter in which you were covered under the eligibility rules of the Plan. However, medical claims related to the injury for which you are receiving Workers' Compensation benefits are not covered. See page 42 for more information.

What Does the Plan Mean by "Totally and Permanently Disabled?"

Total Disability means a disability commencing after the date coverage becomes effective under this Plan and resulting from bodily injury or illness that wholly prevents you from engaging in any and every business or occupation and from performing any and all work for compensation or profit.

Death Benefits and Accidental Death and Dismemberment Coverage

While you are covered under the Plan during your period of disability, you will continue to be eligible for a death benefit, which will be paid to your Beneficiary, for the 12-month period immediately following your date of disability. See page 41 for more information.

If You Retire

Coverage from This Plan as a Retiree

As a retiree, you may continue to participate in this Plan by making personal contributions until you become Medicare Eligible, if you meet certain requirements. See page 5.

Medicare

When you reach age 65, you are automatically eligible to participate in the Federal Medicare Basic Hospital Insurance Part A whether you are actively employed or not. Plan A provides comprehensive Hospital benefits at no cost to eligible individuals. Also, the Federal Medicare program provides a “Voluntary Supplemental Medical Insurance Program” Part B. However, to obtain these comprehensive surgical-medical benefits, you must enroll in writing for Medical Part B and pay the monthly participation charge as set forth by the Federal Government.

If You Die

If you are married and a Plan Participant at the time of your death, and your Spouse is not currently receiving Medicare benefits, your Spouse may continue coverage under this Plan for up to five years by making Self-Payments. See “Surviving Spouse’s Coverage” on page 6 for more information.

If You Reach Age 65 and Continue to Work

If you attain age 65 and continue working active employment under a Collective Bargaining Agreement and a signatory Employer continues to make payments to the Trust on your behalf for a sufficient number of hours for you to maintain your eligibility, you will be entitled to all Trust Fund benefits so long as you remain eligible as an actively employed Participant.

SCHEDULE OF BENEFITS

The following schedule lists the medical benefits provided under the Plan.

Note, that while it is the intention of the Trustees to maintain and improve the level of benefits as financial conditions permit, none of the benefits or levels of coverage are guaranteed and may be reduced or eliminated if the Trustees determine it is necessary for the financial health of the Plan or for administrative reasons.

The following generally summarizes the out-of-pocket costs that you will pay for services, however there are some exceptions to this that are stated later in this section.

SUMMARY OF BENEFITS	
DEDUCTIBLES & MAXIMUMS	
Annual Deductible, each covered person	\$300
Maximum Family Deductible	\$600
Plan Pays	In-Network - 80% Out-of-Network - 70%
You Pay (unless otherwise noted)	In-Network - 20% Out-of-Network - 30% of Allowed Amount plus additional amounts that may be billed directly to you by the provider
Annual Out-of-Pocket Maximum, Medical	\$1,500 per Individual; \$3,000 per Family
Annual Out-of-Pocket Maximum, Prescription Drug	\$1,000 per Individual; \$2,000 per Family
Lifetime Maximum for Benefits	Unlimited

Example: If you have an In-Network medical expense totaling \$15,000, you are responsible for the first \$300 in any calendar year (the Deductible). Once the Deductible is satisfied (and assuming that the expense is a covered item by the Plan and it does not exceed the Allowed Amount), the Plan pays the remaining 80% of the expense, up to the out-of-pocket maximum limitations of the Plan, which would become \$1,500 after you meet the Deductible. In this case, of the remaining \$14,700, you would be responsible for 20% Coinsurance, or \$2,940. Since this exceeds the out-of-pocket limit, the Plan would reimburse you, or your medical provider for the balance.

PLAN COVERAGE	
Inpatient Hospital Care Hospital Room and Board (subject to pre-certification requirements)	Average semi-private room rate
Emergency Room Care	Subject to Deductible and Coinsurance
Urgent Care center	Paid at 100%, no Deductible.
Inpatient Surgery ♦	Subject to Deductible and Coinsurance, Non-emergency procedures must be pre-certified
Outpatient Surgery ♦	Subject to Deductible and Coinsurance
Maternity Management Program	Covered at 100% with no Copayment or Deductible
Maternity Care (for Participant and Spouse only)	Subject to Deductible and Coinsurance

Physician's Office Visits	Subject to Deductible and Coinsurance
Preventive Care	In-Network: Covered at 100% with no Coinsurance or Deductible Out-of-Network: 100% of Allowed Amount, up to \$500 calendar-year family maximum. Then subject to Deductible and Coinsurance plus any balance billing.
Mental/Nervous Disorders Inpatient Services	Subject to Deductible and Coinsurance, pre-certification is required, except in the case of emergency inpatient admittance
Outpatient	Subject to Deductible and Coinsurance
Substance Abuse Treatment	Subject to Deductible and Coinsurance
Hospice Care Inpatient Services Outpatient	Limited to \$3,000 per period of care Limited to \$2,000 per period of care
Chiropractic Care	Subject to Deductible and Coinsurance
Organ Transplants	Subject to Deductible and Coinsurance
Lasik Eye Surgery or Radial Keratotomy	Maximum lifetime allowance of \$1,500 per family

♦ If two or more surgical operations are performed at the same time, through the same surgical opening, the total amount payable for such operations will be 80% of usual, reasonable and customary for the first procedure and 50% of usual, reasonable and customary for the second.

PRESCRIPTION DRUGS		
Type of Drug	Your Cost If You Use Any In-Network Retail Pharmacy for up to a 30-Day Supply	Your Cost If You Use the CVS Caremark Mail Order Service or Maintenance Choice Program at In-Network Pharmacy for 90-day supply
Generic	\$15 Copay/Script	\$30 Copay/Script
Preferred Brand name	\$30 Copay/Script	\$60 copay/Script
Non-Preferred Brand	\$50 Copay/Script	\$100 Copay/Script
Specialty	20% Coinsurance; \$250 maximum out-of-pocket	

There is a \$0 Copay for Preferred Brand Influenza vaccines. Certain drugs may require prior-authorization. Coverage for Out-of-Network pharmacies is subject to the same Copays as In-Network and is limited to the amount that would have been paid had the prescription been obtained at an In-Network pharmacy. Specialty drugs only provided if purchased through the CVS Caremark Specialty Program. In addition, some specialty drugs are not covered by the Plan and some are not available through this Program but will be covered under the medical benefit and subject to deductibles and the 20% co-pay. Contact the Fund Office if you need information about whether and how a specialty drug will be covered.

DENTAL CARE		
Dental Benefits Plan Pays		Up to 85% of Allowed Amount for Participant, Spouse and Dependent Children age 19 up to 26; 100% of Allowed Amount for Dependent Children age 18 and under
Dental Maximum		\$2,000 per Family per calendar year
Orthodontic Benefits		Up to 50% of Allowed Amount for Dependent Children age 18 and under
Orthodontic Maximum		\$2,000 lifetime maximum per Individual
VISION CARE		
	In-Network	Out-of-Network
Eye Examination	No Charge, One exam per calendar year	Up to \$40.00 reimbursement for one exam per calendar year
Lenses	One set of lenses per calendar year	Single: up to \$40.00 allowance Bifocal: up to \$60.00 allowance Trifocal: up to \$80.00 allowance Lenticular: up to \$80.00 allowance
Frames	New frame allowance of up to \$130 per calendar year	Allowance of up to \$45 per calendar year
Contact Lenses Covered Formulary Non-Formulary Necessary Contact Lenses	Up to 4 boxes per calendar year Up to \$105 per calendar year 100%	Up to \$105 per calendar year Up to \$105 per calendar year Up to \$210 per calendar year
DEATH BENEFIT		
Covered Employee Active Employee Pre-Medicare Retirees <i>No Dependent coverage</i>		\$10,000 \$5,000
Accidental Death and Dismemberment Accidental Death On the Job (Actives Only) Common Carrier Accident (Actives, Retirees) Dismemberment (Actives, Retirees) <i>No Dependent coverage</i>		\$100,000 \$10,000 \$2,500 - \$100,000 depending on if on or off the job and type of loss

ACCIDENT AND SICKNESS BENEFITS (Active Participants Only)	
Non-Occupational Accident	Benefits payable as of the first day of lost wages, at a rate of \$175 per week, up to a maximum of 26 weeks
Non-Occupational Illness	Benefits payable as of the eighth day of lost wages, at a rate of \$175 per week, up to a maximum of 26 weeks
Supplement to Workers' Compensation Benefits – available only for losses incurred while working in employment covered by the Iron Workers Local No. 5 jurisdiction in Maryland and Virginia	Benefits payable as of the first day of Workers' Compensation payments, at the rate of \$100 per week, up to a maximum of 52 weeks per cause.

If you are no longer an Active Participant, upon attainment of age 65 (or Medicare eligibility based on disability), Medicare will assume primary payment responsibility for your health claims. You must apply for this benefit at the nearest Social Security Office. Once you reach 65, and if you are no longer an Active Participant in the Plan, this Fund will no longer accept primary responsibility for your medical expenses, whether or not you apply for Medicare. See the "Coordination of Benefit" section of this booklet for details regarding the interaction between this Fund and Medicare.

HOW THE PLAN WORKS

Fast Facts:

- Your health plan uses the CareFirst Blue Cross Blue Shield PPO, a Preferred Provider Organization made up of a network of doctors, Hospitals and laboratories.
- With a PPO, you have the freedom to visit any provider that you'd like, without a referral. However, you'll likely pay less when you visit a provider in the PPO network.

May I Choose My Own Physician or Other Health Care Provider?

Yes. The Plan covers medical care provided by a licensed medical doctor (M.D.), doctor of osteopathy (D.O.), and any other health care provider who is acting within the scope of his or her license or certification under applicable state law.

You should be aware, however, that the Fund participates in a Preferred Provider Organization (PPO), which has negotiated lower fees with many Physicians and Hospitals. In the Washington, D.C. and Baltimore metropolitan areas, the Fund has contracted with the CareFirst Blue Cross Blue Shield PPO.

You should visit www.carefirst.com to find a participating PPO Physician or facility in the CareFirst Blue Cross Blue Shield network. Doing so saves both you and the Fund money.

You can also contact CareFirst Blue Cross Blue Shield at the number on the back of your Flexlink I.D. card to request a copy of a printed provider directory of participating PPO Physicians or facilities or to ask if a provider is participating.

All Participants that reside outside of the CareFirst Blue Cross Blue Shield participating provider network can use their Flexlink I.D. cards to access the local Blue Cross Blue Shield participating provider network in the area that they live. For most members this means access to the Anthem Blue Cross Blue Shield participating provider network in Maryland and Virginia. For others, this may mean access to participating Blue Cross Blue Shield provider networks in West Virginia, Delaware, Pennsylvania, etc.

Primary Care Physician

You may select your own primary care physician (PCP). Pediatricians can be selected as your Child's PCP.

Are All Expenses Covered in Full?

No. The Plan only pays for "Covered Expenses" as described starting on page 22. You must share in the cost of your medical expenses. You are responsible for paying Deductibles, Coinsurance amounts and non-covered expenses. Amounts charged by medical providers in excess of the Allowed Amount (as determined by the Fund) are not considered eligible covered expenses.

What is a Deductible?

In each calendar year, you and each member of your family must pay the first \$300 of certain covered expenses. This "out-of-pocket" expense is called the "Deductible". The medical Deductible is satisfied for a whole family when the family meets \$600.

What is a Copayment?

A copayment is a flat dollar amount that you are required to pay for certain covered services. Refer to the Schedule of Benefits on page 16 to see Copayment amounts.

What is Coinsurance?

Coinsurance is the portion of covered expenses that you are responsible for paying. Once you meet your annual Deductible, you and the Plan share in the cost of your medical expenses. For services that require coinsurance, you pay a percentage and the Plan pays a percentage. For example, you pay 20% and the Plan pays 80% of the costs when you visit a provider who participates in the PPO network. This is called your “Coinsurance.”

What is My Maximum Annual Benefit?

There is no annual or lifetime limit on the amount of benefits the Plan will pay.

Is Pre-Certification Required Prior to a Hospital Confinement?

Pre-Certification should be obtained for all Hospital Admissions (by calling American Health Holding at 1-800-641-5566).

In the event of a non-emergency Hospital admission, American Health Holding should be notified as soon as possible after you know that you are to be admitted.

In the event of an emergency Hospital admission, American Health Holding should be contacted within 48 hours of the admission.

What are My Benefits if I Elect Not to Use the Pre-Certification Services?

If Pre-Certification is not obtained, no benefit will be paid for the period of time not authorized by American Health Holding.

If I Have a Dispute with the Fund or the Trustees, May I Bring Legal Action in Court?

Yes, you have the right to bring a civil action under Section 502(a) of ERISA once a final determination has been made by the Trustees on your request for a benefit, payment or other relief. However, under the rules adopted by the Trustees, if you disagree with a decision by the Fund and you want to file a lawsuit against the Fund or the Trustees, you must bring the claim within two years after a final internal appeal is denied. If you fail to bring a claim within this time period, it will be forever waived.

Coinsurance vs. Copayment

Coinsurance is the percentage of the cost of care that you pay (e.g., 20%). Your coinsurance is a percentage of the In-Network PPO rate or a percentage of the Allowed Amount for non-PPO providers, however a non-PPO provider may charge you an additional amount over the Allowed Amount. Your Copayment is a flat dollar amount (e.g., \$15) that you pay to a PPO provider for certain services. For example, if you get a generic drug prescription filled at a participating pharmacy, you pay a flat \$15 Copayment, and the Plan pays the rest.

YOUR BENEFITS

The following Questions and Answers help you determine the amount of your Plan Benefits, what expenses are covered, and some limits you should know about.

What are Covered Expenses?

Covered Expenses are only those expenses for services and supplies that are:

- administered or ordered by a licensed Physician;
- not in excess of the Allowed Amount;
- medically necessary; and
- not excluded under the terms of the Plan.

The amount of Covered Expenses paid by this Plan is limited to the amounts shown in the Schedule of Benefits for:

- charges that are medically necessary for the diagnosis and treatment of an illness or injury;
- charges for routine Physician's office visits for physical examinations;
- charges made by a Hospital for semi-private room and board, general nursing services, use of an Intensive Care Unit, necessary in-patient services and supplies, out-patient treatment for chronic conditions;
- charges for the Hospital emergency room or an ambulatory care center, if you have an emergency medical condition. An emergency medical condition is a condition that manifests itself by acute symptoms of sufficient severity that the patient reasonably expect that, in the absence of immediate medical attention, could place the patient (or an unborn child with respect to a pregnant woman) in serious jeopardy, serious impairment to bodily functions or serious dysfunction of any bodily organ or part. **Benefits for the use of the Hospital emergency room for non-emergencies are not covered under the Plan.**
- charges for emergency services at an urgent care center, whether or not that center is a CareFirst Blue Cross Blue Shield provider. Use of an urgent care center is paid at 100% with no Deductible.
- charges made by a Convalescent Nursing Home for semi-private room and board, general nursing services and customary medical services;

NOTE: Convalescent Nursing Home expenses are covered for a maximum period of 120 days if the individual is confined in such facility immediately following a Hospital confinement for the same cause.

- charges made by a Home Health Care Agency for services and supplies provided to a covered person in his or her home in accordance with a Home Health Care Plan including nursing care by a licensed registered or practical nurse; personal care by a home health aide; physical, occupational and speech therapy, medical supplies; drugs and medicines prescribed by a licensed Physician; and laboratory services provided by or on behalf of a Hospital to the extent these charges would be covered if the covered person were confined in a Hospital;

NOTE: Home Health Care Agency expenses are covered only when care commences within seven days following Hospital confinement. Coverage is limited to a maximum of 30 home visits per calendar year per individual (a period of 4 hours or less constitutes one Home Health Care visit). Home Health Care

Agency services provided by a social worker are not covered, nor are any expenses for services or supplies not included in the Home Health Care Plan.

- charges made by a legally qualified Physician for medical care and/or surgical treatment;
- charges made by a registered nurse for private duty nursing;
- charges made by a licensed physiotherapist;
- charges made by a licensed nurse midwife;
- charges made by a professional local ambulance service for transportation to a Hospital for emergency care or treatment;
- charges for X-rays, microscopic and laboratory tests;
- charges for radiation therapy or treatment;
- charges for oxygen and other gases and their administration;
- charges for electrocardiograms, electroencephalograms, pneumoencephalogram, basal metabolism tests and similar, generally approved diagnostic tests;
- charges for anesthesia and its administration;
- charges for dressings, sutures, casts, splints, trusses, crutches, braces (not including dental braces or corrective plates) and other necessary medical supplies;
- charges for rental or, if more economical, purchase of durable medical equipment such as a wheelchair, Hospital bed or iron lung;
- charges for the first-time fitting of artificial limbs, eyes or larynx; charges for the repair of artificial limbs, eyes or larynx; charges for replacement of artificial limbs will be covered once every five years if recommended by a Physician and charges for any replacement of eyes and larynx or the replacement of artificial limbs more often than once every five years shall be covered only upon showing that the replacement is medically necessary to alleviate or prevent serious illness, disease or injury;
- charges for hearing aids; for Participants and Dependents age 18 and under, the Plan will pay for hearing aids for up to \$2,000 per ear, every two years. For Participants and Dependents age 19 and older, the Plan will pay for hearing aids for up to \$2,000 per ear as follows: (1) once every five years; or (2) as needed (no more than once a year) if in the Plan's sole discretion, it is established that a hearing aid is medically necessary. Medical necessity does not include deterioration of hearing since the last hearing aid was acquired, loss or damage to a hearing aid, or replacement of a hearing aid because of new technology or cosmetic reasons. Also, this benefit does not cover the repair or maintenance of hearing aids or the purchase of new batteries. The benefit does not cover the repair or maintenance of hearing aids or the purchase of batteries;
- charges for Lasik eye surgery or radial keratotomy subject to a lifetime maximum of \$1,500 per family
- circumcision and Hospital charges for routine care of a newborn Child;
- charges for chiropractic care;
- charges for second and third surgical opinions;
- charges for gastric bypass surgery, if all of the following preconditions apply: (1) the individual is at least 18-years-old, has reached full expected skeletal growth and has had a body mass index (BMI) of 40 or higher; or a BMI between 35-39.9 with at least one significant co-morbidity (e.g. Type 2 diabetes, hypertension, coronary artery disease etc.), for the last 24 months; (2) the individual presents acceptable documentation of active participation in a Physician-supervised weight management program for six or more months without a significant gap within the last 2 years; and (3) the individual

obtains a recommendation to perform surgery from a qualified surgeon, a separate medical evaluation recommending bariatric surgery and clearance for surgery from a medical health provider;

- diagnostic infertility tests for determination of the condition and treatment of the medical condition if it is causing the infertility problem, including corrective surgery;
- certain sterilization procedures for Participants and Spouses, not including surgery for reversal of sterilization;
- speech therapy by a qualified speech therapist required as a result of an injury or illness other than a functional nervous disorder;
- radiation and chemotherapy, precertification is required for treatment prior to the start of any outpatient chemotherapy services by contacting American Health Holding (AHH) at 1-800-641-5566. The precertification process ensures that treatment will be reviewed in advance to assist with possible treatment plans tailored to patient needs;
- occupational therapy;
- Hospice care, subject to the limitations shown in the Schedule of Benefits. Hospice benefits cover the Allowed Amount in a certified Hospice for a Participant with a life expectancy of 6 months or less, as certified by the attending Physician;
- acupuncture if performed by a Physician (MD or DO); a chiropractor with proper credentials to perform acupuncture in the state or other governmental jurisdiction in which he/she is licensed; an acupuncturist who is properly licensed by the state or other licensing governmental jurisdiction or; an acupuncturist certified by the National Certification Commission for Acupuncture (NCCAOM) in states where licensing of an acupuncturist is not required. Services will only be covered if the procedure is generally recognized and accepted as effective treatment for the illness, injury or other condition for which it is being used;
- psychological testing for autism;
- cosmetic, plastic or reconstructive surgery when required to correct cleft lip/cleft palate; however, the Plan does not pay for any such surgery that is performed primarily for cosmetic reasons; and
- Maternity Management Program for expectant mothers.

Preventive Services

This Plan provides coverage for certain Preventive Services as required by the Affordable Care Act of 2010 (ACA). Coverage is provided on an In-Network basis with no cost sharing. This means that the service will be covered at 100% of the Plan's Allowed Amount, with no Coinsurance, Copayment, or Deductible for the following services:

- Services described in the United States Preventive Services Task Force (USPSTF) A and B recommendations; and
- Services described in guidelines issued by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the Centers for Disease Control (CDC) and Health Resources and Services Administration (HRSA) guidelines, including the American Academy of Pediatrics Bright Futures guidelines and HRSA guidelines relating to services for women.

If Preventive Services are received from an Out-of-Network provider, they are covered at 100% of the Allowed Amount, up to the \$500 calendar-year family maximum. Then balances are subject to the Deductible and 70% Coinsurance.

In some cases, federal guidelines are unclear about which Preventive Services must be covered under the ACA. In that case, the Plan will determine whether a particular benefit is covered under this Preventive Services

benefit. The Plan will impose cost sharing for treatment that is not a recommended preventive service, even if the treatment results from a recommended preventive service. As of January 1, 2020, the following preventative services are covered. This list may change if additional recommendations are adopted by the applicable organizations.

Covered Preventive Services for Adults

- Abdominal aortic aneurysm one-time screening for men ages 65-75 who have ever smoked.
- Alcohol misuse screening and counseling: Screening and behavioral counseling interventions to reduce alcohol misuse by adults ages 18 and older, including pregnant women, in primary care settings.
- Aspirin to prevent cardiovascular disease when prescribed by a health care provider. A prescription must be submitted in accordance with plan rules.
- Blood pressure screening for all adults age 18 and older. Blood pressure screening is not payable as a separate claim, as it is included in the payment for a physician visit.
- Cholesterol screening (lipid disorders screening) for men aged 35 and older and women aged 45 and older; men aged 20-35 if they are at increased risk for coronary heart disease; and women aged 20-45 if they are at increased risk for coronary heart disease.
- Colorectal cancer screening using fecal occult blood testing, sigmoidoscopy, and colonoscopy, in adults beginning at age 50 and continuing until age 75, and for younger patients when recommended by a physician due to a determination that the individual is at a higher risk for contracting the disease or has exhibited certain symptoms or test results that may indicate the presence of the disease. The test methodology must be medically appropriate for the patient. The plan will not impose cost-sharing with respect to a polyp removal during a colonoscopy performed as a screening procedure.
- Depression screening for adults.
- Type 2 diabetes screening for asymptomatic adults with sustained blood pressure (either treated or untreated) greater than 135/80 mm Hg.
- Diet counseling for adults at higher risk for chronic disease.
- HIV screening for all adolescents and adults ages 15 to 65 and for younger and older individuals at increased risk.
- Obesity screening and intensive counseling and behavioral interventions to promote sustained weight loss for obese adults. Screening includes measurement of BMI by the clinician with the purpose of assessing and addressing body weight in the clinical setting.
- Sexually transmitted infection (STI) prevention counseling for adults at higher risk.
- Tobacco use screening for all adults and cessation interventions for tobacco users.
- Syphilis screening for all adults at increased risk of infection.
- Counseling for young adults to age 24 who have fair skin about minimizing their exposure to ultraviolet radiation to reduce risk for skin cancer.
- Exercise or physical therapy to prevent falls in community-dwelling adults age 65 years and older who are at increased risk for falls.
- Vitamin D supplementation to prevent falls in community-dwelling adults age 65 years and older who are at increased risk for falls. Over-the-counter supplements are covered only with a prescription.
- Screening for hepatitis C virus (HCV) infection in persons at high risk for infection and a one- time screening for HCV infection in adults born between 1945 and 1965.

Covered Preventive Services for Women, Including Pregnant Women

- Well woman office visits for women ages 21 to 64, for the delivery of required Preventive Services, including preconception and prenatal care.
- Anemia screening on a routine basis for pregnant women.
- Bacteriuria urinary tract or other infection screening for pregnant women. Screening for asymptomatic bacteriuria with urine culture for pregnant women is payable at 12 to 16 weeks' gestation or at the first prenatal visit, if later.
- BRCA counseling about genetic testing for women at higher risk. Women whose family history is associated with an increased risk for deleterious mutations in BRCA 1 or BRCA 2 genes will receive referral for counseling. The plan will also cover BRCA 1 or 2 genetic tests without cost-sharing, if appropriate as determined by the woman's health care provider.
- Breast cancer screening mammography for women with or without clinical breast examination and with or without diagnosis, every 1 to 2 years for women aged 40 and older.
- Breast cancer chemoprevention counseling for women at higher risk. The Plan will pay for counseling by physicians with women at high risk for breast cancer and at low risk for adverse effects of chemoprevention, to discuss the risks and benefits of chemoprevention. In addition, effective with the plan year beginning on or after September 24, 2014, for women at increased risk for breast cancer and at low risk for adverse medication effects, risk-reducing medications such as tamoxifene or raloxifene.
- Comprehensive lactation support and counseling by a trained provider during pregnancy and/ or in the postpartum period, and costs for renting breastfeeding equipment. The plan may pay for purchase of lactation equipment instead of rental, if deemed appropriate by the Plan Administrator.
- Cervical cancer screening for women ages 21 to 65 with Pap smear every three years.
- Human papillomavirus testing for women ages 30 and older with normal Pap smear results, once every three years as part of a well woman visit.
- Chlamydia infection screening for all sexually active non-pregnant young women aged 24 and younger, and for older non-pregnant women who are at increased risk, as part of a well woman visit. For all pregnant women aged 24 and younger, and for older pregnant women at increased risk, Chlamydia infection screening is covered as part of the prenatal visit.
- FDA-approved contraceptives methods, sterilization procedures, and patient education and counseling for women of reproductive capacity. FDA-approved contraceptive methods include barrier methods, hormonal methods, and implanted devices, as well as patient education and counseling, as prescribed by a health care provider. The Plan may cover a generic drug without cost sharing and charge cost sharing for an equivalent branded drug. The Plan will accommodate any individual for whom the generic would be medically inappropriate, as determined by the individual's health care provider. Services related to follow-up and management of side effects, counseling for continued adherence, and device removal are also covered without cost sharing.
- Folic acid supplements for women are planning or capable of pregnancy, containing 0.4 to 0.8 mg of folic acid. Over-the-counter supplements are covered only if the woman obtains a prescription
- Gonorrhea screening for all sexually active women, including those who are pregnant, if they are at increased risk for infection (i.e., young or have other individual or population risk factors), provided as part of a well woman visit. The Plan will pay for the most cost-effective test methodology only.
- Counseling for sexually transmitted infections, once per year as part of a well woman visit.
- Counseling and screening for HIV, once per year as part of a well woman visit, and for pregnant women, including those who present in labor who are untested and whose HIV status is not known.
- Hepatitis B screening for pregnant women at their first prenatal visit.

- Osteoporosis screening for women. Women aged 65 and older will be eligible for routine screening for osteoporosis. Younger women will be eligible for screening if their risk of fracture is equal to or greater than that of a 65-year-old woman. The Plan will pay for the most cost-effective test methodology only.
- Rh incompatibility screening for all pregnant women during their first visit for pregnancy related care, and follow-up testing for all unsensitized Rh (D) negative women at 24-28 weeks' gestation, unless the biological father is known to be Rh (D) negative.
- Screening for gestational diabetes in asymptomatic pregnant women between 24- and 28-weeks' gestation and at the first prenatal visit for pregnant women identified to be at risk for diabetes.
- Counseling interventions for pregnant and postpartum persons who are at increased risk of perinatal depression.
- Tobacco use screening and interventions for all women, as part of a well woman visit, and expanded counseling for pregnant tobacco users.
- Syphilis screening for all pregnant women or other women at increased risk, as part of a well woman visit.
- Screening and counseling for interpersonal and domestic violence, as part of a well woman visit.

Covered Preventive Services for Children

- Well Baby and Well Child visits from ages newborn through 21 years as recommended for pediatric preventive health care by "Bright Futures/American Academy of Pediatrics." Visits will include the following Age-Appropriate screenings and assessments:
 - Developmental screening for Children under age 3, and surveillance throughout Childhood
 - Behavioral assessments for Children of all ages
 - Medical history
 - Blood pressure screening
 - Depression screening for adolescents ages 11 and older
 - Vision screening
 - Hearing screening
 - Height, Weight and Body Mass Index measurements for Children
 - Autism screening for Children at 18 and 24 months
 - Alcohol and Drug Use assessments for adolescents
 - Critical congenital heart defect screening in newborns
 - Hematocrit or Hemoglobin screening for Children
 - Lead screening for Children at risk of exposure
 - Tuberculin testing for Children at higher risk of tuberculosis
 - Dyslipidemia screening for Children at higher risk of lipid disorders
 - Sexually Transmitted Infection (STI) screening and counseling for sexually active adolescents
 - Cervical Dysplasia screening at age 21
 - Oral Health risk assessment
- Newborn screening tests recommended by the Advisory Committee on Heritable Disorders in Newborns and Children (such as hypothyroidism screening for newborns and sickle cell screening for newborns).
- Prophylactic ocular topical medication for all newborns for the prevention of gonorrhea.
- Oral fluoride supplementation at currently recommended doses (based on local water supplies) to preschool Children older than 6 months of age whose primary water source is deficient in fluoride. Over-the-counter supplements are covered only with a prescription.

- Iron supplementation for asymptomatic Children aged 6 to 12 months who are at increased risk for iron deficiency anemia. Over-the-counter supplements are covered only with a prescription.
- Obesity screening for Children aged 6 years and older, and counseling or referral to comprehensive, intensive behavioral interventions to promote improvement in weight status.
- HIV screening for adolescents ages 15 and older and for younger adolescents at increased risk of infection.
- Counseling for Children, adolescents, and young adults ages 10 to 24 years who have fair skin about minimizing their exposure to ultraviolet radiation to reduce risk for skin cancer.

Immunizations

Routine adult immunizations are covered for Participants and Dependents who meet the age and gender requirements and who meet the CDC medical criteria for recommendation.

- Immunization vaccines for adults—doses, recommended ages, and recommended populations must be satisfied:
 - Diphtheria/tetanus/pertussis
 - Measles/mumps/rubella (MMR)
 - Influenza
 - Human papillomavirus (HPV)
 - Pneumococcal (polysaccharide)
 - Zoster
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Meningococcal
 - Varicella
- Immunization vaccines for Children from birth to age 18—doses, recommended ages, and recommended populations must be satisfied:
 - Hepatitis B
 - Rotavirus
 - Diphtheria, Tetanus, Pertussis
 - Hemophilus influenzae type b
 - Pneumococcal
 - Inactivated Poliovirus
 - Influenza
 - Measles, Mumps, Rubella
 - Varicella
 - Hepatitis A
 - Meningococcal
 - Human papillomavirus (HPV)

Office Visit Coverage

Preventive Services are paid for based on the Plan's payment schedules for individual services. However, there may be limited situations in which an office visit is payable under the Preventive Services benefit. The following conditions apply to payment for in- or out-of-network office visits under the Preventive Services benefit.

- If a preventive item or service is billed separately from an office visit, then the Plan will impose cost sharing with respect to the office visit.
- If the preventive item or service is not billed separately from the office visit, and the primary purpose of the office visit is the delivery of such preventive item or service, then the Plan will pay 100% of the Allowed Amount, with no Coinsurance, Copayment, or Deductible for the In-Network visit. If the visit is out-of-network the Plan will pay 100% of the Allowed Amount, up to the \$500 calendar year family maximum. Then balances are subject to the Deductible and 70% Coinsurance.
- If the preventive item or service is not billed separately from the office visit, and the primary purpose of the office visit is not the delivery of such preventive item or service, then the Plan will impose cost sharing with respect to the office visit.

For example, if a person has a cholesterol screening test during an office visit and the doctor bills for the office visit and separately for the lab work associated with the cholesterol screening test, the Plan will require a Copayment for the office visit but not for the lab work. If a person sees a doctor to discuss recurring abdominal pain and has a blood pressure screening during that visit, the Plan will charge a Copayment for the office visit because the blood pressure check was not the primary purpose of the office visit.

Well Child annual physical exams recommended in the Bright Futures Recommendations are treated as Preventive Services and paid at 100% In-Network. Well woman visits are also treated as Preventive Services and paid at 100% In-Network.

Preventive Services Coverage Limitations and Exclusions

1. Preventive Services are covered when performed for preventive screening reasons and billed under the appropriate Preventive Services codes. Service covered for diagnostic reasons are covered under the applicable plan benefit, not the Preventive Services benefit. A service is covered for diagnostic reasons if the Participant or Dependent had symptoms requiring further diagnosis or abnormalities found on previous preventive or diagnostic studies that required additional examinations, screenings, tests, treatment, or other services.
2. Services covered under the Preventive Services benefit are not also payable under other portions of the Plan.
3. The Plan will use reasonable medical management techniques to control costs of the Preventive Services benefit. The Plan will establish treatment, setting, frequency, and medical management standards for specific Preventive Services, which must be satisfied in order to obtain payment under the Preventive Services benefit.
4. Immunizations are not covered, even if recommended by the CDC, if the recommendation is based on the fact that some other risk factor is present (e.g., on the basis of occupational, lifestyle, or other indications). Travel immunizations (e.g., typhoid, yellow fever, cholera, plague, and Japanese encephalitis virus) are not covered.
5. Examinations, screenings, tests, items or services are not covered when they are investigational or experimental, as determined by the Plan, except routine costs for approved clinical trials, as required under federal law. These services will be covered as preventive care or under the regular medical care services with cost sharing, depending on the nature of the clinical trial.
6. Examinations, screenings, tests, items, or services are not covered when they are provided for the following purposes:

- a. When required for education, sports, camp, travel, insurance, marriage, adoption, or other non-medical purposes;
 - b. When related to judicial or administrative proceedings;
 - c. When related to medical research or trials; or
 - d. When required to maintain employment or a license of any kind.
7. Drugs, medicines, vitamins, and/or supplements, whether available through a prescription or over-the-counter, are not covered under the Preventive Services benefit, except as stated above.
 8. Services related to a man's reproductive capacity, such as vasectomies and condoms.

Medical Management Programs

Maternity Management Program

The Plan offers a Maternity Management Program for all expectant mothers covered under the Plan. This Program is free of charge and all expectant mothers are expected to participate. The purpose of the Program is to:

- Educate expectant mothers on potential risk factors that may affect their health and their newborn Child's health;
- Minimize complicated pregnancies and reduce instances of premature deliveries; and
- Increase the number of women that deliver healthy babies through nursing assignments, early intervention and case management. The Maternity Management Program is offered through American Health Holding (AHH). Contact them at 1-800-641-3224 and select option three. AHH will contact you and/or your provider of maternity services to discuss your treatment plan and ensure that you are receiving the best care possible.

Precertification of Outpatient Chemotherapy Services

All Participants should obtain precertification from American Health Holding (AHH) prior to any outpatient chemotherapy treatment or related care by calling 1-800-641-5566. Through this process, a nurse specialist in oncology will review your course of treatment in advance and provide you personalized assistance. The nurse will also make certain that you are receiving the best treatment and are avoiding unnecessary treatments.

Special Notice: Women's Health and Cancer Rights Act

This Plan complies with federal law, specifically the Women's Health and Cancer Rights Act, in providing benefits to women in connection with a mastectomy. Participants shall be notified of these benefits as required by law upon enrollment and annually thereafter. The Plan covers the following procedures:

- reconstruction of the breast on which the mastectomy has been performed;
- surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance; and
- prostheses and treatment of physical complications of all stages of a mastectomy, including lymphedemas (swelling associated with the removal of lymph nodes). Coverage for breast reconstruction and related procedures as set forth above will be subject to the same Coinsurance, Deductible amounts and maximum benefit amounts that apply to other benefits under the Plan.

Special Notice: Newborns' and Mothers' Health Protection Act

The Plan will not restrict benefits for any Hospital length of stay in connection with childbirth for a mother or newborn Child to less than 48 hours following a normal delivery, less than 96 hours following a cesarean section, or require a health care practitioner to obtain authorization from the Plan for prescribing a length of stay not in excess of those periods.

What is the Mental and Nervous Disorders Benefit?

Inpatient

Covered Mental and Nervous charges are subject to the annual Deductible, Copayment amounts, and Coinsurance percentages. Pre-certification is required (see page 17).

Outpatient

Out-of-Hospital professional services in conjunction with mental illness or functional nervous disorders of any type are subject to the annual Deductible, Copayment charges, and Coinsurance percentages.

Benefits are also provided for psychiatric or psychoanalytic care for any reason, provided a person licensed by the state to offer such service renders them.

PRESCRIPTION DRUG EXPENSE BENEFITS

Coverage for your prescription drugs is provided for you and your family members whether you receive your medicine at a pharmacy or through the mail.

Fast Facts:

- Your prescription drug Plan has a mandatory “generic” rule in place, meaning that in order to receive full benefits, you must purchase the generic equivalent of a drug if one is available.
- When you first become eligible to participate in the Plan, you will receive a prescription drug ID card that you must present at the pharmacy in order to receive benefits.
- The Plan offers a mail order program so that you can receive your maintenance medications by mail. You can get up to a 90-day supply of maintenance medications for only one Copayment.
- A 90-day supply of maintenance medications is also available at CVS Caremark pharmacies.

What are the Prescription Drug Expense Benefits?

The Plan pays a portion of your expenses for Covered Prescription Drugs. The drugs or medicines must be prescribed by a licensed Physician and must be for treatment of a non-work-related illness or injury. In order to receive the maximum Prescription Drug Benefit available under the Plan, your prescriptions must be filled with **generic** rather than name-brand drugs, when generic equivalents are available. If your prescription is filled with a name-brand drug when a generic is available, the Plan will charge you a higher Copayment.

You should fill the prescription drug from a Participating CVS Caremark Network Pharmacy. If you do not have your prescription filled at a Participating Pharmacy your out-of-pocket expenses for the prescription may be higher.

How Do I Get My Prescriptions Filled?

Your medical Plan identification card also serves as your prescription drug benefit identification card. When you need to fill your prescription, simply present the I.D. Card to the Participating Pharmacist. If the prescription is for a Dependent, tell the pharmacist the age of the patient and his or her relationship to you. When you pick up the medication from a Participating Pharmacist, you must make a Copayment in the amount set forth in the Schedule of Benefits. If you choose to obtain a brand-name drug instead of the generic version, you will have a higher Copayment. When you pick up the medication from a non-Participating Pharmacist, you must pay the entire amount of the prescription. The Plan will reimburse you in an amount that it would have paid had the prescription been filled by a Participating Pharmacist. Benefits for specialty drugs will only be provided if purchased through the CVS Caremark Specialty Pharmacy.

If your Physician directly provides you with contraceptive medication or devices during an office visit you will be charged a Copayment equal to the prescription brand drug Copayment (plus, if applicable, the difference between the cost of a brand drug and an available generic drug) as set forth in the Schedule of Benefits.

What are Generic Drugs?

Generic drugs are “therapeutic equivalents” and, by law, must contain identical active chemical ingredients of the brand name drugs they replace. For most people, most of the time, a generic will give them the same results as a brand name drug.

A Note about the Identification Card:

Your Identification Card is very important. It should be used only by a person covered by the Plan. The unauthorized or fraudulent use of your I.D. card can be punishable by law and will be cause for immediate loss of eligibility under the Prescription Plan.

What are Covered Prescription Drugs?

Covered Prescription Drugs are “legend” or state-controlled drugs or medicines or, in the case of contraceptives, devices. They are medicines or devices that may be dispensed only by prescription. A single prescription of a medicine or drug may not contain more than a 34-day supply or 100 doses, whichever is greater. No prescription may be refilled without the written authorization of the Physician who prescribed it. You have the option to purchase maintenance medications that are normally written as 90-day-fill prescriptions, at local, retail CVS Caremark pharmacies or through CVS Caremark Mail Order. Prior authorization may be required for compound drugs exceeding threshold amount.

Are There Any Drugs That are Not Covered?

Yes. First, not all prescription drugs are covered. Some prescription drugs may be excluded due to cost or unproven efficacy. In most cases when a drug is excluded, the Plan covers one or more alternative drugs that will deliver similar results. Second, the following are not considered Covered Prescription Drugs:

- a non-legend patent or proprietary medicine or medication not requiring a prescription, except insulin, unless two or more such medicines must be compounded according to a written prescription;
- blood or blood plasma;
- a medication which is to be taken by or administered, in whole or in part, to the patient while in a Hospital, rest home, sanitarium, extended care facility, convalescent Hospital, nursing home or similar institution;
- any drug labeled, “Caution - Limited by Federal Law to Investigational Use” or experimental drugs even though a charge is made to the patient;
- therapeutic devices (e.g., syringes, needles, (except when used for insulin injections) braces, etc.);
- charges incurred with respect to a Dependent if he or she is entitled to benefits as an Employee or former Employee;
- charges for canes, crutches, wheelchairs or any means of conveyance or locomotion;
- infertility medication; and
- any drugs for treating erectile dysfunction.

Mail-Order Drug Program

You may also obtain prescriptions through a mail-order program. This program allows you to obtain long-term, maintenance medications by mail, rather than getting them through a retail pharmacy. Maintenance medications are those prescribed by your doctor for your use on an ongoing, regular basis. Prescription drugs prescribed by your doctor for immediate use for a specific problem should still be obtained through a retail pharmacy.

Using the mail-order program saves you money, because you are able to get a larger supply of medication and pay only one Copayment, in the amount set forth in the Schedule of Benefits. In addition, you will make fewer trips to the pharmacy.

If you are interested in more information regarding the mail-order program, refer to your CVS Caremark brochure, visit the CVS Caremark website at <http://www.caremark.com> or call CVS Caremark at 1-855-619-9398, or the Fund Office.

How Does the Medicare Part D Prescription Drug Program Affect My Benefits Under This Plan and Can or Should I Enroll in a Medicare Part D Plan if I am Medicare Eligible?

This Plan Offers Benefits Equivalent to a Medicare Part D Prescription Drug Plan.

The Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003 (“MMA”) added a new prescription benefit for Medicare-eligible individuals called Medicare Part D. This benefit, available through private insurance carriers, offers a prescription drug benefit for those individuals who enroll and pay a periodic premium. The Trustees have determined, with the assistance of an actuary, that the Fund’s prescription drug program for Medicare-eligible Participants is “actuarially equivalent” to Medicare Part D. This means that, on average, the Fund’s benefits are equal to or better than the standard Medicare Part D drug plan and you may forego enrolling in a Medicare Part D prescription drug plan, without penalty, as long as you are eligible to participate in this Plan or any plan that provides prescription drug benefits actuarially equivalent to Medicare Part D.

As required by the MMA, each Medicare-eligible Participant will periodically receive a notice, called a Notice of Creditable Coverage, advising whether the Fund’s prescription Plan continues to be actuarially equivalent to Medicare Part D. Such Participants are also entitled to receive such Notices upon request to the Fund Administrator.

If You Are an Active Participant Who is Medicare Eligible:

Active Participants who are Medicare-eligible are not required to sign up for Medicare Part D as long as this Plan provides benefits equal to or better than benefits provided under a standard Medicare Part D plan. If you do decide to sign up for a Medicare Part D prescription drug program you may still obtain prescription benefits through the Fund. The Fund will coordinate benefits, as applicable, with Medicare Part D.

DENTAL CARE BENEFITS

Healthy teeth and gums are an important part of your overall health. The Plan's Dental Benefits apply when covered dental charges are incurred by a person while covered under this Plan. Covered dental charges include Reasonable and Customary charges made by a Dentist or other Physician for necessary care, appliances or other dental material.

Fast Facts:

- Your diagnostic and preventive dental services are paid at 85% of Allowed Amount, provided you have not reached your maximum benefit.
- Orthodontic benefits are available for Eligible Dependents age 18 or under.

What are the Dental Care Benefits?

The Plan reimburses you for 85% of Allowed Amount dental expenses incurred by you, your Spouse and your Dependent Children age 19 to age 26 up to the annual maximum shown in the Schedule of Benefits. The Plan reimburses you 100% of Allowed Amount Dental expenses incurred by an Eligible Dependent age 18 years of age or under up to the annual maximum shown in the Schedule of Benefits.

What are the Orthodontic Benefits?

The Plan provides an orthodontic benefit for Eligible Dependents age 18 or younger up to the maximum shown in the Schedule of Benefits for the preventive and corrective treatment of dental irregularities (crooked teeth) resulting from growth, and which require repositioning (except for preventive treatment) to establish occlusion or appearance. Services provided for orthodontic care are covered at 50% of the Allowed Amount. A lifetime maximum as shown in the Schedule of Benefits applies to this benefit.

How Do I Submit a Dental Claim?

Follow the steps below to obtain your Dental benefits. If you have questions, call (800) 242-8923

- Get your claims form from the Fund Claims Office.
- Complete the Employee's Claims Statement on the bottom of the form for all claims.
- Give your Provider the form for completion.
- Attach all your receipts and bills to the Employee's Claims Statement in the place provided.
- Mail the claim to:
Iron Workers Local No. 5 Health Fund
c/o Zenith American Solutions, Inc.
3 Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200
Pittsburgh, PA 15222

Remember—you can help to insure prompt and accurate processing of your claim the first time by making sure you have completed the forms and checked that the bills contain all necessary information, such as the patient's name, date(s) of service, complete description of service, and itemized charges. All Dental claims must be filed within one year from incurred date of service. Failure to make a claim within this one-year period constitutes an absolute waiver of such claim and is grounds for denial of the claim. That is, if you do not file a claim within one year of the date the claim is incurred, it will not be paid.

VISION BENEFITS

Vision benefits are provided by Spectera (United Healthcare Vision) which is a preferred provider organization with facilities to provide your vision services. A list of Spectera facilities will be provided to you automatically as a separate document.

What are the Vision Benefits?

The following vision benefits will be covered in full when going to a Spectera facility:

Eye-Examination	Complete Exam once per calendar year
Lenses	If the eye examination determines the need for corrective lenses, the doctor will order the proper lenses from a Spectera optical laboratory. New lenses are covered once per calendar year. Patients choosing cosmetic items such as coated, tinted, or progressive lenses pay a surcharge to the doctor up to the maximum amounts, as listed in Non-covered Services below.
Frames	A new frame allowance is provided each calendar year up to \$130.00
Contact Lenses	When Patients elect contact lenses for cosmetic reasons in lieu of glasses, Spectera will provide an allowance towards their purchase. Contact lenses are covered in place of lenses and frames benefits for that eligibility period.
Covered Formulary	Up to 4 boxed per calendar year
Non-Formulary	Up to \$105 per calendar year
Necessary Contact Lenses	100%

Non-covered Services When Using a Provider

The following is a price listing of cosmetic extras which would require a surcharge paid directly to the Spectera facility or Provider. The list outlines the maximum out of pocket charge you will pay for non-covered lens option at a Spectera facility.

Type	Cost
Scratch Warranty	\$10
Tint	\$14
UV Coating	\$16
Photochromic	\$67
Standard Anti-Reflective Coating	\$40
Premium Anti-Reflective Coating	\$80
Platinum Anti-Reflective Coating	\$90
Roll and Polish Edges	\$13
Standard Progressive	\$70
Deluxe Progressive	\$110
Premium Progressive	\$150
Platinum Progressive	\$250
High Index < 1.66	\$53
High Index 1.66 – 1.73	\$63
Polycarbonate (\$0 for dependent children)	\$33

Note: Prices reflected are subject to change.

How to Use the Vision Program

To use the program, please call (800) 638-3120 and speak with one of the Spectera (United Healthcare Vision) customer service representatives who can assist you with locating the facility or Provider nearest you. All eligibility and Dependent information have been provided by the Fund. If there is a question concerning eligibility, please do not hesitate to contact the Fund Office at (800) 242-8923.

Services from Non-Network Facilities/Providers

Claims from non-network Providers are reimbursed to the patient according to the following schedule of allowances:

CLAIM	REIMBURSEMENT ALLOWANCE
Eye-Examination	Up to \$40.00
Lenses:	
Single	Up to \$40.00
Bifocal	Up to \$60.00
Trifocal	Up to \$80.00
Lenticular	Up to \$80.00
Elective Contact Lenses	Up to \$105.00
Medically Necessary Contact Lenses	Up to \$210.00
Frames	Up to \$45.00

NOTE: Cosmetic items will be the sole responsibility of the patient.

DEATH BENEFIT AND ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT BENEFIT

You want your family to be protected in case something happens to you. The Health and Welfare Plan provides a Death Benefit and an Accidental Death and Dismemberment (AD&D) benefit.

Fast Facts:

- To change your Beneficiary, contact the Fund Office for a “Change of Beneficiary” form.
- AD&D benefits are payable to you in the event of loss of limb or sight from any cause, and payable to your Beneficiary in the event of your accidental death.

DEATH BENEFITS

Who Is Covered by the Death Benefit?

This benefit is available for Active Employees and for Retirees who have elected health coverage through the Plan.

What Is the Death Benefit?

If you die while eligible for Plan benefits, the Death Benefit is paid to any living Beneficiary you name. If no designation of a living Beneficiary is on file, death benefits are payable to your estate. You may change your Beneficiary whenever you wish; however, a Beneficiary designation is not effective until it is received by the Fund.

The amount of the death benefit depends upon whether you are active or retired at the time of your death. Please refer to the Schedule of Benefits on page 16 for the amount of the Death Benefit.

ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT (AD&D) BENEFITS

Who Is Covered by the AD&D Benefit?

AD&D Benefits are available to Active Employees and Office Employees only.

What is the Coverage for AD&D On-the-Job Accidents?

This benefit pays for losses incurred as a result of an accident that occurs during the course of your job, including while you are on an authorized business trip. Active employees must have a minimum of 240 hours worked within two consecutive months for coverage to be effective and then must work 360 hours during the last work quarter to maintain eligibility for coverage.

These benefits are provided under a separate policy issued by an insurance company. The Plan has contracted with Zurich American Insurance Company for this benefit. Please refer to the Schedule of Benefits below on page 41 for the amount of the benefit. Benefits are limited to a maximum of \$100,000 per individual for all losses resulting from any one accident.

Exclusions

- losses caused by or resulting from illness, disease or bodily infirmity or an accident that occurs other than in the course of your employment for an employer who contributes to the Ironworkers Local No. 5 Health Fund on your behalf;
- bodily injury or death resulting from covered accident more than one year after the date of the accident;
- any bacterial infection that was not caused by an accidental cut, wound or food poisoning;
- suicide, attempted suicide, or any intentional injury, while sane or insane;
- war or acts of war, or injury while a person is on full-time active military duty;
- taking part in a felony;
- travel or flight in any spacecraft; travel in an aircraft as a pilot or member of the crew, or if the aircraft lacks a valid certificate of airworthiness, is flown by a pilot without a valid license, or is being used for any of the excluded purposes outlined in the insurance policy.

What is the Additional Coverage for On-the-Job Accidents and Coverage for Off-the-Job Accidents?

This benefit pays for losses incurred as a result of an accident occurring on- or off- the job while you are eligible. Benefits are payable to Active Employees and Office Employees only. This benefit is paid in addition to other benefits. Please refer to the Schedule of Benefits below on page 41 for the amount of the benefit. The Plan pays the full benefit amount for losses occurring within 90 days of an accident as the result of accidental bodily injury and independent of all other causes.

Exclusions:

No payment is made for losses occurring as a result of:

- intentional self-destruction or attempted intentional self-destruction;
- intentional self-inflicted injury;
- insurrection, war, participating in a riot;
- disease of the body;
- mental infirmity;
- medical or surgical treatment or diagnosis thereof;
- ptomaines;
- bacterial infection;
- ingesting of poison;
- asphyxiation or inhaling of gas;
- drug or alcohol abuse.

No more than the full amount is paid for all losses resulting from any one accident. Accidental Dismemberment benefits are paid to you; Accidental Death benefits are paid to your Beneficiary.

Are There Any Continued Benefits if I Become Disabled?

Yes. If, while you are covered under this Plan and prior to age 60, you become totally and permanently disabled, you will continue to be eligible for a death benefit, which will be paid to your Beneficiary, for the twelve-month period immediately following your date of disability. If you submit proof of your Total and Permanent Disability, your benefit can continue indefinitely. The Fund Office will periodically request continued proof of your Total and Permanent Disability to maintain your coverage.

Contact the Fund Office for the proper forms to be completed to claim this extended benefit.

Keep Your Beneficiary Designation Up-To-Date

If you'd like to change your Beneficiary designation, contact the Fund Office for a "Change of Beneficiary" Form.

What are the Accidental Death & Dismemberment (AD&D) Benefits?

The Plan will pay the following amounts set forth next to the applicable losses:

SCHEDULE OF BENEFITS FOR ACCIDENTAL DEATH AND DISMEMBERMENT		MAXIMUM BENEFIT
FOR ACTIVE AND OFFICE EMPLOYEES ONLY		
On-the-Job Accidents (including Business Travel) Accidental Death or Dismemberment		
Loss of Life		\$100,000
Additional Accidental Loss of Life Benefit for individual on business travel who died while traveling in private passenger car equipped with seat belts if person died while properly using the seat belt		\$10,000
Total loss of two or more: hands, feet or sight in eye(s)		\$100,000
Total loss of Speech and Hearing (both Ears)		\$100,000
Total paralysis of upper and lower limbs		\$100,000
Total paralysis of three limbs		\$75,000
Total paralysis of two limbs		\$66,667
Total paralysis of one limb		\$50,000
Total loss of one hand, foot or sight in one eye		\$50,000
Total loss of Speech		\$50,000
Total loss of Hearing (both Ears)		\$50,000
Loss of thumb and index finger on same hand		\$25,000
<i>(Note that the insurance company's liability is limited to \$1,000,000 for any single accident, and if the insurance company would owe more than that amount for a single accident but for this limit on liability, then the benefits paid to or on behalf of each covered person killed or injured in the accident will be reduced in the same proportion as the total limit of liability bears to the amount of benefits that would be payable to all claimants without this limitation.)</i>		
On-the-Job OR Off-the Job Accidents – Additional Benefits Paid		
Other Accidental Death Benefit; on- or off-the-job		\$10,000
Other Accidental Dismemberment and Loss of Sight Benefit; on- or off-the-job:		
Loss of both hands, feet, or sight of both eyes		\$5,000
Loss of any combination of hand, foot, or sight of one eye		\$5,000
Loss of one hand or foot or sight of one eye		\$2,500

ACCIDENT AND SICKNESS BENEFITS

Who is covered by the Accident and Sickness Benefit?

Accident and Sickness Benefits are for Active Participants Only

If you become disabled and cannot work, the Plan provides a weekly payment to you for up to 26 weeks for an injury or illness that is not work-related. For work-related injuries or illnesses, the Plan offers a Workers' Compensation supplemental benefit.

Fast Facts:

- You may receive an Accident and Sickness Benefit during your disability as long as you are under the care of a Physician.
- Benefits are payable when the Fund Office receives your completed disability income claim form and certification of your disability from your Physician.

What is the Accident and Sickness Benefit?

The Accident and Sickness Benefits, also known as Loss of Time, provides a weekly income benefit to you in the event of a short-term disability, including pregnancy. The Plan provides a weekly benefit as shown in the Schedule of Benefits.

Are There Limitations on the Amount of Time That I Can Collect the Accident and Sickness Benefit?

Yes. The Benefit is payable for a maximum of 26 weeks for a non-occupational illness or injury and for up to 52 weeks as a supplement to Workers' Compensation Benefits.

How Do I Apply for the Accident and Sickness Benefit?

If you become ill or disabled, notify the Fund Office. You will need to complete a disability income claim form, including an Attending Physician's Statement attesting to your disability. Your Physician must certify that you are medically unable to work for the duration of the benefit.

Once I Have Received the Maximum Benefit, Can I Ever Apply for Accident and Sickness Benefits Again?

Yes. Once you have returned to active employment for a period of two continuous weeks, you are again eligible for a full 26 or 52-week benefit.

Will the Full Benefit be Paid to Me During my Disability?

You are eligible for the weekly benefit as outlined in the Schedule of Benefits. From this amount, the Fund is required to withhold federal and state income tax, Social Security and Medicare Tax and any other authorized withholdings.

Supplement to Workers' Compensation

What is the Supplement to Workers' Compensation Benefit?

The Workers' Compensation Supplement provides a supplemental weekly income benefit to you in the event of a short-term disability resulting from an injury or illness incurred while working in Covered Employment in the Local No. 5 jurisdiction in Maryland and Virginia. There are eligibility requirements, in addition to the general eligibility requirements to participate in this Plan, necessary to receive this benefit. The additional eligibility requirements are as follows:

- You must be injured while employed by an Employer who is a contributing Employer to the Iron Workers Trust Fund Local No. 5, and
- You must be receiving Workers' Compensation benefits for a compensable accident from Maryland and Virginia.

Benefits are available as of the first day you begin receiving Workers' Compensation Benefits, as outlined in the Schedule of Benefits, for a maximum of 52 weeks.

How Do I File a Claim for Supplemental Benefits?

To file and initiate your claim for Supplemental Benefits to Workers' Compensation you must submit to the Fund Office:

- A copy of the Workers' Compensation award letter or certificate verifying commencement of benefits; and
- A copy of the Workers' Compensation check voucher or stub verifying commencement of benefits, and the dates paid.

For continuance of the Supplemental Benefit to Workers' Compensation you must submit to the Fund Office:

- A copy of the Workers' Compensation check voucher or stubs verifying continued receipt of benefits; and
- A copy of the Workers' Compensation award letter, which indicates the last date through which you are entitled to receive benefits.

For further information, please contact the Fund Office.

GENERAL EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

As a general exclusion, no benefits are payable under the Plan for expenses that exceed the Allowed Amount as determined by the Plan. The term “Allowed Amount” is defined in the definition section of the SPD.

In addition, the Plan covers only those services, procedures and other benefits that are medically necessary and are expressly identified as covered in this SPD; all others are excluded. As additional guidance on benefits that are not covered, please see the following list of exclusions. Every attempt has been made to provide an exhaustive list of exclusions, however, to the extent a benefit is not included in this SPD as a covered benefit, it is excluded whether or not it is set forth in the following list:

- an autopsy or forensic examination and any related expenses, except as required by the Plan;
- preparation of medical forms, reports, records, bills, claim forms and the like;
- mailing, shipping and handling expenses;
- charges for broken/missed appointments;
- telephone calls, e-mailing charges, charges for calling in a prescription refill, interest charges, late fees, mileage costs and provider administration fees;
- educational services, supplies or equipment, including, but not limited to computers, computer devices/software, printers, books, tutoring or interpreters, visual aids, vision therapy, auditory or speech aids/synthesizers, auxiliary aids such as communication boards, listening systems, devices/programs/services for behavioral training including intensive intervention programs for behavior change and/or developmental delays or auditory perception or listening/learning skills, programs/ services to remedy or enhance concentration, memory, motivation, reading or self-esteem, etc., special education and associated costs in conjunction with sign language education for a patient or family members, and implantable medical identification/tracking devices;
- expenses that exceed any Plan benefit limitation or maximum plan benefit;
- expenses for covered medical services or supplies that are determined by the Plan to exceed the Allowed Amount;
- any bodily injury or illness resulting from or arising out of any employment or occupation for compensation or profit;
- any bodily injury or illness for which benefits are payable under any workers’ compensation law, occupational disease law or similar legislation;
- any bodily injury or illness for which care, treatment or supplies are obtained from any federal, state or local government agency or program or from a Hospital or institution owned thereby and for which no bill from the provider is rendered;
- any bodily injury or illness for which medical care, treatment and supplies are available without cost, are not required to be paid or for which there would be no charge if the person receiving the treatment were not covered under this Plan;
- any bodily injury or illness caused by or arising from an act of war, whether declared or not, war-like act, insurrection, rebellion, invasion or a conflict involving armed forces or service in the armed forces;
- services in a U.S. Department of Veterans Affairs Hospital or other military medical facility for treatment of military service-related illnesses or injuries;
- any medical care, treatment or supply not prescribed by or under the direction of a licensed physician;
- services administered by a licensed or unlicensed massage therapist;
- medical services or supplies determined by the Board of Trustees or their agent as not medically necessary for the care or treatment of any bodily injuries or illnesses;

- services to reverse voluntary, surgically-induced infertility;
- expenses for and related to adoption;
- prenatal services, maternity services and prescription drug services related to a pregnancy incurred by a covered person acting as a surrogate mother (gestational carrier) are not covered charges. For the purpose of this plan, the Child of a surrogate mother will not be considered a Dependent of the surrogate mother or her Spouse, if the mother has entered into a contract or other understanding pursuant to which she relinquishes the Child following its birth;
- expenses for pre-implantation genetic diagnosis (PGD) where one or more cells are removed from an embryo and genetically analyzed to determine if it is normal;
- sterilization except for tubal ligation and vasectomy when performed on an out-patient basis;
- expenses for the diagnosis and treatment of infertility along with services to induce pregnancy and complications thereof, including, but not limited to services, prescription drugs, procedures or devices to achieve fertility, in vitro fertilization, low tubal transfer, artificial insemination, embryo transfer, gamete transfer, zygote transfer, surrogate expenses, donor egg/semen or other fees, cryostorage of egg/sperm, ovarian transplant, infertility donor expenses, fetal implants, fetal reduction services, surgical impregnation procedures and reversal of sterilization procedures;
- any treatment that is not pursuant to generally accepted medical practice;
- cosmetic, plastic or reconstructive surgery as a result of earlier cosmetic, plastic or reconstructive surgery, unless the surgery is necessary due to accidental bodily injury. Cosmetic surgery includes, but is not limited to removal of tattoos, breast augmentation (except reconstructive services after a mastectomy), breast reduction (including treatment of benign gynecomastia in males), elimination of redundant skin of the abdomen, surgery to improve self-esteem or treat psychological symptoms or psychosocial complaints related to one's appearance, treatment of varicose veins, upper eyelid blepharoplasty, cosmetic skin products such as Restylane, Renova or other medical or surgical treatment intended to restore or improve physical appearance, as determined by the Plan;
- the replacement of artificial limbs, eyes or larynx except as expressly permitted as a covered expense;
- Vision therapy (orthoptics) and supplies;
- Orthokeratology lenses for reshaping the cornea of the eye to improve vision;
- any bodily injury or illness resulting from or occurring during the attempt to commit or the commission of a misdemeanor or felony, unless such injury, illness or commission/attempted commission of a misdemeanor or felony is the result of domestic violence or an underlying health factor;
- any bodily injury or illness resulting from participation in a riot;
- charges incurred prior to the individuals becoming covered under this Plan or after termination of eligibility, except as provided under any extension or continuation of benefits provisions of this Plan;
- charges for services and supplies related to weight control and the treatment of obesity, except for charges in connection with gastric bypass surgery performed under the express conditions set forth in the Covered Expenses section of this Plan;
- expenses for memberships in or visits to health clubs, exercise programs, gymnasiums, and/or any other facility for physical fitness programs, including exercise equipment, and weight training services;
- foods and nutritional/dietary supplements including, but not limited to, home meals, formulas, foods, diets, vitamins, herbs and minerals (whether they can be purchased over-the-counter or require a prescription), except foods and nutritional supplements provided during covered hospitalization, and except for prenatal vitamins or minerals requiring a prescription;

- surgical correction of refractive errors other than those covered by the Lasik eye surgery and radial keratotomy benefit as stated in the Schedule of Benefits;
- supplies or equipment for personal hygiene, comfort or convenience such as telephone, television, or similar items not required for medical care;
- surgical procedures deemed “experimental;”
- maternity benefits other than for eligible Participants and spouses, except that certain prenatal is covered for Dependent Children, as required under the Affordable Care Act;
- treatment for sexual impairment or inadequacy not caused by an organic condition;
- medical, surgical or prescription drug treatment related to transsexual/gender reassignment (sex change) procedures, or the preparation for such procedures, or any complications resulting from such procedures;
- expenses for which a third-party is liable;
- expenses for construction or modification to a home, residence or vehicle required as a result of an injury, illness or disability of a covered individual, including, without limitation, construction or modification of ramps, elevators, hand rails, chair lifts, spas/hot tubs, air conditioning, dehumidification devices, asbestos removal, air filtration/purification, swimming pools, emergency alert system, etc.;
- expenses for and related to travel or transportation (including lodging, meals and related expenses) of a health care provider or a non-covered family member of a covered individual;
- expenses for and related to non-emergency travel or transportation (including lodging, meals and related expenses) of a covered individual for medical treatment;
- use of a private room in a Hospital or other health care facility, unless the facility has only private room accommodations or unless the use of a private room is certified as medically necessary by the patient’s physician and approved by the Plan;
- expenses for services provided by any physician or other health care practitioner who is the parent, Spouse, sibling (by birth or marriage, such as a brother-in-law), aunt/uncle, or Child of the patient or covered employee;
- expenses for the services of a medical student or intern or resident;
- expenses for any physician or other health care practitioner who did not directly provide or supervise medical services to the patient, even if the physician or health care practitioner was available to do so on a stand-by basis;
- expenses for medical services or supplies rendered or provided outside the United States, except for treatment of a medical emergency;
- expenses incurred during travel if a physician or other health care provider has specifically advised against such travel because of the health condition of the covered individual;
- expenses related to online internet consultations with a physician or other health care practitioner, unless such services constitute “Telemedicine Services.” Telemedicine Services refers to the use of a combination of interactive audio, video, or other electronic media used for the purpose of diagnosis, consultation, or treatment. Use of audio-only telephone, electronic mail message (e-mail), or facsimile transmission (FAX) is not considered a Telemedicine Service. Telemedicine Services must meet all the requirements of a face-to-face consultation or contact between a health care provider and a patient for services appropriately provided through Telemedicine Services.
- expenses incurred for injuries caused in a motor vehicle accident if the covered individual was operating the vehicle while intoxicated (i.e., had a blood alcohol level that exceeded the legal limit of the jurisdiction in which the accident occurred or no breathalyzer exam was performed or the person

refused to submit to a requested breathalyzer or blood test) or was under the influence of illegal drugs, unless the injuries arise as a result of a physical or mental health condition;

- complications of a non-covered service;
- any surcharge fees resulting from state laws (e.g., New York Health Care Reform Act);
- biofeedback, except for electromyogram (EMG) or thermal biofeedback that is medically necessary as part of an overall treatment plan for the treatment or prevention of migraine headache;
- hypnosis/hypnotherapy;
- Animal -assisted therapy not prescribed by a physician or psychiatrist and any fees over the Allowable Amount; travel and other, similar expenses unrelated to the actual therapy are also excluded;
- services related to reading and learning disorders, dyslexia, educational delays, or vocational disabilities;
- expenses for court-ordered services, parental custody services or adoption services;
- services related to a provider-preventable condition (a provider-preventable condition means a condition that meets the definition of a “health care-acquired condition” or an “other provider-preventable condition” as defined in accordance with Medicare or Medicaid regulations. Conditions include but are not limited to wrong surgical/invasive procedure performed on a patient, surgical/invasive procedure performed on the wrong body part and surgical/invasive procedure performed on the wrong patient. This exclusion does not apply to a provider who bills for the care of a condition that existed prior to the provider’s initiation of treatment for that patient;
- expenses for any items that are not durable medical equipment including, but not limited to, air purifiers, swimming pools, spas, saunas, escalators, lifts, motorized modes of transportation, pillows, mattresses, water beds, and air conditioners;
- expenses for replacement of lost, missing, or stolen, duplicate or personalized corrective appliances, orthotic devices, prosthetic appliances, or durable medical equipment;
- expenses for corrective appliances and durable medical equipment to the extent they exceed the cost of standard models of such appliances or equipment;
- expenses for occupational therapy adaptive supplies and devices used to assist a person in performing activities of daily living including self-help devices such as feeding utensils, reaching tools, devices to assist in dressing and undressing, shower bench, raised toilet seat, etc.;
- expenses for custodial care, regardless of where the services are provided, including, without limitation, adult day care, child day care, services of a homemaker, or personal care, sitter/ companion services;
- expenses for dental services or supplies of any kind, (even if they are necessary because of symptoms, congenital anomaly, illness or injury affecting the mouth or another part of the body) including but not limited to dental prosthetics, endodontics such as root canal, dental restorations, and dental services for the care, filling, removal or replacement of teeth, or the treatment of injuries to or disease of the teeth, gums or structures directly supporting or attached to the teeth, unless related to an accidental injury for which medical treatment is obtained within 6 months of the accident and the dental work is related to the medical work needed to repair the injury;
- expenses for the diagnosis, treatment or prevention of temporomandibular joint (TMJ) dysfunction or syndrome;
- expenses for orthognathic services/surgery for treatment of aesthetic malposition of the bones of the jaw such as with prognathism, retrognathism, temporomandibular joint dysfunction/ syndrome or other cosmetic reasons;
- oral cancer screening services/products such as ViziLite, oral brush biopsy;

- expenses for routine foot care, (including but not limited to trimming of toenails, removal or reduction of corns and callouses, removal of thick/cracked skin on heels, foot massage, hygienic/ preventive care (hygienic/preventive care includes cleaning and soaking of the feet, applying skin creams to help maintain skin tone and other services that are performed when there is no evidence of a localized illness, injury or symptoms involving the foot). Expenses for hand care including manicure and skin conditioning and other hygienic/preventive care performed in the absence of localized illness, injury or symptoms involving the hand;
- expenses for genetic tests, including obtaining a specimen and laboratory analysis, to detect or evaluate chromosomal abnormalities or genetically transmitted characteristics, except when genetic tests are performed in accordance with state-mandated newborn screening and except: (i) pre-parental genetic testing (also called carrier testing) intended to determine if an individual is at risk of passing on a particular genetic mutation, such as a family member who is unaffected but at risk for producing affected Children, and (ii) prenatal genetic testing intended to determine if a developing fetus is a risk for inheriting identifiable genetic diseases or traits except tests using fluid or tissue samples obtained through amniocentesis, chorionic villus sampling (CVS), fetoscopy and alphafetoprotein (AFP) analysis in pregnant women;
- expenses for genetic counseling;
- expenses for and related to hair removal or hair transplants and other procedures to replace lost hair or to promote the growth of hair, including prescription and non-prescription drugs such as Minoxidil, Propecia, Rogaine, Vaniqa; or expenses for and related to hair replacement including, but not limited to, devices, wigs, toupees and/or hairpieces or hair analysis;
- expenses for and related to repairs to hearing aids including replacement parts, lost, stolen or missing hearing aids, hearing aid batteries and other hearing aid accessories including dri aid kits and phone pads;
- expenses for any home health care services other than part-time, intermittent skilled nursing services and supplies;
- expenses under a home health care program for services that are provided by someone who ordinarily lives in the patient's home or is a parent, spouse, sibling by birth or marriage, or Child of the patient; or when the patient is not under the continuing care of a physician;
- expenses for childbirth education, Lamaze classes, breast-feeding classes;
- expenses related to the maternity care and delivery expenses associated with a surrogate mother's pregnancy;
- expenses related to cryostorage of umbilical cord blood or other tissue or organs;
- expenses for virtual colonoscopy (also called 3-dimensional computed tomographic (CT) colonography, CT colonography), except if this procedure is payable if medically necessary for evaluation of the colon in a person with a known colon obstruction, colon lesion or technical difficulty that prevents use of a traditional endoscopic colonoscopy;
- expenses for services of private duty nurses/health care personnel;
- expenses for prophylactic surgery when surgery is prescribed or performed for the purpose of: (i) avoiding the possibility or risk of an illness, disease, physical or mental disorder or condition based on family history and/or genetic test results; or (ii) treating the consequences of chromosomal abnormalities or genetically transmitted characteristics, when there is an absence of objective medical evidence of the presence of disease or physical or mental disorder;
- expenses for educational, job training, vocational rehabilitation, respite care or recreational therapy;

- expenses incurred at an inpatient rehabilitation facility for any inpatient rehabilitation therapy services provided to an individual who is unconscious, comatose, or in the judgment of the Plan, is otherwise incapable of conscious participation in the therapy services and/or unable to learn and/ or remember what is taught, including, but not limited to coma stimulation programs and like services;
- expenses for prolotherapy (injection of sclerosing solutions into joints, muscles, or ligaments);
- expenses related to the medical or surgical treatment of sleep disorders or snoring including medical equipment, except that coverage is provided for diagnostic sleep studies and for treatment of documented obstructive sleep apnea;
- expenses for tobacco/smoking cessation products such as nicotine gum or patches, or other services or programs;
- expenses for human organ and/or tissue transplants that are experimental including, but not limited to, donor screening, acquisition and selection, organ or tissue removal, transportation, transplants, postoperative services and drugs/medicines and all complications thereof;
- expenses related to non-human (Xenografted) organ and/or tissue transplants or implants, except heart valves;
- transplant donor expenses unless the person who receives the donated organ/tissue is a person covered by this Plan;

COORDINATION OF BENEFITS

Members of a family are often covered under more than one group health plan, which could result in duplication of health coverage. To avoid this, the health care benefits provided by this Plan are coordinated with similar benefits payable under other plans.

What Happens if I Am Covered Under More Than One Group Health Plan?

Under the Coordination of Benefits provision, if you are insured under any other group health plan, under no circumstances will the total payment you receive from all such programs exceed 100% of the greater of this Plan's Allowed Amount or the other plan's maximum payment for the benefit or services received. This Plan treats covered charges incurred under a Coordination of Benefits as it would any other claims received and applies all applicable Deductibles and Coinsurance amounts.

You must notify all providers of any other group health insurance coverage you have and you must notify the Fund Office of other group health insurance coverage if you failed to notify the provider or if the provider failed to submit a claim on your behalf to another other group health insurance plan that is your primary coverage. Whenever you submit a claim directly to the Fund Office you must notify the Fund Office on the claim form if you have other group health insurance coverage. Contact the Fund Office if you have questions about other group health insurance coverage, including whether such coverage would be your primary coverage.

How Does Coordination Work?

If you have duplicate health care coverage, your benefits are coordinated by looking first to what is called the "primary plan." If any charges remain to be paid, then the secondary plan pays in accordance with its own provisions.

The following rules are used to determine whether a plan is considered primary or secondary:

- a plan which does not contain a Coordination of Benefits provisions is the primary plan;
- a plan covering you as an Employee is primary to a plan covering you as a Dependent, an inactive Employee or a Retiree;
- if you are insured under two plans through two jobs, the plan which has insured you longer is the primary plan;
- if two plans cover the same Dependent, the plan covering the Employee whose birthday falls earliest in the calendar year is the primary plan with respect to the Dependent;
- where medical expenses are payable by a no-fault automobile insurer or other automobile insurer which pays without regard to fault, this Plan is always secondary;
- if parents never married, the "custodial" parent is primarily responsible for the Dependent's coverage.

In cases of divorce or legal separation, the following special rules apply:

- if the parent with legal custody of the Child has not remarried, the plan which covers the Child as a Dependent of the parent with custody is the primary plan;
- if the parent with legal custody of the Child has remarried, the plan that covers the Child as a Dependent of the parent with legal custody is the primary plan;

- if there is a court decree establishing financial responsibility for the medical, dental or other health care expenses of the Child, the plan which covers the Child as a Dependent of the parent so named in the decree is the primary plan.

These rules may be adjusted on a case-by-case basis, within the discretion of the Plan, if they conflict with the rules of the other plan or applicable law.

How are the Benefits of This Plan Coordinated with a Health Maintenance Organization (HMO) and Preferred Provider Organization (PPO)?

If you or your Dependents are covered by a Health Maintenance Organization (HMO) or a Preferred Provider Organization (PPO) and that group health plan is primary for the purposes of these Coordination of Benefit rules, you must utilize all health care alternatives available to you through the HMO or PPO before this Plan will honor any claim for benefits.

How are the Benefits of This Plan Coordinated with Medicare?

When you reach age 65, obtain a Social Security Disability benefit or are diagnosed with End Stage Renal Disease (ESRD), you are eligible for hospital insurance benefits ("Part A") and medical insurance ("Part B") under Medicare. Different Coordination of Benefit rules apply depending on whether you are participating in the Plan as an Active or Retiree Participant and depending on the reason why you are Medicare Eligible.

What are the Special Rules About Coordination of Benefits with Medicare?

1. The general rule is that as long as you remain covered by this Plan as an Active Participant, this Plan is your (and your Spouse's) primary Plan. Medicare will provide secondary coverage. You, or your Medicare eligible Dependent, should submit all claims to the Plan and to Medicare. The Plan will first pay as primary. Medicare will review these same claims and determine if Medicare should cover any part of the claim not covered by the Plan. See Rule No 2 below for the exception to this Rule No. 1.
2. The one exception to the above Rule No. 1 is that if you are an Active or a Retiree Participant and you or your spouse, or another eligible Dependent, has End Stage Renal Disease (ESRD), the Plan will be primary for the first thirty months you (or your Dependent) are eligible for Medicare as a result of ESRD, after which Medicare will become primary and the Plan will be secondary. After the first thirty months, this Plan will become secondary, whether or not the individual with ESRD actually enrolls in Medicare coverage.
3. If you are a Retiree Participant in the Plan, and you (or your Dependent) are eligible for Medicare, Medicare will assume primary responsibility for your (or your Dependent's) medical benefits and the Plan will provide secondary coverage only, except as provide in Rule No.2 above.

NOTE: You or your eligible Dependent are responsible for enrolling in the Medicare programs when you or your Dependent becomes eligible. If you do not enroll in Medicare, you will not receive the additional benefits it provides. Also, you may not be able to enroll in the Medicare program exactly when coverage under this Plan stops.

Remember that if you (a) have coverage as a Retiree Participant under this Plan and you (or your Spouse) are age 65 or older or have a Social Security Disability benefit; or (2) if you are an Active or Retired Participant and have ESRD (and the thirty-month mandatory Plan coverage for ESRD has expired) the Plan will process your

claims for benefits as the secondary insurer, regardless of whether or not you have actually enrolled in Medicare on a timely basis.

How Do I Enroll in the Medicare Program?

You should call or visit an office of the Social Security Administration during the three-month period prior to your 65th birthday to learn about Medicare. You may also enroll online at www.ssa.gov/benefits/medicare. If you have questions about coverage under this Plan or if you need help on comparing benefits offered by this Plan and Medicare, please contact the Fund Office.

How are the Benefits of the Plan Coordinated with CHAMPUS and Medicaid?

The Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services (CHAMPUS) and Medicaid are always the secondary payer. If you are covered by both this Plan and either CHAMPUS or Medicaid, this Plan will pay benefits first.

What are the Coordination of Benefits Rules With Respect to Medicare Part D Prescription Drug Benefits?

The Fund will coordinate prescription drug benefits for Active Participants, as applicable, with Medicare Part D. The Fund will not coordinate benefits with Medicare Part D for Retiree Participants since under the Plan rules, prescription drug benefits under this Plan will be discontinued for any Retiree (including Spouses and Dependents) who signs up for Medicare Part D.

Third-Party Recovery Reimbursement and Subrogation

This Plan pays benefits if you or your Dependent is injured directly or indirectly by another party only to the extent you or your Dependent receive no payment or recovery from another source. The Plan is not required to pay you or your Dependent any benefits for an illness or injury for which another party may be liable. The Plan may, however, advance benefits to you or your Dependent while a third party's liability is being determined. You must notify the Plan in writing as soon as you or your Dependent institutes a claim against another person or entity and the Fund Office will require you to sign a Reimbursement/Subrogation agreement before any benefits are paid. If you or your Dependent are represented by an attorney, your attorney must also sign the Reimbursement/Subrogation agreement. If you, your Dependent, if applicable, or your attorney refuse to sign a Reimbursement/Subrogation agreement the Plan may withhold payment of any benefits as a result of the third-party caused injury or illness and may recoup by offset or lawsuit any amount already paid.

By accepting benefits from the Fund, the injured person further agrees that the Fund shall have an equitable lien on such recovery to the extent of medical claims paid by the Fund, and the injured person agrees to cooperate fully with the Plan in connection with any claim brought by the Plan to recover its reimbursement interest. You must promptly notify the Fund as soon as you receive a recovery. Such recovery will be considered plan assets up to the amount paid to you by the Fund and required to be reimbursed by you to the Fund under this provision.

Reimbursement

If the Plan pays benefits to you or your Dependent for any injury, illness, expense or loss caused by a third party, the Plan requires that it be reimbursed in full in an amount not to exceed the amount of either the benefits paid or the recovery. In the event you have such a loss and you or your Dependent recover an amount from the other person or entity or from any source, such as your own or another's insurance policy, you or your Dependent must reimburse the Plan the full amount of benefits the Plan paid to you or your Dependent or on your or your

Dependent's behalf. You, or your Dependent, must reimburse the Plan the first dollar of any recovery you or your Dependent receive regardless of how it is characterized, whether it be characterized as compensatory, punitive, pain and suffering, mental anguish, special or any other type of damage. You or your Dependent must reimburse the Plan the full amount of benefits received commencing with the first dollar you recover, with no reduction for attorney's fees or costs, and regardless of whether or not you have been made whole. The Plan is not required to pay or forego any recovery to pay your or your Dependent's attorney's fees, however, the Trustees may agree to allocate a portion of the reimbursement amount owed toward attorney's fees based on such factors as the amount of the recovery, the reasonableness of the fees and whether they are proportionate to the amount recovered, whether the fees have been reduced in response to the recovery, and the other amounts owed by you, or your Dependent, as a result of the injury or illness. You or your Dependent must apply to the Trustees in writing and receive written approval before any amounts may be deducted for attorney's fees.

You or your Dependent must reimburse the Plan first, to the extent legally permissible, regardless of any other outstanding debt or liability owed to any other person or third party in connection with the illness, injury or loss. In addition, any and all amounts recovered, up to the full amount of benefits paid by the Plan must be reimbursed to the Plan regardless of whether or not you or your Dependent have been made whole for your injuries or illness. If you or your Dependent fail to reimburse the Plan the amounts recovered, the Plan may bring a lawsuit to collect the amounts due or may cease additional benefit payments to you or your Dependent or may offset the amounts paid against future benefit payments or entitlements until all amounts paid are recouped. The Plan is also entitled to attorney's fees and costs expended in collecting the amounts you wrongly fail to reimburse.

Subrogation

The Plan may request that you or your Dependent assign or subrogate your or your Dependent's claim or any other right of recovery to the Plan. You and, if applicable, your Dependent, must cooperate fully with the Plan in connection with any claim brought by the Plan to recover its assigned or subrogated interest. If you or your Dependent fail to cooperate or if you or your Dependent takes any action which harms the Plan's subrogated interest, the Plan is entitled to cease payment of any benefits connected to the third-party-caused injury or illness and recover from you or your Dependent the amount of Plan benefits paid. The Plan may bring a lawsuit against you or your Dependent to collect payments already made or it may offset against any future benefit payments otherwise due to you or your Dependents, the amount of benefits already paid to you and it may recover any costs and attorney's fees incurred.

DEFINITIONS

Active Participant means an individual who is participating in the Plan because he or she is currently actively employed and having contributions made by a participating Employer to the Plan, including participation through extended coverage due to an hours bank, military service, self-pay (but not COBRA) or emergency eligibility extension (due to a disability or injury covered under Workers' Compensation).

Allowed Amount is the maximum amount the Plan will pay for a covered service. For In-Network claims the Allowed Amount is the amount negotiated with the provider by CareFirst, the PPO network provider, for the service delivered. For Out-of-Network claims the Allowed Amount is the average amount charged by In-Network providers for the same services within the zip code - and when necessary to get a representative fee, surrounding zip codes - of the Out-of-Network provider. For certain services delivered by Out-of-Network providers, the above formula may be adjusted where necessary to get a representative fee.

Beneficiary means a person designated or deemed to be designated by an Employee to receive a benefit which may be payable under the Plan as a result of the Employee's death.

Board of Trustees, Board and Trustees means those persons, and their successors, who are designated in accordance with the Trust Agreement to have, as a body, full authority and discretion to operate and administer this Plan.

Child(ren) are your Children under age 26 for whom proper documentation has been provided, including:

- your biological Children
- your step Children
- your lawfully placed foster Children
- your lawfully adopted Children and Children placed with you for the purpose of adoption. If you are adopting a Child from birth, the Child is considered a Dependent from birth.

After a Child has reached the age limits set forth above, he or she will continue to be an eligible Dependent only if the Child is unmarried and is Totally Disabled and therefore considered a Disabled Child (see definitions below).

The Plan will honor a qualified medical child support order ("QMCSO") properly submitted and applicable to the Plan. A QMCSO is an order issued under state law that creates or recognizes the existence of a Participant's Child's right to receive benefits under a group health plan, and which satisfies certain additional legal requirements such as not requiring a plan to provide any type or form of benefits not otherwise provided under the plan. Upon receipt of such an order, the Fund will determine, within a reasonable period of time, whether the order is qualified, consistent with the Fund's written policy on QMCSOs, a copy of which is available from the Fund Office.

Collective Bargaining Agreement means a contract or agreement, entered into between the Union, or any entity with which the Union is affiliated, and an Employer, which covers wages, hours and conditions of employment.

Convalescent Nursing Home means a lawfully operating institution for the care and treatment of persons convalescing from an illness or injury which provides room and board and 24-hour nursing services by licensed nurses and is under the Full-time supervision of a licensed Physician or registered graduate nurse.

Copayment means a flat dollar amount that you are charged for certain covered services.

Coinsurance means that percentage of the total covered expenses that are in excess of the Deductible that the Participant is responsible to pay.

Covered Employment means employment for which contributions are due and owing to the Plan.

Covered Expenses mean the charges incurred by or on behalf of a Participant or an eligible dependent for those benefits covered by the Plan, including medical, prescription drugs, dental and vision, as set forth in this SPD and as may be changed or adjusted from time-to-time, up to the Allowed Amount.

Deductible. In each calendar year, you and each member of your family must pay a certain dollar amount of certain Covered Expenses. This “out-of-pocket” expense is called the “Deductible”. The Deductible is satisfied for a whole family when the family meets the maximum family deductible as shown in the Schedule of Benefits.

Dependent means the Spouse and Children of an Employee enrolled in the Plan who meet the eligibility requirements stated in this booklet, who are duly enrolled in the Plan and who meet the definition of Spouse and Child as outlined in the Plan.

Disabled Child. A Disabled Child refers to a covered Dependent Child, who is considered Totally Disabled (as defined below) and either:

- lives with the Employee for more than one-half of the year and does not provide more than one-half of his or her own support; or
- depends on the Employee for more than one-half of his or her financial support.

To be covered under this provision, the Child must have become Totally Disabled prior to the date that eligibility at age 26 would have otherwise ceased. Proof of Total Disability must be submitted to the Plan Administrator.

The eligibility for a Disabled Child will continue as long as the Child continues to be Totally Disabled. The Trustees may rely on evidence that a Child has been claimed as a Dependent on the Employee’s tax return or any other evidence deemed necessary by the Board of Trustees. For continued coverage after age 26, proof must be submitted that the Disabled Child continues to be Totally Disabled. The Trustees reserve the right to terminate coverage for any individual on which proper evidence of continued eligibility is not received. It shall be in the Trustees’ sole discretion to determine what evidence is sufficient to prove the child is a Disabled Child

Employee means a person working in Covered Employment under the terms of a Collective Bargaining Agreement and who meets the eligibility requirements stated in this booklet.

Employer means an Employer who makes contributions to the Plan on behalf of an Employee under the terms of a Collective Bargaining Agreement or a participation agreement.

ERISA means the Employee Retirement Income Security Act of 1974, as presently enacted and as it may be amended from time to time, together with its rules and regulations.

Fund Office refers to the office maintained by Zenith American Solutions, or any successor Third Party Administrator, on behalf of the Fund.

Home Health Care Agency means an agency or organization which provides a program of home health care following hospitalization and which meets the requirements established by the Board of Trustees or its agent in its sole discretion.

Home Health Care Plan means a program for continued care and treatment undertaken by a Home Health Care Agency and which is established and approved by the Physician in charge of treatment in lieu of confinement in a Hospital.

Hospice means a facility in which the physical, psychological and social needs of terminally ill patients and their families are addressed through a coordinated, interdisciplinary program of palliative, bereavement and other services and which meet the requirements established by the Board of Trustees or its agent in its sole discretion.

Hospital means an institution which is engaged primarily in providing, for compensation from its patients, medical, diagnostic, therapeutic and surgical facilities for the care and treatment of injured and ill persons on an in-patient basis and which provides such facilities under the supervision of a staff of duly qualified Physicians, with continuous round-the-clock nursing service by or under the supervision of at least one registered graduate nurse. The term includes Hospitals accredited by the Joint Commission on Accreditation of Hospitals and Hospitals, psychiatric Hospitals and tuberculosis Hospitals as defined under Medicare and which are eligible to participate in and receive benefits under Medicare. The term does not include an institution which is, other than incidentally, a place for rest, a nursing home, or an alcoholism treatment center.

Hospital Out-Patient Surgical Facility means a facility operated by a Hospital for the purpose of performing surgery which does not require overnight confinement, and which meets the requirements established by the Board of Trustees, in its sole discretion.

Insurance Company means the organization(s) with which the Board of Trustees contracts for the provision of certain benefits under the Plan.

Intensive Care Unit means a section, ward, or wing within a Hospital, which is separated from other facilities and which contains special supplies and equipment necessary for treatment of critically ill patients requiring constant observation by registered graduate nurses or other highly trained Hospital personnel.

Legal Separation includes a Limited Divorce as may be granted in the State of Maryland, Bed and Board Divorces as may be granted in the State of Virginia and formal separations as evidenced by the parties to the marriage entering into a written Separation Agreement.

Medical Emergency means an emergency medical condition that manifests itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) that the patient reasonably expects that, in the absence of immediate

medical attention, could place the patient (or an unborn Child with respect to a pregnant woman) in serious jeopardy, serious impairment to bodily functions or serious dysfunction of any bodily organ or part.

Medicare means the benefits provided under Title XVIII of the Social Security Act of 1965, as amended.

Participating Pharmacy means a duly licensed dispenser of drugs and medicines with which the Board of Trustees contracts, either directly or through a Pharmacy Benefits Manager, for the provision of Covered Prescription Drugs under the terms of this Plan.

Physician means a medical doctor (M.D.), doctor of osteopathy (D.O.), ophthalmologist, optometrist, dentist, psychiatrist, chiropract, chiropractor or social worker licensed by the state authority in which he or she practices, as well as any other health care provider who is acting within the scope of his or her license or certification under applicable state law.

Plan means the Iron Workers Trust Fund Local No. 5, Washington, D.C. also referred to as the “Iron Workers Local No. 5 Trust Fund Health & Welfare Plan” as established by the Trust Agreement and is summarized in this booklet.

Self-Payment means a personal contribution paid directly to the Fund to maintain coverage.

Spouse means the individual to whom the participating Employee is lawfully married under the laws within the jurisdiction in which the marriage took place, providing the Employee and individual are not legally separated.

Total Disability means a disability commencing after the date coverage becomes effective under this Plan and resulting from bodily injury or illness which:

- in the case of an Employee, wholly prevents the individual from engaging in any and every business or occupation and from performing any and all work for compensation or profit; and
- in the case of a Dependent, wholly prevents the individual is incapable of self-sustaining employment by reason of mental or physical disability and from performing the normal activities of a person of like age and sex.

Union means Local Union No. 5 of the International Association of Bridge, Structural, Ornamental and Reinforcing Iron Workers.

FILING A CLAIM OR AN APPEAL FOR BENEFITS

General Information on How to File an Initial Claim for Benefits

1. Today, most claims are submitted electronically by both participating and non-participating providers of medical care. However, on those occasions when it is necessary to file a paper claim because the provider of care will not file on your behalf, please request the claim forms from the Fund Office. The Fund Office will have claim forms to submit medical, dental, vision or prescription claims, if necessary.
2. Each claim form must be signed by the eligible Participant/Employee.
3. Most claims require supporting documentation from a Physician, Hospital or other service provider. Attach all such Physician or Hospital statements of services, receipts and bills to your claim form.
4. Remember that any admission into a Hospital for an overnight stay, except in cases of (1) an emergency, or (2) maternity admission that will require no more than a two day stay for normal delivery or four day stay for cesarean delivery, requires that you get approval from the Plan through pre-certification. Emergency Hospital admissions must be reported within 48 hours. (See the question and answer pertaining to precertification under the section entitled "How the Plan Works.")
5. Mail all claim forms to the Fund Office at the following address:
Iron Workers Local No. 5 Health Fund
c/o Zenith American Solutions, Inc.
3 Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200
Pittsburgh, PA 15222

If you need the Fund's phone numbers, they are:

Phone: (800) 242-8923

Fax: (412) 395-0002

Keep a Copy

It's always a good idea to keep copies of your bills for medical expenses. You should keep separate records of medical expenses, Deductibles and maximum benefits as they apply to each covered person in your family.

6. Claims must be submitted for payment within one year of the date service was rendered. Claims submitted after this date will not be eligible for payment or reimbursement by the Plan.
7. Please note that, except where there are extenuating circumstances such as an emergency, a verbal inquiry (such as a telephone call) to the Fund Office to inquire as to whether a certain service is covered under the Plan or a verbal request that a service be covered will not be treated as a valid claim for benefits that requires a written response by the Fund Office. Nor will such an inquiry or request, whether verbal or in writing, be considered a valid claim for benefits if made or submitted to anyone (even a Trustee) other than the Fund Office.
8. You may designate a representative to represent you in filing a claim or an appeal of a denial of a claim or other adverse determination. If the Fund Office or Trustees are uncertain whether or not you have designated a representative, either may request that you put such designation in writing and may decline to communicate with a third party claiming to be a representative until such written designation is received. You may not, however assign your claim or appeal to a third party.
9. Both in determining initial claims and in deciding appeals, the Fund will make all determinations in accordance with the Plan document, policies and rules and will apply the Plan provisions consistently, to the extent reasonable, with respect to similarly situated claimants.

10. Neither a claimant nor his or her representative has a right to a hearing or other personal appearance with the Fund Office or before the Board of Trustees to present a claim or appeal.
11. Throughout the procedures set forth below, there are several time limits within which a claimant must file a claim or appeal and within which the Fund or its Trustees must issue a decision on such claim or appeal. The Fund or its Trustees may agree to extend the time limits within which the claimant must file, and the claimant may agree to extend any time limit within which the Fund or its Trustees must issue a decision. The agreement to extend a time limit must be knowing, explicit and confirmed in writing before the time period in question expires. In addition, the Fund may, without agreement, extend its time limits to respond to a claim or appeal, as permitted by law, by providing written notice to the claimant.

Under the rules adopted by the Trustees, if you disagree with a decision by the Fund and you want to file a lawsuit against the Fund or the Trustees, you must bring the claim within two years after a final internal appeal is denied. If you fail to bring a claim within this time period, it will be forever waived.

Prescription Drug Claims

With some exceptions, most prescription drug claims are processed at a pharmacy. Generally, as described below in the appeals section, CVS Caremark will be responsible for hearing appeals of prescription drug claim denials.

Claims and Appeals for Group Health Benefits

To file a claim for major medical, dental, vision, disability or other group health benefits, you must follow the procedures set forth above. The Fund Office will process your claim and notify you as to whether or not it will be paid. The time frame in which your claim, and any appeal you file, will be processed depends, in large part, on the nature of your claim, e.g. urgent, pre-service, post-service or concurrent. The time limits and other rules are set forth in this subsection.

Applicable Definitions

In order to understand how your claim or appeal will be processed, it is important you understand how claims will be categorized. A definition or explanation of each category the Plan will use is set forth below:

Urgent Care Claim

This is a claim that (1) involves emergency medical care needed immediately in order to avoid serious jeopardy to your life, health, or ability to regain maximum function; or (2) which a Physician with knowledge of your medical condition thinks would subject you to severe pain if your claim were not dealt with in the “urgent care” time frame described below. Whether your claim is one involving urgent care will be determined by an individual acting on behalf of the Plan, applying an average layperson’s knowledge of health and medicine. If a Physician with knowledge of your medical condition determines that your claim is one involving urgent care, the Plan will treat your claim as an urgent care claim.

Pre-Service Claim

This is any claim that conditions receipt of a benefit, in whole or part, on pre-approval of the benefit. Hospital admission pre-certification is an example of a pre-service claim.

Post-Service Claim

This is any claim for a benefit that is not a pre-service claim. In this type of claim, you request reimbursement after medical care has already been rendered. Most claims you submit will be post-service claims.

Concurrent Care Claim

This is any claim to extend the course of treatment beyond the period of time or number of treatments that the Plan has already approved as an ongoing course of treatment to be provided over a period of time or number of treatments. A concurrent care claim can be an urgent care claim, a pre-service claim, or a post-service claim.

Incomplete Claim

A claim will be deemed incomplete if you do not provide enough information for the Plan to determine whether and to what extent your claim is covered by the Plan. This includes your failure to communicate. Verbally or, if requested or required, in writing, to a person who ordinarily handles benefit matters for the Fund your name, your specific medical conditions or symptom, and the specific treatment or service for which you request approval.

Disability Claims

Disability claims, which include Weekly Non-Occupational Accident and Sickness Benefits and Workers' Compensation Supplemental Benefits, will generally be handled like post-service medical claims, however, there are some special time periods that apply to processing a disability claim.

Internal Appeal

An appeal filed with and heard by the Board of Trustees or, in the case of a denial of a benefit pertaining to a prescription drug, an appeal filed and heard by CVS Caremark.

External Appeal

An appeal of a decision made by the Board of Trustees or CVS Caremark involving a claim that requires medical judgment. Such claims include a decision on whether a treatment is medically necessary or experimental. External appeals are heard by an Independent Review Organization. (IRO).

Notification of Initial Benefit Determination

Urgent Care Claim

The Fund will notify you whether your claim is approved or denied as soon as possible but not later than 72 hours after it receives your claim, unless your claim is incomplete. The Fund will notify you as soon as possible if your claim is incomplete, but not more than 24 hours after receiving your claim. The Fund may notify you orally, unless you request written notification. You will then have 48 hours to provide the specified information. Upon receiving this additional information, the Fund will notify you of its determination as soon as possible, within the earlier of 48 hours after receiving the information, or the end of the period within which you must provide the information.

Pre-Service Claim

The Fund will notify you whether your claim is approved or denied within a reasonable time, but not later than 15 days after receipt of your claim. This period may be extended by one 15-day period, if special circumstances beyond the control of the Fund require that additional time is needed to process your claim. If an extension is needed, the Fund will notify you prior to the expiration of the initial 15-day period of the circumstances requiring an extension and the date by which the Fund expects to reach a decision. If the Fund needs an extension because you have submitted an incomplete claim, the Fund will notify you of this within 5 days of receipt of your claim. The notice will describe the information needed to make a decision. If the Fund needs more information from you, it's time for making a decision on your claim will be tolled from the date on which the notification of the extension is sent to you until the date on which you respond to the request.

Post-Service Claim

The Fund will notify you of its determination within a reasonable time, but not later than 30 days after receipt of your claim. This period may be extended by one 15-day period, if special circumstances beyond the control of the Fund require that additional time is needed to process your claim. If an extension is needed, the Fund will notify you prior to the expiration of the initial 15-day period of the circumstances requiring an extension and the date by which the Fund expects to reach a decision. If the Fund needs an extension because you have not submitted information necessary to decide the claim, the notice will also describe the information the Fund needs to make a decision. You will have until 45 days after receiving this notice to provide the specified information. If the Fund needs more information from you, it's time for making a decision on your claim will be tolled from the date on which the notification of the extension is sent to you until the date on which you respond to the request.

Concurrent Care Claim

If the Fund has approved an ongoing course of treatment to be provided over a period of time, it will notify you in advance of any reduction in or termination of this course of treatment. If you submit a claim to extend a course of treatment, and that claim involves urgent care, the Fund will notify you of its determination within 24 hours after receiving your claim, provided that the Fund receives your claim at least 24 hours prior to the expiration of the course of treatment. If the claim does not involve urgent care, the request will be decided in the appropriate time frame, depending on whether it is a pre-service or post-service claim.

Disability Claim

The Fund will notify you of its determination within a reasonable time, but not later than 45 days after receipt of your claim. This period may be extended for up to two additional 30-day periods for circumstances beyond the control of the Fund, if the Fund Office notifies you of the extensions prior to the expirations of the initial 45 days and first 30-day extension period respectively. Any notice of extension will identify the circumstances requiring an extension, the date by which the Fund expects to reach a decision, the standards upon which entitlement to a benefit is based, the unresolved issues that require an extension and additional information needed, if any, to resolve those issues. If the Fund needs more information from you, it's time for making a decision on your claim will be tolled from the date on which the notification of the extension is sent to you until the date on which you respond to the request.

The claimant shall be provided, free of charge and before an adverse benefit determination is issued, with (a) any new or additional evidence considered, generated or used by the Plan with regard to the claim, and (b) any new or additional rationale on which the adverse benefit determination will be based. The new or additional evidence or rationale must be provided as soon as possible, and sufficiently before an adverse benefit determination is due, in order to give the claimant a reasonable opportunity to respond to the new information before the adverse benefit determination is issued.

Notice of Denial of Claim for Benefits

If any claim for benefits described above is denied, in whole or in part, the Fund (or an individual or entity acting on behalf of the Fund) will provide you with a written notice that provides the following information:

1. sufficient information to identify the claim involved, including the date of service, name of health care provider, claim amount (if applicable), and a statement describing the availability, upon request, of the diagnosis code and its corresponding meaning, and the treatment code and its corresponding meaning. The Plan will provide, as soon as practicable, upon request, the diagnosis code and its corresponding meaning, and the treatment code and its corresponding meaning;
2. specific reason or reasons for the denial or other adverse determination, including the denial code and its corresponding meaning, and, if any, a description of the standard used in denying the claim. This description also must include a discussion of the decision;
3. a reference to any pertinent Plan provisions on which the determination is based;
4. any internal rules, guidelines, protocols or other similar criteria relied upon in making the adverse determination or a statement that you are entitled to a copy of such rule, guideline, protocol or other similar criterion, free of charge upon request;
5. an explanation of any additional material or information that may be helpful in getting your claim approved, with an explanation why that information is necessary or may help;
6. if the adverse determination is based on a medical necessity or experimental treatment or similar exclusion or limit, either an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, or a statement that such explanation will be provided free of charge upon request;
7. a description of all available internal appeals and external review processes, including information about how to initiate an appeal and the time limits applicable to the procedures, including a statement of the claimant's right to bring a civil action under section 502(a) of ERISA following an adverse benefit determination on review;
8. disclosure of the availability of, and contact information for, any office or ombudsman available to assist individuals with internal claims and appeal and external review processes;
9. confirmation that the Plan shall continue to provide coverage to the claimant pending the outcome of his/her internal review and appeal. This means that the Plan will not reduce or terminate coverage for an ongoing course of treatment without an opportunity for advance review. For urgent care claims, the Plan shall allow individuals under treatment to go forward with an expedited external review at the same time as the internal appeals process;
10. a statement that the claimant is entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents and records relied upon in making the adverse benefit determination; and
11. In the case of an adverse benefit determination concerning an urgent care claim, the notice will also describe the shortened time frames for reviewing urgent care claims. In addition, in the case of an

urgent care claim the notice may be provided to you orally, within the time frames described above. The Fund will provide you with a written notice within 3 days of oral notification.

Your Right to Appeal

Time Period in Which to Appeal

If your claim for group health or disability benefits is denied, in whole or in part, you may request the Board of Trustees to review your benefit denial. Your written appeal must be submitted within 180 days of receiving the denial notice. In the case of a concurrent care claim only, the Fund will notify you at a time sufficiently in advance of the reduction or termination of treatment, which may be a period that is less than 180 days, to allow you to appeal and obtain review before the benefit is reduced or terminated.

Urgent Care Claims Expedited Appeals

In case of an urgent care claim, you may request, orally or in writing, immediate review of an adverse determination. Communications between you and the Fund or any entity delegated the authority by the Trustees to process your claims, may be made by telephone, facsimile, or other similar means.

Pre-Service Claims Appeals

In the case of pre-service claims (claims pertaining to pre-certification for Hospital admission) there are two levels of appeal. You have 180 days to file an appeal to the first level with American Health Holding. You have 60 days to file an appeal of the first level decision to the second level to the Board of Trustees. In addition, your appeal to the first level may be verbal. If it is verbal, however, there must be a clear expression that the adverse determination is being appealed with the reasons why you believe you are entitled to the benefit sought. The Plan may require you to provide to it documentation that supports your claim.

Prescription Drug Claims Appeals

There are two levels of internal prescription drug appeals, both levels are filed with CVS Caremark.

Prescription Drug Appeal Level 1. You have 180 days to submit a prescription drug claim appeal to CVS Caremark after receiving a denial or other adverse decision on your claim.

Prescription Drug Appeal Level 2. You have 180 days to submit a second level prescription drug claim appeal to CVS Caremark after receiving a denial or other adverse decision on your first level appeal. If your claim involves medical necessity or other medical judgment determination it will be referred by CVS Caremark to an independent medical specialist for a determination.

Note: *In some cases where your Level 1 appeal involves an issue that requires a medical necessity or other medical judgment determination, CVS Caremark may skip the Level 1 appeal process and directly forward your appeal so that it can be promptly reviewed by an independent medical specialist. In these cases, your claim will be subject to only one level of appeal.*

Content of Your Appeal

Your written appeal should state your name and address, the date of the denial, the fact that you are appealing the denial and the reasons for your appeal. You should also submit any documents that support your claim. The review of your claim will take into account all comments and documents that support your position, even if the Fund did not have this information in making the initial determination.

This does not mean that you are required to cite all of the Plan provisions that apply or to make “legal” arguments; however, you should state clearly why you believe you are entitled to the benefit you claim or why you disagree with a Fund policy, determination or action. The Trustees, or other body or entity considering your appeal, can best consider your position if they clearly understand your claims, reasons and/or objections.

Where to File Your Appeal

Your appeal (excluding a first level pre-service claim appeal but including a second level pre-service claim appeal) should be filed at the following address:

Board of Trustees
Iron Workers Local No. 5 Health Fund
c/o Zenith American Solutions, Inc.
3 Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200
Pittsburgh, PA 15222

A first and second level prescription drug appeal should be filed with:

Prescription Claim Appeals MC 109
CVS Caremark
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072-2084
Phone: (855) 619-9398
Fax: (866) 443-1172

To request an expedited review of an Urgent Claim Appeal:

Call Customer Care toll-free at the number on your benefit ID card or fax your appeal to (866) 443-1172.

If you need the Fund’s phone numbers, they are:

Phone: (800) 242-8923
Fax: (412) 395-0002

A first level pre-service claim appeal (claims pertaining to pre-certification for Hospital admission), should be filed with American Health Holding:

American Health Holding- Appeals Dept.
7400 West Campus Road F-510
New Albany, OH 43054
1-800-641-5566

Access to Information

Upon receipt of an adverse benefit determination, you are entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, relevant information regarding a claim determination. Contact the Fund Office for this information.

You may request a free copy of the criteria or guidelines used by CVS Caremark in making a decision and any other information related to the determination on your prescription drug appeal by calling toll-free (855) 619-9398.

No Deference to Previous Decisions

The review on appeal shall be made by the Board of Trustees or subcommittee thereof (or in the case of a pre-service claim by American Health Holding and a prescription drug claim by CVS Caremark), none of whom decided the initial claim for benefits or is the subordinate of any individual who decided the initial claim (or in the case of a pre-service claim, the Board or subcommittee thereof neither decided the first level of appeal nor is the subordinate of any individual who decided the first level of appeal).

The Board or subcommittee deciding the appeal shall give no deference to the initial denial or adverse determination or, where applicable, the first level of appeal (and in the case of a pre-service claim, American Health Holding will give no deference to the initial denial or adverse determination.)

In the case of a claim based in whole or part on a medical judgment, including decisions based on determinations as to whether a treatment or drug is experimental, investigational or medically necessary, only a health care professional who has appropriate training and expertise in the field of medicine, and who was not consulted in connection with the initial claim or is the subordinate of any individual consulted with for the initial claim, will be consulted. Any medical or vocational expert whose advice was obtained by the Plan in connection with the denial or adverse determination will be identified.

Failure to File a Timely Appeal

Failure to file a timely appeal will result in a complete waiver of your right to appeal and the decision of the Plan Administrator will be final and binding.

Notification of Decision on Appeal

1. Timing of Notification

- a. **Urgent Care Claim** The Fund (or CVS Caremark in the case of a prescription drug appeal) will notify you of its decision of an urgent care claim appeal as soon as possible, within 72 hours after they receive your request for review.
- b. **Pre-Service Claim** American Health Holding will notify you of its determination of a pre-service claim first level appeal within a reasonable period of time, not later than 15 days after it receives your request. The Fund will notify you of its determination of a pre-service claim second level appeal within a reasonable period of time, not later than 15 days after it receives your request for review.
- c. **Post-Service Claim** In the case of a post-service claim appeal, the Board of Trustees or a designated subcommittee of the Trustees will review your appeal at the 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 a further extension of time for review for the Trustees, a benefit determination will be rendered not later than the third Trustees meeting following receipt of your appeal. You will be notified in writing prior to the extension of the circumstances requiring the extension and the date by which the Trustees expect to reach a decision. You will receive written or

electronic notice of the decision of the Trustees after review by the Trustees, within 5 days of their decision. If the Trustees need more information from you, their time for making a decision on your appeal will be tolled from the date on which the notification of the extension is sent to you until the date on which you respond to the request.

- d. **Prescription Drug Claim** In the case of a post-service appeal filed with CVS Caremark you will receive a decision on your appeal within a reasonable period of time but not later than 60 days after the receipt of your appeal. However, if special circumstance requires more time to consider your appeal, the time for deciding your appeal may be extended by up to 60 days. You will be provided notice in writing before the initial 60-day period has expired if more time is needed to decide your appeal, and such notice will explain why more time is needed and will provide a date by which a decision on your appeal should be made.
- e. **Disability Claim** The time limits for post-service claim appeals in the paragraph above apply to disability claim appeals.

2. **Content of Decision on Appeal** The Fund will provide you with written notice of the determination on review. The notice will set forth the following information:

- a. sufficient information to identify the claim appeal involved, including the date of service, name of health care provider, claim amount (if applicable), and a statement describing the availability, upon request, of the diagnosis code and its corresponding meaning, and the treatment code and its corresponding meaning. The Plan will provide, as soon as practicable, upon request, the diagnosis code and its corresponding meaning, and the treatment code and its corresponding meaning;
- b. specific reason or reasons for the denial or other adverse determination, including the denial code and its corresponding meaning, and, if any, a description of the standard used in denying the claim, and for final internal adverse benefit determinations, this description also must include a discussion of the decision;
- c. a reference to any pertinent Plan provisions on which the determination is based;
- d. any internal rules, guidelines, protocols or other similar criteria relied upon in making the adverse determination or a statement that you are entitled to a copy of such rule, guideline, protocol or other similar criterion, free of charge upon request;
- e. a statement that you are entitled to receive, upon request, and free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records and other information relevant to your claim;
- f. if the adverse determination is based on a medical necessity or experimental treatment or similar exclusion or limit, either an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination, or a statement that such explanation will be provided free of charge upon request;
- g. disclosure of the availability of, and contact information for, any office or ombudsman available to assist individuals with internal claims and appeal and external review processes; and
- h. a statement advising the claimant of his or her right to bring a civil action under 502(a) of ERISA.

External Claims Appeal Procedures

In the event a claimant receives a final internal adverse benefit determination on a claim that relies on medical judgement, such as medical necessity or a determination whether a procedure is experimental, and wishes to further appeal the claims denial, the claimant may request a review by an independent external review organization, called an independent review organization (“IRO”). The decision made by an IRO on a claims appeal will be binding on the claimant and the Plan.

1. **Standard External Review**

a. **Request for External Review**

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

b. **Preliminary Review**

Within five business days following the date of receipt of the external review request, the Plan will complete a preliminary review of the request to determine whether:

- i. The claimant is or was covered under the Plan at the time the health care item or service was requested or, in the case of a retrospective review, was covered under the Plan at the time the health care item or service was provided;
- ii. The Adverse Benefit Determination or the final adverse benefit determination does not relate to the claimant's failure to meet the requirements for eligibility under the terms of the Plan;
- iii. The claimant has exhausted the Plan's internal appeal process, if required; and
- iv. The claimant has provided all the information and forms required to process an external review. Within one business day after completion of the preliminary review, the Plan shall issue a notification in writing to the claimant. If the request is complete but not eligible for external review, such notification shall include the reasons for its ineligibility and contact information for the Employee Benefits Security Administration (toll-free number (866) 444-EBSA (3272)). If the request is not complete, such notification shall describe the information or materials needed to make the request complete, and the Plan shall allow a claimant to perfect the request for external review within the four-month filing period or within the 48-hour period following the receipt of the notification, whichever is later.

c. **Referral to Independent Review Organization**

The Plan shall assign an IRO that is accredited by URAC or by a similar nationally- recognized accrediting organization to conduct the external review. The Plan shall refer the claim to one of three (3) IROs with whom the Plan has contracted for such assignments and shall rotate claims assignments among them. The IROs with whom the Plan has contracted are not eligible for any financial incentives based on the likelihood that the IRO will support the denial of benefits.

- i. The assigned IRO will utilize legal experts, where appropriate, to make coverage determinations under the Plan.
- ii. The assigned IRO will timely notify the claimant in writing of the request's eligibility and acceptance for external review. This notice will include a statement that the claimant may submit in writing to the assigned IRO within ten (10) business days following the date of receipt of the notice additional information that the IRO shall consider when conducting the external review.
- iii. Within five business days after the date of assignment of the IRO, the Plan shall provide to the assigned IRO the documents and any information considered in making the adverse benefit determination or final internal adverse benefit determination. Failure by the Plan to timely provide the documents and information shall not delay the conduct of the external review. If the Plan fails to timely provide the documents and information, the assigned IRO may terminate the external review and make a decision to reverse the adverse benefit determination or final

- internal adverse benefit determination. Within one (1) business day after making the decision, the IRO shall notify the claimant and the Plan.
- iv. Upon receipt of any information submitted by the claimant, the assigned IRO shall, within one (1) business day, forward the information to the Plan. Upon receipt of any such information, the Plan may reconsider its adverse benefit determination or final internal adverse benefit determination that is the subject of the external review. The external review may be terminated as a result of the reconsideration only if the Plan decides, upon completion of its reconsideration, to reverse its adverse benefit determination or final internal adverse benefit determination and provide coverage or payment. Within one (1) business day after making such a decision, the Plan shall provide written notice of its decision to the claimant and the assigned IRO. The assigned IRO shall then terminate the external review upon receipt of such notice from the Plan.
 - v. The IRO shall review all of the information and documents timely received. In reaching a decision, the assigned IRO will review the claim “de novo” and not be bound by any decisions or conclusions reached during the Plan’s internal claims and appeals process applicable. In addition to the documents and information provided, the assigned IRO, to the extent the information or documents are available, and the IRO considers them appropriate, will consider the following in reaching a decision:
 - 1. The claimant’s medical records;
 - 2. The attending health care professional’s recommendation;
 - 3. Reports from appropriate health care professionals and other documents submitted by the Plan, claimant, or the claimant’s treating provider;
 - 4. The terms of the Plan to ensure that the IRO’s decision is not contrary to the terms of the Plan, unless the terms are inconsistent with applicable law;
 - 5. Appropriate practice guidelines, which must include applicable evidence- based standards and may include any other practice guidelines developed by the Federal government, national or professional medical societies, boards, and associations;
 - 6. Any applicable clinical review criteria developed and used by the Plan, unless the criteria are inconsistent with the terms of the Plan or with applicable law; and
 - 7. The opinion of the IRO’s clinical reviewer or reviewers after considering the information described in this notice to the extent the information or documents are available, and the clinical reviewer or reviewers consider appropriate.
 - vi. The assigned IRO shall provide written notice of the final external review decision within 45 days after the IRO receives the request for the external review. The IRO shall deliver the notice of final external review decision to the claimant and the Plan. The assigned IRO’s decision notice shall contain:
 - 1. A general description of the reason for the request for external review, including information sufficient to identify the claim (including the date or dates of service, the health care provider, the claim amount (if applicable), the diagnosis code and its corresponding meaning, the treatment code and its corresponding meaning, and the reason for the previous denial);
 - 2. The date the IRO received the assignment to conduct the external review and the date of the IRO decision;

3. References to the evidence or documentation, including the specific overage provisions and evidence-based standards, considered in reaching its decision;
 4. A discussion of the principal reason or reasons for its decision, including the rationale for its decision, and any evidence-based standards that were relied on in making its decision;
 5. A statement that the determination is binding, except to the extent that other remedies may be available under State or Federal law to either the Plan or to the claimant;
 6. A statement that judicial review may be available to the claimant; and
 7. Current contact information, including telephone number, for any applicable office of health insurance consumer assistance or ombudsman established under PHS Act section 2793.
- vii. After a final external review decision, the IRO shall maintain records of all claims and notices associated with the external review process for six (6) years. An IRO shall make such records available for examination by the claimant, Plan, or State or Federal oversight agency upon request, except where such disclosure would violate State or Federal privacy laws.
- d. **Reversal of Plan's Decision**
- Upon receipt of a notice of a final external review decision reversing the adverse benefit determination or final internal adverse benefit determination, the Plan immediately shall provide coverage or payment (including immediately authorizing or immediately paying benefits) for the claim.

2. Request for Expedited External Review

The Plan shall allow a claimant to make a request for an expedited, independent, external review with the Plan at the time the claimant receives:

- a. A claimant may use an expedited request for and external review if the claimant has a medical condition where the timeframe for completion of a Standard External Review would seriously jeopardize the life or health of the claimant, or would jeopardize the claimant's ability to regain maximum function, or if the final internal adverse benefit determination concerns an admission, availability of care, continued stay, or health care item or service for which the claimant received emergency services, but has not been discharged from a facility. In addition, a claimant may also go directly from a denied claim to an expedited request for external review, and skip an internal appeal, if the claimant has a medical condition where delay would seriously jeopardize the life or health of the claimant, or would jeopardize the claimant's ability to regain maximum function
- a. Preliminary Review. Immediately upon receipt of the request for expedited external review, the Plan shall determine whether the request meets the reviewability requirements set forth in paragraph (1)(b) above for Standard External Review. The Plan shall immediately send a notice that meets the requirements set forth in paragraph (1)(b) above for Standard External Review to the claimant of its eligibility determination.
- b. Referral to Independent Review Organization. Upon a determination that a request is eligible for expedited external review following the preliminary review, the Plan shall assign an IRO pursuant to the requirements set forth in paragraph (1)(c) above for Standard Review. The Plan shall provide or transmit all necessary documents and information considered in making the adverse benefit determination or final internal adverse benefit determination to the assigned IRO electronically, by telephone, facsimile, electronic means or any other available expeditious method.
- c. The assigned IRO, to the extent the information or documents are available and the IRO considers them appropriate, shall consider the information or documents described above under the procedures for Standard Review. In reaching a decision, the assigned IRO shall review the claim de

novo and is not bound by any decisions or conclusions reached during the Plan's internal claims and appeals process.

- d. **Notice of Final External Review Decision.** The IRO shall provide notice of the final external review decision, in accordance with the requirements set forth in paragraph (1)(c)(7) above, as expeditiously as the claimant's medical condition or circumstances require, but in no event more than 72 hours after the IRO receives the request for an expedited external review. If the notice is not in writing, within 48 hours after the date of providing that notice, the assigned IRO shall provide written confirmation of the decision to the claimant and the Plan.

Claims and Appeals for Death Benefits and Accidental Death and Dismemberment Benefits and for Supplemental Workers' Compensation Benefits

General

To file a claim for death, accidental death and dismemberment, and supplemental workers' compensation benefits, you must follow all the procedures for post-service claims and appeals described above. There is not right to an independent, external review. Death Benefits will be paid in full in accordance with the terms of the Death Benefit provision upon receipt of a death certificate, and any other requested documentation, by the Fund Office or the insurance carrier, as applicable, from the Beneficiary.

Denial of Claim for Benefits

If your claim for benefits is denied, in whole or in part, the Fund Office will provide you with a written or electronic notice that states the reasons for the denial, refers to any pertinent Plan provisions, rules, guidelines, protocols or other similar criteria used as a basis for the denial, describes any additional material or information that might help your claim, explains why that information is necessary, and describes the Plan's review procedures and applicable time limits, including a right to bring a civil action under 502(a) of ERISA.

This notice will be given to you within a reasonable time but not more than 90 days after your claim is received by the Fund Office. This 90-day period may be extended for up to an additional 90 days if special circumstances beyond the control of the Plan require that additional time is needed to process your claim. If an extension is needed, notice will be provided prior to the expiration of the 90-day period.

If an extension is needed for the Fund to process your claim, you will be given written notice notifying you of the delay and stating the reason(s) why the extension is necessary and the date by which the Fund expects to make a decision. Once you receive the decision, you may consider the claim approved or denied. If the claim is denied, you may take steps to appeal the denial.

Appeals

1. General

If your claim is denied you may request the Board of Trustees to review your benefit denial by submitting a written appeal to the Trustees. Your written appeal must be submitted within 60 days of receiving the denial notice. Failure to file a timely appeal will result in a complete waiver of your right to appeal and the decision of the Plan Administrator will be final and binding. Upon receipt of an adverse

benefit determination, you are entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, relevant information regarding a claim determination.

Your written appeal should state your name and address, the date of the denial, the fact that you are appealing the denial and the reasons for your appeal. You should include documents that support your claim. The review of your claim will take into account all comments and documents that support your position, even if the Fund did not have this information in making the initial determination. This does not mean that you are required to cite all of the Plan provisions that apply or to make “legal” arguments; however, you should state clearly why you believe you are entitled to the benefit you claim. The Trustees can best consider your position if they clearly understand your claims, reasons and/or objections.

2. Notification of Decision on Appeal

- a. **Timing of Notification** The Trustees or a designated Committee of the Trustees will review your appeal at their 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 a further extension of time for review for the Trustees, a benefit determination will be rendered not later than the third Trustees meeting following receipt of your appeal. You will be notified in writing prior to the extension of the circumstances requiring an extension and the date by which the Trustees expect to reach a decision. You will receive written or electronic notice of the decision of the Trustees after review by the Trustees, within 5 days of their decision. If the Trustees needs more information from you, their time for making a decision on your appeal will be tolled from the date on which the notification of the extension is sent to you until the date on which you respond to the request.
- b. **Content of Notification** This notice will set forth the specific reason(s) for the adverse determination, the specific Plan provisions on which the benefit determination is based, a statement that you are entitled to receive, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, relevant information regarding a claim determination, and a statement of your right to bring a civil action under 502(a) of ERISA. The decision of the Board of Trustees on review shall be final and binding upon all parties including the claimant and any person claiming a benefit on behalf of the claimant.

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. There is no further appeal under this Plan. Under special circumstances, the Trustees may determine that reconsideration of your claim or appeal is appropriate based on new information that was not available at the time of the initial appeal. The Trustees have full authority and discretion to determine if reconsideration is warranted. The Trustees have full discretion or authority to determine all matters relating to the benefits provided under this Plan including, but not limited to, all questions of coverage, eligibility and interpretation of the Plan and other Fund policies and rules. The Trustees shall have full authority and discretion to determine if a benefit is covered or subject to reimbursement under the Plan. If the Trustees deny your appeal of a claim, and you decide to seek judicial review, the Trustees’ decision shall be subject to limited judicial review to determine only whether the decision was arbitrary and capricious.

Unless contrary to applicable law, no legal action may be commenced or maintained against the Fund, the Plan or the Trustees more than two years after a final appeal is denied.

Fund Policies, Determinations, or Actions

If you disagree with a policy, determination, or action of the Fund, you may request the Board of Trustees to 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 benefits denial. The Board of Trustees will have sole authority and discretion to interpret and apply Fund policy, determination or action.

IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR PLAN

Legal Name of Plan

Iron Workers Trust Fund, Local No. 5, Washington, D.C.

Name of Plan Sponsor

The Board of Trustees of the Iron Workers Trust Fund Local No. 5, Washington, D.C.

Zenith American Solutions, Inc.

3 Gateway Center

401 Liberty Avenue, Suite 1200

Pittsburgh, PA 1522

Plan Type

The Plan is a self-insured group health plan maintained for the purpose of providing medical benefits, dental benefits, vision benefits, death benefits, accidental death and dismemberment benefits, and accident and sickness benefits.

Agent for Service of Legal Process

Board of Trustees, c/o Zenith American Solutions Inc.

3 Gateway Center

401 Liberty Avenue, Suite 1200

Pittsburgh, PA 1522

The names and business addresses of the Trustees are:

Union Trustees

Gary Armstrong

Iron Workers Local 5

9301 Peppercorn Place

Largo, MD 20774

Aaron Bast

Iron Workers Local 5

9301 Peppercorn Place

Largo, MD 20774

William Beckman

Iron Workers Local 5

9301 Peppercorn Place

Largo, MD 20774

Ronald Borza

Iron Workers Local 5

9301 Peppercorn Place

Largo, MD 20774

Employer Trustees

Richard Bailey

Berlin Steel

796 Cromwell Park Drive, Suite T

Glen Burnie, MD 21061

Victor Cornellier

TSI Exterior Wall Systems, Inc.

8520 Pepco Place

Marlboro, MD 20772

Bill Heinold

Pioneer Cladding and Glazing

7195 Troy Hill Drive, Suite 107-109

Elkridge, MD 21075

Curt Johnson

Pioneer Cladding and Glazing

7195 Troy Hill Drive, Suite 107-109

Elkridge, MD 21075

Raymond Cleland
Iron Workers Local 5
9301 Peppercorn Place
Largo, MD 20774

Kenny Wood
Genesis Steel Service, Inc.
330 Back River Neck Road
Baltimore, MD 21221

Type of Plan Administration

Contract Administration

Plan Administrator/Fund Office

Zenith American Solutions, Inc.
3 Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200
Pittsburgh, PA 1522

Plan Number

501

IRS Employer Identification Number

52-6057762

Plan Year

July 1 through June 30

Source of Plan Financing

The Plan is funded by contributions made by individual Employers under the provisions of Collective Bargaining Agreements, and any income earned from investment of Employer contributions. A small portion of the funding comes from Employers under participation agreements and employees or dependents who self-pay premiums.

All monies are used exclusively to provide benefits to eligible Employees and their Dependents, and to pay all expenses incurred with respect to the operation of the Plan. The Trustees periodically review the funding status of the Plan.

Plan Participants and Beneficiaries may receive from the Fund Office, upon written request, a list of contributing Employers or information as to whether or not a particular Employer or Employee Organization is a contributing Employer and a copy of any applicable Collective Bargaining Agreement between Iron Workers Local No. 5 and the Iron Workers Employers Association of Washington, D.C., or any contributing Employer requiring contributions to the Fund free of charge.

No Liability for Practice of Medicine

The Board of Trustees and their designees are not engaged in the practice of medicine, and by providing this plan of benefits make no recommendations and have no control over any diagnosis, treatment, care or lack thereof, or any health care services provided or delivered or not provided or delivered to you by any health care

provider. The Board of Trustees and their designees bear no liability for loss or injury caused by any health care provider by reason of negligence, failure to provide care or treatment or otherwise.

Confidentiality and Protection of Your 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 ("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 protected health information to accomplish the intended purpose of the use or disclosure. The Fund has adopted certain written rules and policies to ensure that with regards to its use, disclosure and maintenance of protected health information, it complies with applicable law.

You may be required to submit to the Fund Office a written request if you are seeking the release of your own protected health information. You may authorize the disclosure of your protected health information to third parties by signing a written authorization and submitting it to the Fund Office. You may also cancel any previous written authorization you have provided the Fund by submitting a written cancellation of authorization with the Fund Office. You may request these forms from the Fund Office.

You have the right, with limited exception, to inspect your protected health information on file with the Fund Office and to file with the Office any corrections or amendments you deem appropriate. You also have the right to file a complaint with the Fund Office if you believe your protected health information has been improperly used or disclosed. The Fund has provided Participants with a Notice of Privacy Practices for Protected Health Information. If you would like a copy of the Notice or would like additional information about the Fund's use and disclosure of protected health information or your rights with regards to this information, you may request a copy of the Notice from the Fund Office.

Information You or Your Dependents Must Provide the Plan

In addition to the information you must furnish in support of any claim for Benefits under the Plan, you or your Dependents must provide, within 60 days after the event, any information that may affect eligibility for coverage under the Plan. This includes, but is not limited to:

- Change of name
- Change of address
- Marriage, divorce or death
- Any information regarding the status of a Dependent Child, including, but not limited to:
 - Change of name
 - The existence of any physical or mental disability
- Other medical coverage including Medicare
- Other dental or vision coverage.

Service Providers

The Fund maintains the Plan of benefits on a self-insured basis. However, the Fund has contracted with various organizations to provide certain services to Participants at a negotiated cost to the Fund. These services are provided for as long as the Fund contracts with them and may be terminated by the Fund. These arrangements include the CareFirst Blue Cross Blue Shield PPO, 10455 Mill Run Circle, Owings Mills, MD 21117 (which provides access to a network of medical providers); CVS Caremark, 2211 Sanders Rd, Northbrook, IL 60062, (which provides access to a prescription drug network), Spectera/United Healthcare, 185 Asylum Street, Hartford, CT 06103 (which provides guaranteed vision benefits through participating Providers), and Zurich American Insurance, 1299 Zurich Way, Schaumburg, IL 60196 (which provides accidental death and dismemberment benefits).

Modification and Termination of the Plan or its Provisions

Neither this Plan nor any of its benefits are guaranteed.

The Board of Trustees reserves the right to change or discontinue (1) the Plan itself, (2) the types and amounts of benefits under this Plan and (3) the eligibility rules. The nature and amount of Plan benefits always are subject to the actual terms of the Plan as it exists at the time the claim occurs. The Plan may be terminated or merged with another fund(s) by action of the Board of Trustees or the Plan Settlers—Iron Workers Local No. 5 and the Iron Workers Employers Association of Washington, D.C. The Fund may also be terminated if there are insufficient assets in the Fund to pay benefits, if there are no longer any Collective Bargaining Agreements requiring contributions to be made to the Fund, or if there are no longer any Employees or Dependents who qualify to participate in the Plan.

Trustees Discretion

The Trustees have full and exclusive authority and discretion to determine all questions of coverage, eligibility and the entitlement to benefits, the methods of providing or arranging for benefits and other related matters. Any interpretation or determination by the Board of Trustees will be given full force and effect unless it can be shown that the interpretation was arbitrary and capricious.

No Assignment of Benefits

No one, including, but not limited to, a Participant or an Eligible Dependent, is permitted to assign any benefits, rights or claims for benefits to any third party including, but not limited to, a provider or facility, without the express written consent of the Plan Administrator. “Benefits, rights or claims for benefits” includes, but is not limited to, a claim for payment of a benefit under the terms of the Summary Plan Description or other Plan document or communication, a claim for benefits under Section 502(a) of ERISA, a claim under ERISA for breach of fiduciary duty, or a claim for penalties assessable under law or regulation. It also includes an appeal of a denial of a claim.

A Participant or an Eligible Dependent may direct that benefits payable from this Plan to him or her instead be paid to the provider or facility that provided the related medical care. However, the Plan is not obligated to accept such direction, and no payment made pursuant to such direction, nor any communication about benefits or payment between representatives of the Plan and a provider or facility, shall be considered an assignment of

the benefit, a contract to pay benefits or a recognition by the Plan of a duty or obligation to pay a provider or facility.

Erroneous Payments

Every effort will be made to ensure accuracy in the payment of your benefits. If an error is discovered and it is determined that the Fund has paid you any benefits to which you are not entitled, you are obligated to reimburse the Fund for the payment made in error. The Trustees have the right to seek repayment from you through any legal means, including the right to reduce future benefit payments by the amount of the erroneous payment.

Misrepresentation or Fraud

If you receive benefits as a result of false information or a misleading or fraudulent representation, you will be required to repay all amounts and you will be liable for all costs of collection, including attorneys' fees. The Trustees reserve the right to reduce future benefit payments by the amount of the payment made because of fraud or misrepresentation.

YOUR ERISA RIGHTS UNDER THE PLAN

The following statement of your rights under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA) is furnished in compliance with ERISA Section 104(c).

Receive Information About Your Plan and Benefits

As a Participant in the Iron Workers Local No. 5 Trust Fund, Washington, D.C. Health and Welfare Plan, you are entitled to certain rights and protections under ERISA. ERISA provides that all Plan Participants shall be entitled to:

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

Continue Group Health Plan Coverage

In addition, you have the right to:

- Continue health care coverage for yourself or Eligible Dependents if there is a loss of coverage under the Plan because of a qualifying event. You or your Eligible 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.
- Receive a certificate of creditable coverage, free of charge, from you group health plan or health insurance issuer when you lose coverage under the Plan, when you become entitled to elect COBRA continuation coverage, or when your COBRA continuation coverage ceases, if you request it before losing coverage or up to 24 months after losing coverage. Without evidence of creditable coverage, you may be subject to preexisting condition exclusion for 12 months (18 months for late enrollees) after your enrollment date in your coverage.

Prudent Action by Plan Fiduciaries

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

Enforce Your Rights

If your claim for a benefit is denied or ignored in whole or in part, you must receive a written explanation of the reason for the denial, be provided copies of documents relating to the decision and your right to appeal any denial, without charge, all within certain time schedules.

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

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 Plan's decision or lack thereof concerning the qualified status of a domestic relations order or a medical child support order, you may file suit in Federal court. If Plan fiduciaries misuse the Plan's money, or if you are discriminated against for asserting your rights, you may seek assistance from the U.S. Department of Labor, or you may file suit in Federal court. The court will decide who should pay court costs and legal fees. If you are successful, the court may order the person you have sued to pay those costs and fees. If you lose, for example, if the court finds your claim frivolous, it may order you to pay those costs and fees.

Assistance with Questions

If you have any question about this Plan, you should contact the Fund Office. If you have any questions about this statement or about your rights under ERISA, 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, Pension and Welfare Benefits 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.

**Spanish
Section**

**Sección
Española**

FONDO DE FIDEICOMISO DE IRON WORKERS LOCAL NO. 5
PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD Y BIENESTAR

RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DEL PLAN

Enmendado y reformulado con vigencia a partir del 1 de enero de 2020

JUNTA DIRECTIVA

Directores del Sindicato

Gary Armstrong
Aaron Bast
William Beckman
Ronald Borza, Jr.
Ray Cleland

Directores del Empleador

Richard Bailey
Victor Cornellier
Bill Heinold
Curt Johnson
Kenny Wood

ADMINISTRADOR DEL FONDO

Zenith American Solutions, Inc.
3 Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200
Pittsburgh, PA 15222
1-800-242-8923

ABOGADOS

O'Donoghue & O'Donoghue, LLP

CONSULTORES Y ACTUARIOS

BHA Consulting LLC

AUDITORES

Calibre CPA Group PLLC

MMMM 2019

Estimado participante del Plan:

Nos complace entregarle este folleto actualizado que describe los beneficios de atención a la salud y bienestar disponibles para usted y sus dependientes elegibles según el Fondo de Fideicomiso de Iron Workers Local No. 5, Washington, D.C., también conocido como el “Plan de Atención a la Salud y Bienestar del Fondo de Fideicomiso de Iron Workers Local No. 5” (el “Plan”).

Le recomendamos que lea este folleto con detenimiento de manera que pueda comprender sus beneficios, reglas de elegibilidad y los procedimientos para presentar reclamos de beneficios. El incumplimiento de ciertas reglas descritas en este folleto puede resultar en la renuncia o la pérdida de un beneficio, en su totalidad o en parte, para el cual usted o sus dependientes elegibles tienen derecho, o bien, una renuncia de un reclamo de beneficios que podría haber sido presentado al Plan.

La Junta Directiva se esfuerza para proporcionarle los beneficios más apropiados que contribuirán a la seguridad, salud y bienestar de los participantes. El cambio de las condiciones económicas requiere una evaluación constante de los Planes a fin de mantener su estabilidad financiera. Los beneficios pueden cambiar, pero nuestro objetivo es proporcionar los mejores beneficios que el Plan puede ofrecerle a usted y su familia, siempre que mantengamos al Plan sobre una sólida base financiera.

Esta nueva edición del Resumen de la Descripción del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) del Fondo de Atención a la Salud y Bienestar se ha preparado para facilitarle a usted encontrar la información que necesita acerca de sus beneficios. Estas son algunas de sus características:

- “Datos básicos” al inicio de cada capítulo que le dan una perspectiva general de lo que contiene dicha sección;
- Capítulos que se enfocan en eventos de vida (añadir un dependiente a su familia, ausencia del empleo por servicio militar, etc.) que pueden afectar sus beneficios de atención a la salud;
- Recuadros para llamarle la atención sobre números telefónicos importantes y otra información.

Le animamos a que se comuniqué con la Oficina del Fondo con cualquier pregunta que pueda tener respecto a su Plan o la administración del mismo.

Atentamente,

LA JUNTA DIRECTIVA

Solamente la Junta Directiva está autorizada a interpretar el Plan descrito en este folleto. Ningún Empleador ni Representante Sindical está autorizado a interpretar el Plan, ni tampoco dicha persona puede actuar como un agente de la Junta Directiva. Sus derechos bajo el Plan de Atención a la Salud y Bienestar se rigen por el Plan, con las enmiendas realizadas ocasionalmente. La Junta Directiva es la única autoridad para revisar, interpretar y aplicar las cláusulas del Documento del Plan y tomar decisiones respecto a la elegibilidad de sus beneficios, derecho a recibir beneficios, así como a su naturaleza, monto y duración. La Junta Directiva se reserva el derecho a enmendar, modificar o discontinuar todo o parte del Plan siempre que, a su criterio, las condiciones lo ameriten.

TABLA DE CONTENIDO

EL PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD Y BIENESTAR.....	1
<u>¿Qué es el Plan de Atención a la Salud y Bienestar de Iron Workers Local No. 5?</u>	1
<u>¿Quiénes son los auspiciadores del Plan?</u>	1
<u>¿Quién paga los Beneficios del Plan?</u>	1
<u>¿Pueden cambiar los Beneficios?</u>	1
ELIGIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN EL PLAN.....	2
<u>¿Cómo mantengo la Cobertura bajo el Plan?</u>	3
1. <u>Banco de Horas</u>	3
2. <u>Pagos Personales</u>	4
3. <u>Extensión de Elegibilidad por Discapacidad o Lesión en el trabajo</u>	4
4. <u>Cobertura para Jubilados</u>	5
5. <u>Cobertura para Cónyuge Sobreviviente</u>	6
6. <u>Cobertura de Continuación COBRA y Elegibilidad para Conversión del Seguro</u>	6
7. <u>Servicio Militar</u>	10
8. <u>Ley de Licencias por Enfermedad o Razones Familiares (FMLA, por sus siglas en inglés)</u>	10
EVENTOS DE VIDA.....	12
<u>Matrimonio</u>	12
<u>Divorcio o Separación</u>	12
<u>Pérdida de Elegibilidad de Cobertura para Usted o un Dependiente</u>	13
<u>Nacimiento o Adopción de un Hijo</u>	13
<u>Terminación del Empleo</u>	13
<u>Discapacidad</u>	14
<u>Jubilación</u>	14
<u>Fallecimiento</u>	15
LISTA DE BENEFICIOS	16
CÓMO FUNCIONA EL PLAN	20
SUS BENEFICIOS	22
<u>¿Qué son Gastos Cubiertos?</u>	22
<u>Servicios preventivos</u>	24

BENEFICIOS POR GASTOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	32
<u>¿Cuáles son los Beneficios por Gastos de Medicamentos con Receta?</u>	32
<u>¿Cómo obtengo mis Medicamentos con Receta?</u>	32
<u>¿Cuáles son los Medicamentos con Receta cubiertos?</u>	33
<u>¿Hay algunos medicamentos que no estén cubiertos?</u>	33
<u>Programa de Medicamentos pedidos por correo</u>	33
<u>BENEFICIOS POR ATENCIÓN DENTAL</u>	35
<u>¿Cuáles son los Beneficios por Atención Dental?</u>	35
<u>BENEFICIOS POR ATENCIÓN A LA VISTA</u>	37
<u>¿Cuáles son los Beneficios por Atención a la Vista?</u>	37
<u>BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO Y BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO</u>	39
<u>¿Quién está cubierto por el Beneficio por Fallecimiento?</u>	39
<u>¿Cuál es el Beneficio por Fallecimiento?</u>	39
<u>¿Quién está cubierto por el Beneficio por AD&D?</u>	39
<u>¿Cuál es la Cobertura por AD&D de accidentes en el trabajo?</u>	39
<u>BENEFICIOS POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD</u>	43
<u>¿Quién está cubierto por el Beneficio por Accidente y Enfermedad?</u>	43
<u>¿Cuál es el Beneficio por Accidente y Enfermedad?</u>	43
<u>Suplemento a la Indemnización por Accidente de Trabajo</u>	44
<u>EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES</u>	45
<u>COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS</u>	51
<u>¿Qué sucede si estoy cubierto por más de un plan de atención a la salud grupal?</u>	51
<u>¿Cómo se coordinan los Beneficios de este Plan con Medicare?</u>	52
<u>Reembolso y subrogación de recuperación de terceros</u>	53
<u>DEFINICIONES</u>	55

<u>PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO DE BENEFICIO O APELACIÓN DE BENEFICIOS</u>	59
<u>Información general acerca de cómo llegar un Reclamo inicial de Beneficios</u>	59
<u>Reclamo de Beneficios por Medicamentos con Receta</u>	60
<u>Reclamos y Apelaciones de los Beneficios de Atención a la Salud Grupal</u>	60
<u>INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SU PLAN</u>	75
<u>Confidencialidad y protección de su información de salud</u>	77
<u>Información que usted o sus Dependientes deben proporcionarle al Plan</u>	77
<u>Proveedores de Servicios</u>	78
<u>SUS DERECHOS SEGÚN ERISA BAJO ESTE PLAN</u>	80

EL PLAN DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR

Datos básicos:

- Para ser elegible para participar en el Plan, usted debe, primero, trabajar por lo menos 240 horas en dos meses consecutivos.
- Para que su elegibilidad continúe, usted debe trabajar por lo menos 360 horas cada “Trimestre de Trabajo”; sin embargo, si usted no cumple con este requisito, en algunas circunstancias puede continuar su cobertura, por ejemplo a través de un Banco de Horas o pagos personales.
- Si usted experimenta un “evento calificado”, puede ser elegible para continuar su cobertura a través de COBRA si realiza pagos personales. Consulte la página 6 para obtener más información.

¿Qué es el Plan de Atención a la Salud y Bienestar de Iron Workers Local No. 5?

El Plan de Atención a la Salud y Bienestar de Iron Workers Local No. 5 (el “Plan”) es un paquete de beneficios de atención médica y otros beneficios que se le proporcionan a usted y sus dependientes elegibles de conformidad con el Acuerdo de Negociación Colectiva entre su Empleador y Iron Workers Local No. 5. El Acuerdo o los Acuerdos de Negociación Colectiva están disponibles para que usted o sus beneficiarios puedan revisarlos. Puede comunicarse con el Administrador del Plan para obtener una copia.

Este folleto describe su Plan y los beneficios que están disponibles para usted. Describe quién puede participar en el Plan, cuándo comienza la cobertura y cuándo termina la cobertura. También describe cómo funciona el Plan y cuáles son sus derechos legales.

¿Quiénes son los auspiciadores del Plan?

El Plan lo auspician conjuntamente Iron Workers Local Union No. 5 y Iron Workers Employer Association de Washington, D.C.

¿Quién paga los beneficios del Plan?

Los empleadores participantes aportan cierta cantidad por cada hora que usted y todos los otros montadores de estructuras metálicas empleados por un empleador participante trabajan, de conformidad con lo acordado en el Convenio de Negociación Colectiva entre Iron Workers Local No. 5 y Iron Workers Employer Association u otro acuerdo de negociación de Local 5. Estas aportaciones se hacen a un fondo de fideicomiso de donde se pagan los beneficios. El fondo de fideicomiso también se financia, en menor medida, con pagos de Participantes que son elegibles para hacer pagos personales bajo ciertas condiciones descritas más adelante en este folleto.

¿Pueden cambiar los beneficios?

Es el propósito de la Junta Directiva continuar con este Plan y mejorar los beneficios que este otorga en el futuro. Sin embargo, los beneficios bajo el Plan no están garantizados. La Junta Directiva se reserva el derecho a modificar, cambiar o terminar beneficios, cobertura, elegibilidad o el Plan en sí mismo, en cualquier momento, con base en consideraciones financieras, administrativas o de otro tipo.

ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN EL PLAN

¿Quién es elegible para participar en el Plan?

Usted es elegible para participar en el Plan si es un Empleado que trabaja para un Empleador Participante, de conformidad con los términos del Acuerdo de Negociación Colectiva con Iron Workers Local No. 5; o un Empleado que trabaja para un Empleador Participante que ha firmado un acuerdo de participación con el Fondo y hace aportaciones al mismo en su nombre. Los Dependientes de un Empleado elegibles para participar en el Plan, tales como el Cónyuge o hijo(s), que cumplan con los requisitos de elegibilidad, también pueden recibir beneficios del Plan.

¿Habrá cobertura para mis Dependientes o para mí por Condiciones Preexistentes?

El Plan no tiene limitaciones por condiciones preexistentes.

¿Es la participación automática?

No. Antes de ser un Participante, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad descritos en este folleto y llenar una formulario de solicitud provisto por la Oficina del Fondo o el Sindicato Local.

¿Cuándo entra en vigencia mi cobertura?

Para ser elegible para recibir beneficios, usted debe tener un mínimo de 240 horas trabajadas en dos meses consecutivos, registradas y presentadas en su nombre por un Empleador Participante. Después de trabajar 240 horas, su cobertura empezará el primer día del segundo mese siguiente al mes en el que trabajó las 240 horas. Por ejemplo:

Si trabaja 240 horas en...	La cobertura comenzará en...
Enero y febrero	Abril
Febrero y marzo	Mayo
Marzo y abril	Junio

Si tiene menos de 240 horas en dos meses consecutivos, dichas horas no son transferibles a ningún otro mes. Usted debe trabajar 240 horas en los próximos dos meses consecutivos antes de emiece su elegibilidad. Las 240 horas trabajadas en dos meses consecutivos le dará cobertura por un mes solamente. Puede mantener su elegibilidad mes a mes si continúa trabajando 240 horas en dos meses consecutivos hasta que trabaje 360 horas en un “Trimestre de Trabajo”, como se define a continuación. Al cumplir las 360 horas en Trimestre de Trabajo, las reglas de continuación de elegibilidad que se establecen a continuación aplican y deja de aplicar la regla de elegibilidad de 240 horas en dos meses consecutivos.

Después de cumplir con los requisitos de elegibilidad inicial, usted debe trabajar un cierto número de horas cada Trimestre de Trabajo para mantener cobertura. Consulte la sección “¿Cómo mantengo cobertura bajo este Plan?” a continuación para obtener información acerca de cómo mantener la cobertura. Sin embargo, si pierde la elegibilidad por un período de 36 meses consecutivos, deberá cumplir nuevamente con los requisitos de elegibilidad inicial.

¿Cómo mantengo la cobertura bajo el Plan?

Después de cumplir con los requisitos de la “Elegibilidad Inicial”, la continuación de la elegibilidad se basará en las horas trabajadas, reportadas y presentadas en su nombre por su Empleador. Si su Empleador no reportase sus horas, usted puede presentar prueba de las horas trabajadas (por ej., boletas de paga) a la Oficina del Fondo. El Fondo podrá, pero no está obligado a conceder la continuación de elegibilidad con base en las boletas de paga u otra prueba de las horas trabajadas. Para mantener elegibilidad, usted debe trabajar por lo menos 360 horas en un Trimestre de Trabajo para tener cobertura en el Trimestre de Beneficios correspondiente. Estos períodos de elegibilidad se describen a continuación:

Trimestre de Trabajo	Trimestre de Beneficios
Enero, febrero, marzo	Junio, julio, agosto
Abril, mayo, junio	Septiembre, octubre, noviembre
Julio, agosto, septiembre	Diciembre, enero, febrero
Octubre, noviembre, diciembre	Marzo, abril, mayo

Cómo mantener su cobertura

En general, usted y los miembros de su familia elegibles continuarán su elegibilidad de cobertura bajo el Plan siempre que usted trabaje por lo menos **360** horas por Trimestre de Trabajo en un Empleo Cubierto, y su Empleador haya reportado y presentado la comprobación de las horas que usted trabajó a la Oficina del Fondo.

Los requisitos de elegibilidad indicados anteriormente le dan derecho a todos los beneficios disponibles bajo el Plan, con la excepción del Beneficio Suplementario por Tiempo Perdido Debido a Accidente de Trabajo. Estos se describen en la sección de este folleto correspondiente a dicho beneficio.

¿Puedo mantener la Cobertura del Plan si no trabajo las 360 horas requeridas en un Trimestre de Trabajo?

Sí. Hay ocho maneras en las que la cobertura de usted y sus Dependiente elegibles puede continuar, en caso de que usted no trabaje el número de horas que requiere trabajar en un Trimestre de Trabajo en particular para mantener sus beneficios.

1. Banco de horas

Usted puede “depositar” en el Banco de Horas las horas que haya trabajado en un Trimestre de Trabajo en exceso de las 360 necesarias para mantener su elegibilidad, y que posteriormente puede utilizar en Trimestres de Trabajo en los que trabaje menos de 360 horas. Esto es automático. La Oficina del Fondo lleva un registro de su Banco de Horas y aplica automáticamente las horas ahorradas cada vez que lo necesite para mantener su elegibilidad. Usted empezará a acumular horas en el banco el primer Trimestre de Trabajo en que exceda 360 horas, después de cumplir los requisitos de elegibilidad inicial.

El número máximo de horas que pueden acreditarse a su Banco de Horas es 360, suficiente para mantener su elegibilidad durante un Trimestre de Beneficios.

Por ejemplo, Joe trabajó 400 horas en el Trimestre de Trabajo de enero, febrero y marzo. Para continuar su elegibilidad en el Trimestre de Beneficios de junio, julio y agosto, se utilizaron 360 horas de trabajo de Joe. Las 40 horas restantes se depositaron en su Banco de Horas. En el Trimestre de Trabajo de abril, mayo y junio, Joe trabajó 550 horas; se utilizaron 360

para la elegibilidad en septiembre, octubre y noviembre; las 190 horas restantes se depositaron en su Banco de Horas, cuyo total es ahora 230 horas.

En el Trimestre de Trabajo de julio, agosto y septiembre, Joe trabajó solo 220 horas, insuficiente para su elegibilidad en el Trimestre de Beneficios de diciembre, enero y febrero.

Como Joe tiene un saldo de 230 horas en su Banco de Horas, se utilizarán 160 horas para completar el monto necesario para mantener su elegibilidad.

Las cuentas del Banco de Horas se establecieron para beneficio de los Participantes. Sin embargo, ningún participante tendrá derechos adquiridos ni de ninguna otra manera tendrá un interés o derechos sobre su cuenta del Banco de Horas. El Banco de Horas y/o las cuentas del mismo pueden cerrarse en cualquier momento, en todo o en parte, sin previo aviso, y todas las horas en las cuentas se pueden perder, eliminar y desaparecer para siempre. La autoridad para cerrar el Banco de Horas y las cuentas del mismo reside exclusivamente en la Junta Directiva y depende de su sola determinación y discreción. El Banco de Horas y las cuentas del mismo pueden cerrarse por cualquier razón, incluso, entre otras, una determinación de que financieramente no es posible continuarlo o de otro modo no es en el mejor interés de todos los Participantes.

2. Pagos personales

Si usted no tiene suficientes horas en el Banco de Horas para mantener elegibilidad y trabajó por lo menos 180 horas en un Trimestre de Trabajo, puede hacer Pagos Personales para mantener su elegibilidad. La tasa de Pagos Personales la determina la Junta Directiva y cambiará ocasionalmente. Sírvase comunicarse con la Oficina del Fondo para obtener información acerca de la tasa actual. Los Pagos Personales deben entregarse en la Oficina del Fondo al fin del primer mes del Trimestre de Beneficios para el cual se hacen dichos pagos. **Sírvase tener en cuenta que esta opción de Pagos Personales no está disponible para usted durante el período de “elegibilidad inicial”; usted debe haber cumplido con los requisitos para “mantener elegibilidad”.**

Si las horas en el Banco de Horas no son suficientes y usted trabajó menos de 180 horas, sírvase consultar la Sección Cobertura de continuación COBRA en este folleto.

3. Extensión de Elegibilidad por Discapacidad o Lesión en el Trabajo

Usted es elegible para extensión de cobertura bajo el Plan si cumple una de las condiciones siguientes:

- **Total Discapacidad:** Si usted es elegible y trabaja en la jurisdicción de Iron Workers Local No. 5 dentro de los 30 días previos al inicio de la enfermedad o lesión que lo incapacitó totalmente (según la definición en este folleto) y su elegibilidad ha concluido debido a esta enfermedad o lesión, su elegibilidad puede extenderse por un período que no exceda un año a partir del último Trimestre de Beneficios para el cual usted era elegible, de conformidad con las reglas de elegibilidad de este Plan.
- **Indemnización por Accidente de Trabajo:** Si usted sufrió una lesión mientras trabajaba para un Empleador en la jurisdicción de Iron Workers Local No. 5, recibe los beneficios por Indemnización por Accidente de Trabajo y su elegibilidad terminó debido a esta discapacidad relacionada al trabajo, su elegibilidad puede extenderse por un período que no exceda un año a partir del último Trimestre de Beneficios durante el cual estaba cubierto, de conformidad con las reglas de elegibilidad del Plan. Sin embargo, los reclamos de beneficios por atención médica relacionados a la lesión por la cual usted recibe Indemnización por Accidente de Trabajo no están cubiertos.

4. Cobertura para Jubilados

Como jubilado, usted puede continuar participando en este Plan hasta la edad de 65 años si hace Pagos Personales y cumple con los requisitos siguientes:

- debe haber sido un Participante en el Plan de Atención a la Salud en el momento de la jubilación;
- debe tener un mínimo de 20 años de servicio en la unidad de negociación de un Empleador con contrato con International Association of Bridge, Structural, Ornamental, and Reinforcing Iron Workers o uno o más de los Sindicatos Locales afiliados, o como Participante en este Plan como extrabajador de la unidad de negociación;
- debe tener un mínimo de 10 años de servicio en la unidad de negociación de un Empleador con contrato con Iron Workers Local No. 5, o un Sindicato Local predecesor;
- no debe trabajar en la industria de montaje de estructuras metálicas, que no sea para un empleador signatario, que de otra manera no lo descalifique de la cobertura para jubilados porque recuperó su estatus de trabajador activo;
- debe haberse jubilado y estar recibiendo una pensión de conformidad con el Plan de Pensiones de IW 5;
- debe haber estado disponible para trabajar en el momento de su jubilación;
- debe inscribirse en el Plan; y
- debe hacer el Pago Personal requerido para la prima correspondiente.

¿Tuvo un Evento de Vida?

Los Eventos de Vida, tales como sufrir una discapacidad o jubilarse, pueden afectar su elegibilidad y su cobertura. Consulte el capítulo sobre Eventos de Vida (página 12) para obtener más información.

Si, en el momento de la jubilación, ha estado fuera del trabajo debido a una lesión o ha sido considerado discapacitado e incapaz de trabajar, el Fondo le exonerará de los requisitos de ser un Participante elegible en el Plan y disponible para trabajar en el momento de la jubilación, y usted tendrá derecho a la cobertura para jubilados. Debe haber sido un Participante elegible en el momento en que ocurrió la lesión o discapacidad, y debe haber permanecido continuamente discapacitado hasta el momento de la jubilación.

El costo de sus beneficios lo determina la Junta Directiva y esta los cambiará ocasionalmente según lo considere necesario.

La Junta Directiva se reserva el derecho a revisar y cambiar estas reglas de elegibilidad para jubilados, como lo hace con todas las reglas de elegibilidad y beneficios que proporciona el Plan. La Junta Directiva tiene la exclusiva discreción para determinar, como lo considere apropiado, si estas reglas de elegibilidad deben modificarse o si la cobertura para jubilados debe terminarse, en su totalidad o en parte, independientemente de si usted es elegible o se ha jubilado y está actualmente recibiendo el beneficio o ha recibido este beneficio en el pasado.

Opción de exclusión para Jubilados

Si usted y su Cónyuge son elegibles para cobertura para Jubilados, tiene la oportunidad una sola vez de excluirse de la cobertura y regresar al Plan.

Usted y su Cónyuge pueden, individualmente o ambos, excluirse de la cobertura ya sea en el momento de la jubilación o más tarde, si presentan prueba escrita de una cobertura alternativa, comparable y acreditable al Plan en el momento de

la exclusión y de reinscribirse. Puede utilizar esta opción de exclusión una vez solamente. Si usted o su Cónyuge dejan la cobertura una segunda vez después de haberse excluido, no podrán reinscribirse en el Plan.

Si se excluyen y pierden la cobertura bajo el plan alternativo debido a la terminación del plan, pérdida de empleo u otro evento calificado según COBRA, usted puede recuperar la cobertura en cualquier momento si proporciona prueba de dicha terminación y llena el formulario de elección para reincorporación. En caso contrario, solamente puede reinscribirse durante el período de inscripción abierta. La fecha de vigencia para la cobertura es el primero del mes siguiente a la recepción del formulario de inscripción llenado y el Pago Personal mensual.

5. Cobertura para Cónyuge Sobreviviente

Si usted y su Cónyuge tienen cobertura bajo este Plan en el momento de su muerte y su Cónyuge no es elegible para cobertura de Medicare, su Cónyuge puede seguir participando como Cónyuge Sobreviviente hasta por cinco años. Su Cónyuge debe hacer los Pagos Personales a la tasa correspondiente para continuar esta participación. Esta cobertura puede terminarse antes del período de cinco años si su Cónyuge empieza a recibir cobertura de Medicare, o de otro programa de seguro médico grupal. Su Cónyuge debe comunicarse con la Oficina del Fondo si se produce alguno de estos eventos, o él o ella será responsable de reembolsar los reclamos de beneficios pagados bajo este Plan después de que haya ocurrido alguno de los eventos que ocasionaría la terminación de la cobertura.

La Junta Directiva se reserva el derecho a revisar y cambiar estas reglas de elegibilidad para jubilados, como lo hace con todas las reglas de elegibilidad y beneficios que proporciona el Plan. La Junta Directiva tiene la exclusiva discreción para determinar, como lo considere apropiado, si estas reglas de elegibilidad deben modificarse o si los beneficios para jubilados deben terminarse en su totalidad, independientemente de si usted es elegible para jubilarse o se ha jubilado y está actualmente recibiendo el beneficio o ha recibido este beneficio en el pasado.

6. Cobertura de continuación COBRA y Elegibilidad para Conversión del Seguro

La cobertura de continuación COBRA es una cobertura de continuación del Plan cuando la cobertura terminaría de otro modo debido a un evento de vida conocido como “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se listan a continuación. La cobertura de continuación COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un “Beneficiario calificado”. Un Beneficiario calificado es alguien que perdería cobertura bajo el Plan debido a un evento calificado. Dependiendo del tipo de evento calificado, los Empleados, Cónyuge de Empleados e Hijos Dependientes de Empleados pueden ser beneficiarios calificados. Según el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuación COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA. Si usted o su Cónyuge o Dependientes empiezan a ser elegibles para cobertura de continuación COBRA, se le informará respecto al cargo en ese momento. La cobertura de continuación COBRA no incluye beneficios por fallecimiento, muerte accidental y desmembramiento ni discapacidad.

Si usted es un Empleado, empezará a ser un Beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan y si ocurre uno de los eventos calificados siguientes:

- Se reducen sus horas de empleo; o
- Su empleo termina por cualquier razón que no sea falta grave de conducta.

Si usted es el Cónyuge de un Empleado, empezará a ser un Beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan y si ocurre uno de los eventos calificados siguientes:

- su Cónyuge fallece;
- las horas de empleo de su Cónyuge se reducen;
- el empleo de su Cónyuge termina por cualquier razón que no sea falta grave de conducta;
- su Cónyuge se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B, o ambas);
- se divorcia o separa legalmente de su Cónyuge.

Sus Hijos Dependientes empezarán a ser beneficiarios calificados si pierden cobertura bajo el Plan (sujeto a las cláusulas de una Orden de Apoyo Médico Calificado Infantil) y ocurre cualquiera de los eventos calificados siguientes:

- el Empleado padre/madre fallece;
- las horas de empleo del Empleado padre/madre se reducen;
- el empleo del Empleado padre/madre termina por cualquier razón que no sea falta grave de conducta;
- su Empleado padre/madre se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B, o ambas);
- los Cónyuges se divorcian o separan legalmente; o
- el Hijo deja de ser elegible para cobertura bajo el Plan de conformidad con la definición de “Hijo(s)” o “Hijo Discapacitado”.

Una reducción de horas como evento calificado para las tres categorías mencionadas anteriormente significa que las aportaciones se reciben en nombre del Empleado en un Trimestre de Trabajo por menos de 360 horas y el Empleado no tiene horas suficientes en su cuenta del Banco de Horas para mantener la cobertura. Si el Empleado hace Pagos Personales, de conformidad con este Plan, el período de Pagos Personales se considera parte la cobertura de continuación COBRA y se incluye en la cobertura de continuación COBRA inicial de dieciocho meses. La continuidad de cobertura COBRA no se ofrece a un Empleado cuyas horas se han reducido a menos y hasta que el Empleado haya agotado las horas en su cuenta del Banco de Horas y cualquier extensión de elegibilidad de emergencia al cual él o ella pueda tener derecho bajo el Plan.

Aviso de Evento Calificado e Inicio de la Cobertura

El Plan ofrecerá cobertura de continuación COBRA para beneficiarios calificados solamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado o sea capaz de determinar a partir de sus propios registros que ha ocurrido un evento calificado. El Plan puede determinar si usted perderá elegibilidad como resultado de su fallecimiento, su elegibilidad para Medicare Parte A, Parte B, o ambas, la terminación de su empleo o la reducción de sus horas de trabajo. Si el Plan lo ha contactado al perder elegibilidad por cualquiera de las razones anteriores, usted debe comunicarse con la Oficina del Fondo si desea elegir cobertura de continuación COBRA.

Para todos los otros eventos calificados (divorcio o separación legal del Empleado y el Cónyuge, o la pérdida de elegibilidad para un Hijo de cobertura como "Hijo Dependiente"), debe avisarle al Administrador del Plan. El Plan requiere que usted notifique al Administrador del Plan en un plazo de 60 días su divorcio o separación legal o la pérdida de estatus de Hijo Dependiente bajo el Plan. Además de incluir nombres, direcciones, números de teléfono y números de seguro social de todas las personas cuya cobertura esté afectada por dicho evento calificado, toda comunicación que usted envíe al Administrador del Plan debe incluir una explicación de la naturaleza del evento calificado, la fecha en que ocurrió y documentación de apoyo. Algunos ejemplos de documentación de apoyo son decretos de divorcio, acuerdos de separación y certificados de defunción. Debe enviar la comunicación y la documentación de apoyo a la Oficina del Fondo a la dirección proporcionada en la página 76.

Provisión de la Cobertura COBRA

Después que el Administrador del Plan determina o reciba la comunicación de que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada Beneficiario calificado tendrá derecho en forma independiente de elegir la cobertura de continuación COBRA. Los Empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación COBRA en nombre de su Cónyuge, y los padres pueden elegir la cobertura de continuación COBRA en nombre de sus Hijos. Si usted pierde cobertura como resultado del fallecimiento de un Participante Activo, puede ser elegible para Cobertura de Viuda(o). Vea la página 6 para obtener una descripción completa de las reglas de elegibilidad de este beneficio.

La cobertura de continuación COBRA es una continuación temporal de cobertura. Cuando el evento calificado es el fallecimiento del Empleado, la inscripción del Empleado en Medicare (Parte A, Parte B, o ambas), divorcio o separación legal, o la pérdida de elegibilidad de un Hijo Dependiente como tal, la cobertura de continuación COBRA tiene una duración de 36 meses.

Cuando el evento calificado es la terminación del empleado o la reducción de horas de empleo del Empleado, y el empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare con menos de 18 meses antes del evento calificado, la cobertura de continuación COBRA para beneficiarios calificados, que no sea el Empleado, tiene una duración de 36 meses después de la fecha en que se tiene derecho a Medicare. Por ejemplo, si un Empleado cubierto empieza a tener derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en que termina su empleo, la cobertura COBRA para su Cónyuge e Hijos puede tener una duración de 36 meses después de la fecha en que tiene derecho a Medicare, lo cual es igual a 28 meses después de la fecha del evento calificado (36 meses menos 8 meses).

De lo contrario, cuando un evento calificado es la terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo del Empleado, la cobertura de continuación COBRA tendrá una duración de hasta 18 meses. Hay dos maneras en las que se puede extender esta cobertura de continuación COBRA de 18 meses.

- 1. Extensión por discapacidad del período de 18 meses de cobertura de continuación.** Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquiera de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted avisa al Administrador del Plan oportunamente, usted y toda su familia pueden recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber empezado en algún momento antes del 60vo. día de la cobertura de continuación COBRA y durar por lo menos hasta el fin del período de 18 meses de cobertura para que aplique esta extensión. La Administración del Seguro Social (SSA) debe llevar a cabo la determinación de discapacidad.

Para ser elegible para la extensión de 11 meses, usted o su Beneficiario afectado deben comunicarle al Administrador del Plan la determinación de la Administración del Seguro Social en un plazo de 60 días después de que ocurra lo que sea más tarde entre: (1) La fecha de la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social; (2) la fecha en la que ocurrió el evento calificado; (3) la fecha en la que el Beneficiario calificado pierde cobertura; o (4) la fecha en la se le informa al Beneficiario calificado, mediante entrega del Plan o SPD, un aviso general o aviso de elección, de la obligación de proporcionar el aviso de discapacidad. Cada Beneficiario calificado que haya elegido cobertura de continuación tendrá derecho a una extensión por discapacidad de 11 meses, si reúne los requisitos. Además, el Administrador del Plan debe recibir esta comunicación antes del fin del período inicial de 18 meses para la cobertura de continuación COBRA.

- 2. Segundo evento calificado para extender el período de 18 meses de cobertura de continuación.** Si su familia experimenta otro evento calificado mientras tiene cobertura de continuación COBRA, el Cónyuge y los Hijos Dependientes en su familia pueden recibir meses adicionales de continuación de dicha cobertura, hasta un máximo de 36 meses. Esta extensión está disponible para el Cónyuge y los Hijos Dependientes si: el Empleado fallece, se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B, o ambas), se divorcia o separa legalmente, o si el Hijo Dependiente deja de ser elegible según el Plan como Hijo Dependiente pero solamente si el evento habría causado que el Cónyuge o el Hijo pierda cobertura bajo el Plan si el primer evento calificado no hubiera ocurrido. En todos estos casos, usted debe asegurarse de comunicarle al Administrador del Plan el segundo evento calificado en un plazo de 60 días de dicho evento.

Avisos

Todos los avisos y comunicaciones descritos anteriormente que usted debe enviar al Fondo concernientes a un evento calificado o a la extensión de cobertura COBRA, en general, deben enviarse por escrito a la Oficina del Fondo a:

Iron Workers Trust Fund Local No. 5
c/o Zenith American Solutions, Inc.
3 Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200
Pittsburgh, PA 15222

Terminación de la Cobertura de Continuación COBRA

Su cobertura de continuación COBRA puede terminar antes del período máximo si:

- termina toda la cobertura para atención de la salud que ofrece el plan;
- no se paga oportunamente la prima requerida;
- para cada persona, él o ella empieza a estar cubierta por otro plan; o
- para cada persona, él o ella empieza a tener derecho a Medicare.

Si tiene preguntas

Las preguntas concernientes a su Plan, o sus derechos a cobertura de continuación COBRA, deben dirigirse al contacto indicado a continuación. Para obtener información acerca de sus derechos bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluso COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y otras leyes que afectan los planes grupales de atención a la salud, comuníquese con la Oficina Regional o Distrital más cercana de la Administración de Seguridad de los Beneficios de Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. (EBSA, por sus siglas en inglés) en su área. Comuníquese electrónicamente con EBSA a askebsa.dol.gov o llame al número gratuito 1-866-444-3272.

Mantenga a su Plan informado de los cambios de domicilio

A fin de proteger los derechos de su familia, usted debe mantener al Administrador del Plan informado de cualquier cambio en el domicilio de los miembros de la familia. Debe mantener una copia para sus registros de todos los avisos que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

Puede obtener más información acerca de las cláusulas del Plan del Administrador del Plan en la Oficina del Fondo. Puede comunicarse con el Administrador del Plan en la dirección siguiente:

Iron Workers Trust Fund Local No. 5
c/o Zenith American Solutions, Inc.
3 Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200
Pittsburgh, PA 15222

7. Servicio Militar

Si usted ingresa a los Servicios Uniformados según la definición de la Ley sobre los Derechos de Empleo y Recontratación de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés), que generalmente incluye servicio o entrenamiento militar activo, servicio o entrenamiento inactivo, servicio en la Guardia Nacional a tiempo completo bajo estatuto federal o examen de aptitud para el servicio; o para el servicio como reservista intermitente de respuesta a desastres tras la activación del Sistema Médico Nacional de Desastres, o un programa de capacitación autorizado relacionado, para un servicio de 30 días o menos, el Plan lo cubrirá automáticamente. Para el mismo servicio que sea más de 30 días, su elegibilidad continuará. Este derecho de continuación funciona de la misma manera que la cobertura de continuación COBRA (vea la página 6), sin embargo, la Junta Directiva puede, a su sola discreción, establecer una prima menor. Tenga presente que mientras usted esté en los Servicios Uniformados, usted puede tener cobertura de atención médica de parte de la fuerzas armadas.

A su elección, usted puede elegir congelar su Trimestre de Trabajo/elegibilidad y cuenta del Banco de Horas en el momento de ingresar a los Servicios Uniformados. Si regresa a Empleo Cubierto después de su servicio, siempre que cumpla con los requisitos de retorno al trabajo de USERRA, la elegibilidad congelada se restablecerá inmediatamente. Si decide congelar su elegibilidad o si agota sus horas en el Banco de Horas, puede continuar con la cobertura para usted y sus Dependientes elegibles pagando de su propio bolsillo hasta por 24 meses a la tasa COBRA, a menos que la Junta Directiva haya establecido una tarifa menor. Si desea congelar su elegibilidad en el Plan debe avisar a la Oficina del Fondo.

Si es dado de baja honorablemente de los Servicios Uniformados, la cobertura del Plan para usted y sus Dependientes elegibles se establecerá el día que usted empiece a trabajar para un Empleador participante en el Fondo, siempre que cumpla con los requisitos de aviso de retorno al trabajo de USERRA. Estos requisitos se describen en “A Non-Technical Resource Guide to the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act (USERRA)” (Una guía no técnica de recursos para la Ley sobre los Derechos de Empleo y Recontratación de los Servicios Uniformados – USERRA) que puede encontrarse en el sitio web del Departamento de Trabajo en: www.dol.gov/dol/vest. Sin embargo, si agotó su elegibilidad para el Trimestre de Trabajo/Beneficios y el Banco de Horas mientras estaba en los Servicios Uniformados, usted debe trabajar un número suficiente de horas para cumplir con las reglas de elegibilidad inicial o del Trimestre de Trabajo/elegibilidad del Plan antes de ser elegible para recibir los beneficios del Plan.

Debe avisarle al Plan que usted ingresará a los Servicios Uniformados y, siempre que sea posible, debería avisarle al Plan por lo menos con 30 de anticipación del inicio de su servicio.

8. Ley de Licencias por Enfermedad o Razones Familiares (FMLA, por sus siglas en inglés)

Su Empleador, no el Fondo, debe seguir pagando su cobertura de atención a la salud durante las licencias aprobadas de conformidad con la Ley de Licencias por Enfermedad o Razones Familiares (FMLA, por sus siglas en inglés). En general, los Empleados pueden tener hasta 12 semanas de licencias sin paga según la FMLA por año si:

- i. El Empleador tiene por lo menos 50 empleados que trabajan dentro de un radio de 75 millas; y
- ii. El Empleado ha trabajado para el empleador por lo menos durante 12 meses y un total de por lo menos 1,250 horas durante los 12 meses más recientes; y
- iii. La licencia es necesaria por una de las razones siguientes:

- a. Nacimiento de un Hijo, adopción o cuidado temporal de un Niño,
- b. Cuidar de su Hijo, Cónyuge, padre o madre con una dolencia de salud grave,
- c. Su propia dolencia de salud grave; y
- d. Ausencia debido a cierto servicio u obligaciones militares, o ciertos cuidados médicos o de otro tipo relacionados al servicio militar.

Su Empleador puede proporcionarle más información respecto a las licencias según la FMLA. Las solicitudes de licencia según la FMLA deben dirigirse a su Empleador; el Fondo no puede determinar si usted reúne los requisitos o no. Si hay una disputa entre usted y su empleador respecto a la elegibilidad para una licencia según la FMLA, puede continuar su cobertura de atención a la salud haciendo pagos personales COBRA. Si la disputa se resuelve a su favor y su empleador paga las aportaciones al Plan para cubrir su licencia según la FMLA, el Plan reembolsará los pagos COBRA correspondientes que usted realizó. Si su Empleador continúa su cobertura durante la licencia según la FMLA y usted no regresa al trabajo, usted podría estar obligado a devolverle al Empleador todas las aportaciones pagadas al Plan para la cobertura durante su licencia.

Usted también puede tener derecho a cobertura de continuación pagada por su empleador según una ley de licencias por enfermedad o razones familiares aprobada por el Estado u otra entidad gubernamental, similar a la FMLA.

¿Cuándo terminan mis Beneficios de Seguro por Fallecimiento y Muerte Accidental y Desmembramiento?

Su cobertura bajo esta póliza terminará cuando termine su elegibilidad para participar en el Plan, ya sea que su elegibilidad en el Plan se mantenga debido a las horas trabajadas en el Trimestre de Trabajo previo, que utilice las horas de su cuenta en el Banco de Horas, haga Pagos Personales, elegibilidad de emergencia o tenga cobertura para jubilados.

Cancelación Retroactiva de Cobertura

El Plan cancelará retroactivamente la cobertura solamente de conformidad con los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, tal como cuando no se hacen las aportaciones o los pagos personales oportunamente, o en casos de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales.

EVENTOS DE VIDA

Sus beneficios están diseñados para adaptarse a sus necesidades en diferentes etapas de su vida. Esta sección describe cómo cambia su cobertura cuando experimenta ciertos “eventos de vida” y lo que debe hacer para asegurar que obtenga lo máximo de su cobertura.

Datos básicos:

- Debe avisar a la Oficina del Fondo en un plazo de 60 días si experimenta un evento de vida que pueda afectar su cobertura.
- Usted, su Cónyuge y/o sus Dependientes pueden reunir los requisitos de cobertura de continuación COBRA en caso de pérdida de elegibilidad, divorcio, separación legal o terminación o reducción de las horas que usted trabaja.

Los eventos de vida siguientes pueden afectar su cobertura.

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Pérdida de elegibilidad
- Tener o adoptar un hijo
- Terminación del empleo
- Discapacidad
- Jubilación
- Fallecimiento

Matrimonio

Si contrae matrimonio, su Cónyuge legal será elegible para cobertura bajo este Plan. La cobertura de su Cónyuge es retroactiva a la fecha del matrimonio si usted avisa al Administrador del Plan en un plazo de 12 meses de su matrimonio. Si no le avisa al Administrador del Plan en el plazo de 12 meses, su Cónyuge será elegible para cobertura el primer día del mes siguiente a la fecha en la que el Administrador del Plan reciba el aviso de su matrimonio. Usted debe proporcionar una copia del certificado de matrimonio como prueba de elegibilidad.

Si usted desea nombrar a su Cónyuge como el Beneficiario de su beneficio de fallecimiento o del beneficio de muerte accidental y desmembramiento, comuníquese con el Administrador del Plan. Deberá llenar el formulario “Change of Beneficiary” (Cambio de Beneficiario).

Si su Cónyuge está cubierto bajo otro plan de atención médica grupal, usted debe informar de ello a la Oficina del Fondo. El monto de los beneficios pagaderos bajo el Plan de Atención a la Salud y Bienestar de Workers Local No. 5, se coordinará con la otra cobertura de su Cónyuge. Para obtener más información, vea la sección “Coordinación de Beneficios” en la página 51.

Divorcio o Separación

Si se divorcia o separa legalmente de su Cónyuge, avise al Administrador del Fondo

Mudanza

Si se muda, ¡manténganos informados! Avise a la Oficina del Fondo su nueva dirección tan pronto como sea posible para asegurar que los registros del Plan estén al día, para recibir avisos importantes del Plan y evitar retrasos en el pago de sus reclamos de beneficios.

en un plazo de 60 días. Deberá presentar la información siguiente:

- Una copia del decreto de divorcio o acuerdo de separación;
- Una copia de la Orden Judicial de Pago de Pensión Alimentaria (QDRO, por sus siglas en inglés), si corresponde; y
- Una copia de la Orden de Apoyo Médico Calificado Infantil (QMCSO, por sus siglas en inglés), si corresponde.

Después del divorcio o separación legal, su Cónyuge deja de ser elegible para recibir beneficios bajo este Plan. Sin embargo, él o ella puede inscribirse para cobertura de continuación COBRA (vea la página 6). **Un divorcio revoca automáticamente a su Cónyuge como Beneficiario designado para todos los propósitos del Plan (tal como beneficios por fallecimiento) y deberá designar a un nuevo Beneficiario o volver a designar a su excónyuge, si así lo desea.**

Si no avisa al Administrador del Fondo su divorcio o separación legal, usted será responsable de reembolsar al Plan todos los cargos que fueron pagados por el Plan en nombre de su excónyuge mientras él o ella no era elegible para cobertura.

Si su excónyuge desea comprar cobertura de continuación COBRA, él o ella debe comunicarse con el Administrador del Plan. Su excónyuge puede comprar COBRA hasta por un máximo de 36 meses, siempre que se le informe al Administrador del Plan el divorcio o separación legal en un plazo de 60 días de la fecha en que el divorcio o separación legal sea definitivo.

Pérdida de Elegibilidad de Cobertura para Usted o un Dependiente

Avisé al Administrador del Plan en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la pérdida de elegibilidad de cobertura bajo este Plan para usted, su Cónyuge o su Hijo. Usted y/o sus Dependientes pueden ser elegibles para cobertura de continuación a través de una de las cláusulas de Pagos Personales del Plan, o a través de COBRA, dependiendo de la razón de la pérdida de elegibilidad. Consulte la página 6 para obtener más información.

Nacimiento o Adopción de un Hijo

Su nuevo Hijo será elegible para cobertura bajo este Plan siempre que él o ella cumpla con la definición de Dependiente (vea la página 56). Debe entregar al Administrador del Plan una copia del certificado de nacimiento del bebé o una copia del certificado de adopción, así como información acerca de cualquier otro seguro médico si él o ella está cubierto bajo otro plan de seguro grupal. El Plan de Atención a la Salud y Bienestar cubre muchos gastos relacionados con el bienestar de los Hijos.

Terminación del Empleo

Si termina su empleo, ya no será elegible para la cobertura de atención a la salud y bienestar a través de este Plan. En algunos casos, puede ser elegible para continuar su cobertura a través de COBRA (vea la página 6).

Discapacidad

Si se enferma o sufre una discapacidad, avise a la Oficina del Fondo. Puede ser elegible para recibir Beneficios por Accidente y Enfermedad por parte del Plan. Deberá completar el formulario de reclamo de ingreso por discapacidad e incluir la Declaración del Médico Tratante que acredite su discapacidad. Para recibir el beneficio, su Médico debe certificar que usted esta médicamente incapacitado de trabajar. Consulte la página 43 para obtener más información.

Continuación de su Cobertura mientras está Discapacitado

Para continuar su cobertura, puede ser elegible para una extensión de elegibilidad de emergencia bajo el Plan. Si es elegible y se han hecho aportaciones al Fondo en su nombre por trabajo realizado según algún acuerdo de negociación colectiva de Iron Workers Local No. 5 o bajo algún acuerdo de participación con el Fondo dentro de un plazo de 30 días inmediatamente previos al inicio de la enfermedad o lesión que lo dejó totalmente discapacitado (según la definición provista en la página 58), y su elegibilidad ha terminado debido a esta enfermedad o lesión, se extenderá su elegibilidad por un período que no exceda un año a partir del Trimestre de Beneficios durante el cual usted era elegible, de acuerdo a las reglas de elegibilidad de este Plan.

Si sufrió una lesión mientras se hacían aportaciones al Fondo en su nombre por trabajo realizado bajo algún acuerdo de negociación colectiva de Iron Workers Local No. 5 o bajo algún acuerdo de participación con el Fondo; usted está recibiendo el beneficio de Indemnización por Accidente de Trabajo y su elegibilidad terminó debido a esta discapacidad relacionada al trabajo, se extenderá su elegibilidad por un período que no exceda un año a partir del Trimestre de Beneficios en el cual estaba cubierto de acuerdo a las reglas de elegibilidad del Plan. Sin embargo, los reclamos de beneficios por atención médica relacionados a la lesión por la cual usted recibe Indemnización por Accidente de Trabajo no están cubiertos. Consulte la página 43 para obtener más información.

¿Qué significa para el Plan estar “Discapacitado Total y Permanentemente”?

Discapacidad Total significa discapacidad que empieza después de la fecha de vigencia de la cobertura bajo este Plan y que resulta de una lesión corporal o enfermedad que le impide a usted participar en todo negocio u ocupación y todo trabajo a cambio de compensación o utilidad.

Cobertura de Beneficios por Fallecimiento y Muerte Accidental y Desmembramiento

Mientras usted esté cubierto bajo el Plan durante su período de discapacidad, continuará siendo elegible para el beneficio por fallecimiento, que se pagará a su Beneficiario, durante el período de 12 meses inmediatamente después de la fecha de su discapacidad. Consulte la página 42 para obtener más información.

Jubilación

Cobertura con este Plan como Jubilado

Como jubilado, usted puede continuar como participante en este Plan si hace aportaciones personales hasta que sea Elegible para Medicare, siempre que reúna ciertos requisitos. Consulte la página 5.

Medicare

Al cumplir 65 años de edad, usted es automáticamente elegible para participar en el Seguro Hospitalario Básico Federal de Medicare Parte A, esté o no empleado de manera activa. El Plan A proporciona beneficios hospitalarios integrales sin costo para personas elegibles. Además, el programa Federal Medicare proporciona la Parte B, un “Programa de Seguro Médico Suplementario Voluntario”. Sin embargo, para obtener estos beneficios médico quirúrgicos integrales, usted debe inscribirse por escrito en Medicare Parte B y pagar el cargo mensual de participación según lo establece el Gobierno Federal.

Fallecimiento

Si está usted casado y es un Participante del Plan en el momento de su fallecimiento, y su Cónyuge no está en ese momento recibiendo beneficios de Medicare, su Cónyuge podrá continuar con la cobertura bajo este Plan por hasta cinco años haciendo Pagos Personales. Consulte la sección “Cobertura para Cónyuge Sobreviviente” en la página 6 para obtener más información.

Si cumple 65 años de edad y continúa trabajando

Si cumple 65 años de edad y continúa trabajando en forma activa bajo un Acuerdo de Negociación Colectiva y un Empleador signatario continúa haciendo pago al Fideicomiso en su nombre por un número suficiente de horas para mantener su elegibilidad, usted tendrá derecho a los beneficios del Fondo de Fideicomiso, siempre que permanezca como Participante empleado de manera activa.

LISTA DE BENEFICIOS

La siguiente es una lista de los beneficios por atención médica que se proveen bajo este Plan.

Tome nota de que, aunque es la intención de la Junta Directiva mantener y mejorar el nivel de los beneficios según lo permitan las condiciones financieras, ninguno de estos beneficios ni los niveles de cobertura están garantizados, y podrán reducirse o eliminarse si la Junta Directiva determina que es necesario para la salud financiera del Plan o por razones administrativas.

La lista siguiente resume de manera general los costos que usted paga de su bolsillo por los servicios; sin embargo, hay algunas excepciones a esto que se explican en esta sección.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DEDUCIBLES Y MÁXIMOS	
Deducible anual, cada persona cubierta	\$300
Deducible familiar máximo	\$600
El Plan paga	Dentro de la red: 80% Fuera de la red: 70%
Usted paga (a menos que se indique lo contrario)	Dentro de la red: 20% Fuera de la red: 30% el Monto Permitido más montos adicionales que el proveedor puede cobrarle a usted directamente
Máximo anual que usted paga de su bolsillo, atención médica	\$1,500 por persona; \$3,000 por familia
Máximo anual que usted paga de su bolsillo, medicamentos con receta	\$1,000 por persona; \$2,000 por familia
Máximo de beneficios vitalicio	Ilimitado

Ejemplo: Si tiene un gasto por atención médica dentro de la red por un total de \$15,000, usted es responsable de los primeros \$300 en cualquier año calendario (el Deducible). Después de cumplir con el Deducible (y asumiendo que el gasto es por un concepto cubierto por el Plan y no excede el Monto Permitido), el Plan paga el 80% restante del gasto, hasta la limitación del máximo que usted paga de su bolsillo indicado en el Plan, que sería \$1,500 después que usted cumpla con el Deducible. En este caso, de los \$14,700 restantes, usted sería responsable de 20% de Coseguro, o \$2,940. Ya que esto excede el límite de gastos que usted paga de su bolsillo, el Plan le reembolsaría el saldo a usted a su proveedor de atención médica.

COBERTURA DEL PLAN	
Hospitalización Habitación de hospital y comida (sujeto a requisito de certificación previa)	Tasa promedio de habitación semiprivada
Atención en sala de emergencia	Sujeto a Deducible y Coseguro
Centro de atención de urgencia	Se paga el 100%, sin Deducible.
Cirugía con hospitalización ♦	Sujeto a Deducible y Coseguro; los procedimientos que no son de emergencia deben tener certificación previa

Cirugía ambulatoria	Sujeto a Deducible y Coseguro
Programa de gestión de maternidad	Cubierto al 100% sin Copago ni Deducible
Cuidado de maternidad (para Participante y Cónyuge, solamente)	Sujeto a Deducible y Coseguro
Visitas al consultorio médico	Sujeto a Deducible y Coseguro
Atención preventiva	Dentro de la red: cubierto al 100% sin Coseguro ni Deducible Fuera de la red: 100% del Monto Permitido, hasta \$500 como máximo familiar por año calendario. Luego sujeto a Deducible y Coseguro más facturación de saldos.
Afecciones mentales/nerviosas Servicios de hospitalización Ambulatorio	Sujeto a Deducible y Coseguro, requiere certificación previa, excepto en caso de hospitalización de emergencia Sujeto a Deducible y Coseguro
Tratamiento de abuso de sustancias	Sujeto a Deducible y Coseguro
Cuidados paliativos Servicios hospitalarios Ambulatorio	Límite de \$3,000 por período de cuidados Límite de \$2,000 por período de cuidados
Tratamiento quiropráctico	Sujeto a Deducible y Coseguro
Transplantes de órganos	Sujeto a Deducible y Coseguro
Cirugía ocular Lasik o Queratotomía radial	Monto máximo vitalicio de \$1,500 por familia

♦ Si se realizan dos o más operaciones quirúrgicas el mismo tiempo, a través de la misma abertura quirúrgica, el monto total pagadero por dichas operaciones será 80% del monto usual, razonable y acostumbrado del primer procedimiento y 50% del monto usual, razonable y acostumbrado del segundo.

MEDICAMENTOS CON RECETA		
Tipo de medicamento	Su costo si usa cualquier farmacia dentro de la red para suministro de hasta 30 días	Su costo si usa el servicio de pedido por correo de CVS Caremark o el programa de mantenimiento Choice en una farmacia dentro de la red para un suministro de 90 días
Genérico	\$15 Copago/receta	\$30 Copago/receta
Nombre de marca preferida	\$30 Copago/receta	\$60 copago/receta
Marca no preferida	\$50 Copago/receta	\$100 Copago/receta
Especial	20% Coseguro; \$250 máximo que paga de su bolsillo	

Hay un Copago de \$0 por vacunas de marca preferida contra la gripe. Algunos medicamentos pueden requerir autorización previa. Cobertura para farmacias fuera de la red está sujeta a los mismos Copagos que la cobertura dentro de la red y tiene un monto límite que habría sido pagado si el medicamento habría sido obtenido en una farmacia dentro de la red. Los medicamentos especiales se proporcionan solamente si se compran a través del Programa de Medicamentos Especiales de CVS Caremark. Además, algunos medicamentos especiales no están cubiertos por el Plan y algunos no están disponibles a

través de este programa, pero se cubren bajo el beneficio de atención médica y están sujetos a deducibles y el 20% de copago. Comuníquese con la Oficina del Fondo si necesita información acerca de si un medicamento especial está cubierto y cómo.

ATENCIÓN DENTAL		
Beneficios por atención dental que paga el Plan	Hasta 85% del Monto Permitido por Participante, Cónyuge e Hijos Dependientes entre 19 y 26 años de edad; 100% del Monto Permitido para Hijos Dependientes de 18 años de edad y menores	
Máximo de beneficio de atención dental	\$2,000 por Familia por año calendario	
Beneficios por ortodoncia	Hasta 50% del Monto Permitido para Hijos Dependientes de 18 años de edad y menores	
Máximo de beneficio por ortodoncia	\$2,000 máximo vitalicio por persona	
ATENCIÓN DE LA VISTA		
	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de la vista	Sin cargo, un examen por año calendario	Hasta \$40.00 de reembolso por un examen por año calendario
Anteojos	Un par de anteojos por año calendario	Unifocales: hasta \$40.00 Bifocales: hasta \$60.00 Trifocales: hasta \$80.00 Lenticulares: hasta \$80.00
Monturas	Hasta \$130 por montura por año calendario	Hasta \$45 por año calendario
Lentes de contacto Formulario cubierto Fuera del formulario Lentes de contacto necesarios	Hasta 4 cajas por año calendario Hasta \$105 por año calendario 100%	Hasta \$105 por año calendario Hasta \$105 por año calendario Hasta \$210 por año calendario
BENEFICIO POR FALLECIMIENTO		
Empleado Cubierto Empleado Activo Jubilados Pre-Medicare Cobertura para no Dependientes	\$10,000 \$5,000	
Muerte accidental y desmembramiento Muerte accidental en el trabajo (solo Activos) Accidente abordó de transporte público (Activos, Jubilados) Desmembramiento (Activos, Jubilados) Cobertura para no dependientes	\$100,000 \$10,000 \$2,500 - \$100,000 dependiendo de si es en el trabajo o fuera del trabajo, y tipo de pérdida	

BENEFICIOS POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD (Solo Participantes Activos)	
Accidente no ocupacional	Beneficios pagaderos a partir del primer día de pérdida de salario, a la tasa de \$175 por semana, hasta un máximo de 26 semanas }
Enfermedad no ocupacional	Beneficios pagaderos a partir del octavo día de pérdida de salario, a una tasa de \$175 por semana, hasta un máximo de 26 semanas
Beneficios suplementarios de indemnización por accidente de trabajo: disponible solo para pérdidas sufridas mientras se trabaja en un empleo cubierto por la jurisdicción de Iron Workers Local No. 5 en Maryland y Virginia	Beneficios pagaderos a partir del primer día de pagos de la indemnización por accidente de trabajo, a la tasa de \$100 por semana, hasta un máximo de 52 semanas por causa.

Si ya no es un Participante Activo en el momento de cumplir 65 años de edad (u obtener elegibilidad para Medicare basada en discapacidad), Medicare asumirá la responsabilidad principal de pago de sus reclamos de beneficios por atención a la salud. Debe solicitar este beneficio en la oficina del Seguro Social más cercana. Al cumplir 65 años de edad, y si ya no es un Participante Activo en el Plan, este Fondo ya no aceptará la responsabilidad principal de sus gastos por atención médica, haya o no solicitado Medicare. Vea la sección “Coordinación de Beneficios en este folleto para obtener más información respecto a la interacción entre este Fondo y Medicare.

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Datos básicos:

- Su plan de atención a la salud utiliza CareFirst Blue Cross Blue Shield PPO, una Organización de Proveedores Preferidos compuesta de una red de médicos, hospitales y laboratorios
- Con una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), usted tiene la libertad de consultar cualquier proveedor que usted desee, sin necesidad de referencia. Sin embargo, probablemente pague menos si consulta a un proveedor dentro de la red de la PPO.

¿Puedo escoger a mi propio médico u otro proveedor de atención a la salud?

Sí. El Plan cubre atención médica proporcionada por un médico licenciado (M.D.), médico osteópata (D.O.) y cualquier otro proveedor de atención a la salud que actúe dentro del alcance de su licencia o certificación bajo la ley estatal aplicable.

Sin embargo, debe tener presente que el Fondo participa en una Organización de Proveedores Preferidos que ha negociado tarifas menores con muchos médicos y hospitales. En las áreas metropolitanas de Washington, D.C. y Baltimore, el Fondo tiene un contrato con CareFirst Blue Cross Blue Shield PPO.

Debe visitar www.carefirst.com para encontrar un médico o centro participante de la PPO en la red de CareFirst Blue Cross Blue Shield. Hacerlo así ahorra dinero tanto para usted como para el Fondo.

También puede comunicarse con CareFirst Blue Cross Blue Shield al número que aparece en el dorso de su tarjeta de identificación personal Flexlink para solicitar una copia impresa del directorio de proveedores de los médicos y centros participantes de la PPO, o preguntar si uno de los proveedores está dentro de la red.

Todos los participantes que residan fuera de la red de proveedores participantes de CareFirst Blue Cross Blue Shield pueden utilizar sus tarjetas de identificación personal Flexlink para obtener acceso a la red de proveedores participantes local de Blue Cross Blue Shield dentro del área en la que residen. Para la mayoría de participantes esto significa tener acceso a la red de proveedores participantes de Anthem Blue Cross Blue Shield en Maryland y Virginia. Para otros, esto puede significar tener acceso a las redes de proveedores participantes de Blue Cross Blue Shield en West Virginia, Delaware, Pennsylvania, etc.

Médico de Atención Primaria

Usted puede seleccionar su propio médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Puede seleccionar un médico pediatra como el PCP de su hijo.

¿Están todos los gastos cubiertos en su totalidad?

No. El Plan paga solamente los “Gastos Cubiertos”, según lo descrito a partir de la página 22. Usted paga una parte del costo de sus gastos de atención médica. Usted es responsable de pagar Deducibles, Coseguro y otros gastos no cubiertos. Los montos cobrados por los proveedores de atención médica superiores al Monto Permitido (según lo determinado por el Fondo) no son considerados gastos cubiertos elegibles.

¿Qué es un Deducible?

En cada año calendario, usted y cada miembro de su familia deben pagar los primeros \$300 de ciertos gastos cubiertos. Este gasto “de su propio bolsillo” se llama “Deducible”. El Deducible de atención médica se cumple para toda la familia cuando llega a \$600.

¿Qué es un Copago?

Un copago es un monto fijo en dólares que usted debe pagar por ciertos servicios cubiertos. Consulte la Lista de Beneficios en la página 16 para ver los montos de los Copagos.

¿Qué es Coseguro?

Coseguro es la porción de los gastos cubiertos que usted es responsable de pagar. Después de cumplir con el Deducible anual, usted y el Plan comparten el costo de sus gastos de atención médica. Para los servicios que requieren coseguro, usted paga un porcentaje y el Plan paga un porcentaje. Por ejemplo, usted paga 20% y el Plan paga 80% de los costos cuando usted visita a un proveedor que participa en la red de la PPO. Esto se denomina “Coseguro”.

¿Cuáles es mi Máximo Beneficio Anual?

No hay un límite anual ni vitalicio del monto de beneficios que el Plan pagará.

¿Se requiere Certificación Previa antes de una hospitalización?

La Certificación Previa debe obtenerse para todas las hospitalizaciones (para hacerlo, llame a American Health Holding al 1-800-641-5566).

En caso de una hospitalización que no sea de emergencia, debe avisar a American Health Holding tan pronto como sea posible después de saber que va a ser internado.

En caso de una hospitalización de emergencia, debe comunicarse con American Health Holding dentro de las 48 horas posteriores al internamiento.

¿Cuáles son mis beneficios si elijo no utilizar los servicios de certificación previa?

Si no se obtiene la certificación previa, no se pagarán beneficios por el período de tiempo no autorizado por American Health Holding.

¿Si tengo una disputa con el Fondo o la Junta Directiva, puedo iniciar acción legal en un tribunal?

Sí, usted tiene el derecho de iniciar acción legal según la Sección 502(a) de ERISA después de que la Junta Directiva haya hecho una determinación sobre su solicitud de un beneficio, pago u otra prestación. Sin embargo, según las reglas adoptadas por la Junta Directiva, si usted está en desacuerdo con una decisión del Fondo y desea presentar una demanda legal contra el Fondo o la Junta directiva, debe presentarla dentro de un plazo de dos años después de que se haya negado la apelación interna. Si no presenta la demanda legal dentro de este plazo, renunciará a ella para siempre.

Comparación entre Coseguro y Copago

Coseguro es el porcentaje del costo de atención que usted paga (por ej., 20%). Su coseguro es el porcentaje de la tasa del PPO dentro de la red o un porcentaje del Monto Permitido para un proveedor que no está dentro de la red. Sin embargo, un proveedor de PPO que no está en la red puede cobrarle un monto adicional superior al Monto Permitido. Su Copago es una cantidad fija en dólares (por ej., \$15) que usted paga a un proveedor de la PPO por ciertos servicios. Por ejemplo, si compra un medicamento con receta en una farmacia participante, usted paga una cantidad fija de de copago de \$15, y el Plan paga el resto.

SUS BENEFICIOS

Las siguientes preguntas y respuesta le ayudan a determinar el monto de sus Beneficios del Plan, qué gastos están cubiertos y algunos límites que debería conocer.

¿Qué son Gastos Cubiertos?

Gastos Cubiertos son solamente aquellos gastos por servicios y suministros que:

- son administrados u ordenados por un médico con licencia;
- no exceden el Monto Permitido;
- son médicamente necesarios;
- no están excluidos de los términos del Plan.

El monto de los Gastos Cubiertos que paga este Plan están limitados a los montos indicados en la Lista de Beneficios por:

- cargos que son médicamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión;
- cargos por visitas de rutina al consultorio médico para exámenes físicos;
- Cargos hechos por un Hospital por habitación semiprivada y comida, servicios generales de enfermería, uso de la unidad de cuidados intensivos, servicios y suministros necesarios para paciente hospitalizado, tratamiento ambulatorio para afecciones crónicas;
- cargos por la sala de emergencia del Hospital o centro de cuidados ambulatorios, si tiene una afección médica de emergencia; Una afección médica de emergencia es aquella que se manifiesta con síntomas agudos de severidad suficiente que el paciente espera razonablemente que, si no recibe atención médica de inmediato, podría ponerle a él (o un bebé por nacer si se trata de una mujer embarazada) en serio peligro, causarle una grave disfunción corporal o de un órgano o parte del cuerpo. **Los beneficios por uso de la sala de emergencia de un hospital en situaciones que no son de emergencia no están cubiertos bajo este Plan.**
- cargos de servicios de emergencia en un centro de cuidados urgentes, sea o no dicho centro un proveedor de CareFirst Blue Cross Blue Shield; El uso de un centro de cuidados urgentes se paga al 100% sin Deducible.
- cargos hechos por un centro de enfermería para convalecientes por una habitación semiprivada y comida, servicios generales de enfermería y los servicios médicos acostumbrados;

NOTA: Los gastos por un Centro de Enfermería para Convalecientes están cubiertos hasta un período máximo de 120 días si la persona es internada en dicho centro inmediatamente después de una hospitalización por la misma causa.

- cargos hechos por una Agencia de Cuidados de la Salud en el Hogar por servicios y suministros proporcionados a una persona cubierta en su hogar, de conformidad con un Plan de Atención a la Salud en el Hogar, lo cual incluye atención de enfermería por una enfermera con licencia o auxiliar de enfermería; cuidado personal de un asistente de salud en el hogar; fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, suministros médicos; fármacos y medicamentos recetados por un médico con licencia; y servicios de laboratorio proporcionados por o en nombre de un Hospital en la medida en que estos cargos estarían cubiertos si la persona cubierta estuviera internada en un Hospital;

NOTA: Los gastos de la Agencia de Cuidados de Atención a la Salud en el Hogar están cubiertos solamente cuando dichos cuidados empiezan en un plazo de siete días después de la hospitalización. La cobertura está limitada a un máximo de 30 consultas al hogar por año calendario por persona (un período de 4 horas o menos constituye una visita de Atención a la Salud en el Hogar). Los servicios de la Agencia para el Cuidado de la Salud en el Hogar proporcionados por una trabajadora social no están cubiertos, ni tampoco los gastos por servicios o suministros no incluidos en el Plan de Cuidado de la Salud en el Hogar.

- cargos hechos por un médico calificado legalmente para brindar atención médica y/o tratamiento quirúrgico;
- cargos hechos por una enfermera con licencia por servicios de enfermería privados;
- cargos hechos por fisioterapeuta con licencia;
- cargos hechos por una enfermera obstétrica con licencia;
- cargos hechos por el servicio de ambulancia local profesional por el transporte a un Hospital para cuidado o tratamiento de emergencia;
- Cargos por radiografías, pruebas microscópicas y de laboratorio;
- cargos por radioterapia o tratamiento de radiación;
- cargos por oxígeno y otros gases y su administración;
- cargos por electrocardiogramas, electroencefalogramas, neumoencefalogramas, pruebas de metabolismo basal y similares, pruebas diagnósticas generalmente aprobadas;
- cargos por anestesia y su administración;
- cargos por vendajes, suturas, yesos, férulas, bragueros, muletas, aparatos ortopédicos (sin incluir aparatos dentales o placas correctivas) y otros suministros médicos necesarios;
- cargos por alquiler o, si es más económico, la compra de equipo médico duradero, como una silla de ruedas, cama de hospital o pulmón de hierro;
- cargos por el ajuste por primera vez de extremidades artificiales, ojos o laringe; cargos por la reparación de extremidades artificiales, ojos o laringe; los cargos por el reemplazo de miembros artificiales se cubrirán una vez cada cinco años si lo recomienda un médico y los cargos por cualquier reemplazo de ojos y laringe o el reemplazo de miembros artificiales con más frecuencia que una vez cada cinco años se cubrirán solo una vez que se demuestre que el reemplazo es médicamente necesario para aliviar o prevenir enfermedades o lesiones graves;
- cargos por audífonos; para los participantes y dependientes menores de 18 años, el Plan pagará los audífonos por un valor de hasta \$ 2,000 por oído, cada dos años. Para los participantes y dependientes mayores de 19 años, el Plan pagará los audífonos por un valor de hasta \$ 2,000 por oído de la siguiente manera: (1) una vez cada cinco años; o (2) según sea necesario (no más de una vez al año) si según la sola discreción del Plan, se establece que el audífono es médicamente necesario. La necesidad médica no incluye el deterioro de la audición desde que se adquirió el último audífono, pérdida o daño de un audífono, ni el reemplazo de un audífono debido a nuevas tecnologías o razones estéticas. Además, el beneficio no cubre la reparación ni el mantenimiento de audífonos ni la compra de baterías nuevas. El beneficio no cubre la reparación ni el mantenimiento de audífonos ni la compra de baterías.
- cargos por cirugía ocular Lasik o queratotomía radial sujetos a un máximo de por vida de \$ 1,500 por familia;
- circuncisión y cargos hospitalarios por la atención de rutina de un niño recién nacido;
- cargos por cuidados quiroprácticos;
- cargos por una segunda y tercera opiniones quirúrgicas;
- cargos por cirugía de derivación gástrica, si aplican todas las siguientes condiciones previas (1) la persona tiene al menos 18 años de edad, ha alcanzado el crecimiento esquelético esperado completo y ha tenido un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más; o un IMC entre 35 y 39.9 con al menos una comorbilidad significativa (por ejemplo, diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedad coronaria, etc.), durante los últimos 24 meses; (2) la persona presenta documentación aceptable de participación activa en un programa de control de peso supervisado por un médico durante seis o más meses sin una brecha significativa en los últimos 2 años; y (3) la persona obtiene una

recomendación para realizar la cirugía de un cirujano calificado, una evaluación médica separada que recomienda la cirugía bariátrica y la autorización para la cirugía de un proveedor de atención médica;

- pruebas de diagnóstico de infertilidad para determinar la afección y el tratamiento de la afección médica si está causando el problema de infertilidad, incluida la cirugía correctiva;
- ciertos procedimientos de esterilización para Participantes y Cónyuges, sin incluir cirugía para revertir la esterilización;
- terapia del habla por parte de un terapeuta del habla calificado requerida como resultado de una lesión o enfermedad que no sea un trastorno nervioso funcional;
- radioterapia y quimioterapia, se requiere certificación previa para el tratamiento antes del inicio de cualquier servicio de quimioterapia ambulatorio; para ello deberá comunicarse con American Health Holding (AHH) al 1-800-641-5566. El proceso de certificación previa asegura que el tratamiento será revisado por adelantado para ayudar con posibles planes de tratamiento adaptados a las necesidades del paciente;
- terapia ocupacional;
- cuidados paliativos, sujetos a las limitaciones indicadas en la Lista de Beneficios. Los beneficios por cuidados paliativos cubren el Monto Permitido en un centro de cuidados paliativos certificado para un Participante con una expectativa de vida de 6 meses o menos, según la certificación del médico tratante;
- acupuntura si es realizada por un médico (MD o DO); un quiropráctico con credenciales adecuadas para realizar acupuntura en el estado u otra jurisdicción gubernamental en la que tenga licencia; un acupunturista que esté debidamente autorizado por el estado u otra jurisdicción gubernamental que otorgue licencias o; un acupunturista certificado por la Comisión Nacional de Certificación de Acupuntura (NCCAOM) en estados donde no se requiere la licencia de un acupunturista. Los servicios solo estarán cubiertos si el procedimiento es generalmente reconocido y aceptado como tratamiento efectivo para la enfermedad, lesión u otra afección para la cual se utilizará;
- pruebas psicológicas para el autismo;
- cirugía estética, plástica o reconstructiva cuando sea necesario para corregir el labio leporino o paladar hendido; sin embargo, el Plan no paga ninguna cirugía de este tipo que se realice principalmente por razones estéticas; y
- Programa de Gestión de la Maternidad para madres embarazadas.

Servicios Preventivos

El Plan proporciona cobertura para ciertos Servicios Preventivos según lo requerido por la Ley de Cuidado de la Salud Asequible (ACA) de 2010. La cobertura se proporciona sobre la base de servicios dentro de la red sin costos compartidos. Esto significa que el servicio estará cubierto al 100% del Monto Permitido del Plan, sin Coseguro, Copago ni Deducible para los servicios siguientes:

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

Si se reciben los Servicios Preventivos de un proveedor fuera de la red, se cubren hasta el 100% del Monto Permitido, hasta el máximo familiar de \$500 por año calendario. El saldo está sujeto al Deducible y 70% de Coseguro.

En algunos casos, las pautas federales no son claras acerca de cuáles Servicios Preventivos deben cubrirse de conformidad con la ACA. En dicho caso, el Plan determinará si un beneficio en particular está cubierto bajo este beneficio de Servicios Preventivos. El Plan impondrá costos compartidos para el tratamiento que no sea un Servicio Preventivo recomendado, aun cuando el tratamiento resulte de un Servicio Preventivo recomendado. A partir del 1 de enero de 2020, los Servicios Preventivos siguientes están cubiertos. Esta lista puede cambiar si las organizaciones correspondientes adoptan recomendaciones adicionales.

Servicios Preventivos cubiertos para adultos

- Detección única de aneurisma aórtico abdominal para hombres de 65 a 75 años que alguna vez han fumado.
- Detección y asesoramiento sobre abuso de alcohol: Detección e intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el uso indebido de alcohol por parte de adultos mayores de 18 años, incluidas mujeres embarazadas, en entornos de atención primaria.
- La aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares cuando es recetada por un proveedor de atención médica. Debe presentarse una receta de conformidad con las reglas del plan.
- Examen de presión arterial para todos los adultos de 18 años y mayores. La evaluación de la presión arterial no se paga como un reclamo por separado, ya que está incluida en el pago de una consulta al médico.
- Detección de colesterol (detección de trastornos de lípidos) para hombres de 35 años y mayores y mujeres de 45 años y mayores; hombres de 20 a 35 años si tienen un mayor riesgo de enfermedad coronaria; y mujeres de 20 a 45 años si tienen un mayor riesgo de enfermedad coronaria.
- Detección de cáncer colorrectal mediante análisis de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia y colonoscopia, en adultos de 50 años de edad y hasta los 75 años de edad, y para pacientes más jóvenes cuando lo recomienda un médico debido a la determinación de que dicha persona tiene un mayor riesgo de contraer la enfermedad o ha exhibido ciertos síntomas o resultados de pruebas que pueden indicar la presencia de la enfermedad. La metodología del examen debe ser médicamente apropiada para el paciente. El Plan no impondrá compartir costos con respecto a la eliminación de pólipos durante una colonoscopia realizada como procedimiento de detección.
- Detección de depresión para adultos.
- Detección de diabetes tipo 2 para adultos asintomáticos con presión arterial sostenida (ya sea tratada o no) mayor de 135/80 mm Hg.
- Asesoramiento dietético para adultos con mayor riesgo de enfermedad crónica.
- Detección de VIH para todos los adolescentes y adultos de 15 a 65 años de edad y para personas más jóvenes y mayores con mayor riesgo.
- Detección de obesidad y asesoramiento intensivo e intervenciones conductuales para incentivar la pérdida de peso sostenida en adultos obesos. El examen incluye la medición del IMC por parte del médico con el propósito de evaluar y abordar el problema de peso corporal en el entorno clínico.
- Asesoramiento para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) en adultos con mayor riesgo.
- Detección del consumo de tabaco para todos los adultos e intervenciones antitabaquismo para los consumidores de tabaco.
- Detección de sífilis para todos los adultos con mayor riesgo de infección.
- Asesoramiento para adultos jóvenes de hasta 24 años de edad que tienen piel clara para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta para reducir el riesgo de cáncer de la piel.
- Ejercicio o fisioterapia para prevenir caídas en adultos que viven en viviendas comunitarias y tienen 65 años de edad o más con un mayor riesgo de caídas.
- Suplementos de vitamina D para prevenir caídas en adultos que viven en viviendas comunitarias y tienen 65 años de edad o más con un mayor riesgo de caídas. Los suplementos de venta libre están cubiertos solamente con una receta.
- Detección de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en personas con alto riesgo de infección y detección única de la infección por el VHC en adultos nacidos entre 1945 y 1965.

Servicios Preventivos cubiertos para mujeres, incluidas mujeres embarazadas

- Visitas al consultorio de mujeres sanas entre 21 y 64 años de edad, para la prestación de los Servicios Preventivos requeridos, incluso servicios previos a la concepción y la atención prenatal.
- Detección de anemia de forma rutinaria para mujeres embarazadas.

- Detección de bacteriuria del tracto urinario u otro examen de infección para mujeres embarazadas. La detección de bacteriuria asintomática con urocultivo para mujeres embarazadas se paga entre las 12 a 16 semanas de gestación o en la primera consulta prenatal, si es posterior.
- Asesoramiento del gen del cáncer de seno (BRCA, por sus siglas en inglés) sobre pruebas genéticas para mujeres con mayor riesgo. Las mujeres cuyos antecedentes familiares se asocian con un mayor riesgo de mutaciones perjudiciales en BRCA 1 o BRCA 2 recibirán una referencia para recibir asesoramiento. El Plan también cubrirá las pruebas genéticas BRCA 1 o BRCA 2 sin costo compartido, si corresponde, según lo determine el proveedor de atención médica de la mujer.
- Mamografía de detección de cáncer de seno para mujeres con o sin examen clínico de seno y con o sin diagnóstico, cada 1 a 2 años para mujeres de 40 años de edad o mayores.
- Asesoramiento sobre quimioprevención del cáncer de seno para mujeres con mayor riesgo. El Plan pagará el asesoramiento de médicos para mujeres con alto riesgo de cáncer de seno y con bajo riesgo de efectos adversos de la quimioprevención, para analizar los riesgos y beneficios de la misma. Además, a partir del año del Plan que comienza el 24 de septiembre de 2014 o después, para mujeres con mayor riesgo de cáncer de seno y con bajo riesgo de efectos adversos de medicamentos, medicamentos que reducen el riesgo como tamoxifeno o raloxifeno
- Apoyo y asesoramiento integrales sobre lactancia por parte de un proveedor capacitado durante el embarazo y/o en el período posparto, y los costos de alquiler de equipos de lactancia materna. El plan puede pagar la compra del equipo de lactancia en lugar del alquiler, si el Administrador del Plan lo considera apropiado.
- Detección de cáncer de cuello uterino para mujeres de 21 a 65 años de edad con frotis de Papanicolaou cada tres años.
- Pruebas de detección del virus del papiloma humano en mujeres de 30 años de edad y mayores con resultados normales de la prueba de Papanicolaou, una vez cada tres años como parte de una consulta de rutina.
- Detección de infección por clamidia para todas las mujeres jóvenes no embarazadas sexualmente activas de 24 años de edad o menos, y para las mujeres mayores no embarazadas que corren un mayor riesgo, como parte de una consulta de rutina. Para todas las mujeres embarazadas de 24 años de edad o menos, y para las mujeres embarazadas mayores con mayor riesgo, la detección de infección por clamidia está cubierta como parte de la consulta prenatal.
- Métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento para pacientes con capacidad reproductiva. Los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA incluyen métodos de barrera, métodos hormonales y dispositivos implantados, así como educación y asesoramiento para pacientes, según lo prescrito por un proveedor de atención médica. El Plan puede cubrir un medicamento genérico sin costo compartido y cobrar el costo compartido para un medicamento de marca equivalente. El Plan aceptará el pedido de cualquier persona para quien el medicamento genérico sea médicamente inapropiado, según lo determine el proveedor de atención médica del individuo. Los servicios relacionados con el seguimiento y el manejo de los efectos secundarios, el asesoramiento para el cumplimiento continuo y la extracción del dispositivo también están cubiertos sin costos compartidos.
- Los suplementos de ácido fólico para mujeres que están planeando un embarazo o pueden quedar embarazadas, que contengan 0.4 a 0.8 mg de ácido fólico. Los suplementos de venta libre están cubiertos solamente si la mujer consigue una receta.
- Detección de gonorrea para todas las mujeres sexualmente activas, incluidas aquellas que están embarazadas, si tienen un mayor riesgo de infección (es decir, jóvenes o tienen otros factores de riesgo individuales o del grupo poblacional al que pertenecen), como parte de una consulta de rutina. El Plan solo pagará por la metodología de prueba menos costosa.
- Asesoramiento para infecciones de transmisión sexual, una vez al año como parte de una consulta de rutina.
- Asesoramiento y pruebas de detección del VIH, una vez al año como parte de una consulta de rutina, y para mujeres embarazadas, incluidas aquellas que se encuentran en trabajo de parto y que no han sido examinadas y cuyo estado de VIH no se conoce.
- Detección de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera consulta prenatal.

- Detección de osteoporosis para mujeres. Las mujeres de 65 años de edad o mayores son elegibles para exámenes de detección de osteoporosis de rutina. Las mujeres más jóvenes son elegibles para la detección si su riesgo de fractura es igual o mayor que el de una mujer de 65 años de edad. El Plan solo pagará por la metodología de prueba menos costosa.
- Detección de incompatibilidad Rh para todas las mujeres embarazadas durante su primera consulta relacionada con el embarazo, y pruebas de seguimiento para todas las mujeres con Rh (D) negativo no sensibilizadas entre las 24 y 28 semanas de gestación, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh (D) negativo.
- Detección de diabetes gestacional en mujeres embarazadas asintomáticas entre las 24 y 28 semanas de gestación y en la primera consulta prenatal para mujeres embarazadas identificadas como en riesgo de diabetes.
- Intervenciones de asesoramiento para mujeres embarazadas y posparto con mayor riesgo de depresión perinatal.
- Pruebas de detección del consumo de tabaco e intervenciones para todas las mujeres, como parte de una consulta de rutina, y asesoramiento ampliado para las usuarias de tabaco embarazadas.
- Examen de detección de sífilis para todas las mujeres embarazadas u otras mujeres con mayor riesgo, como parte de una consulta de rutina.
- Detección y asesoramiento para la violencia doméstica e interpersonal, como parte de una consulta de rutina.

Servicios Preventivos cubiertos para niños

- Las consultas para bebés sanos y niños sanos desde recién nacidos hasta los 21 años de edad, según lo recomendado para atención a la salud preventiva pediátrica de “Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría”. Las consultas incluyen los siguientes exámenes y evaluaciones apropiadas para la edad:
 - Evaluación del desarrollo para niños menores de 3 años de edad y vigilancia durante toda la infancia.
 - Evaluaciones del desarrollo para niños de todas las edades
 - Antecedentes médicos
 - Examen de presión arterial
 - Examen de detección de depresión para adolescentes de 11 años en adelante
 - Examen de la vista
 - Examen de la audición
 - Medición de estatura, peso e índice masa corporal para niños
 - Detección de autismo para niños a los 18 y 24 meses de edad
 - Evaluaciones de uso de alcohol y drogas para adolescentes
 - Detección de defectos cardíacos congénitos críticos en recién nacidos
 - Examen de hematocritos o hemoglobina para niños
 - Detección de plomo para niños con riesgo de exposición
 - Examen de tuberculina para niños con alto riesgo de tuberculosis
 - Detección de dislipidemia para niños con mayor riesgo de trastornos lipídicos
 - Detección y asesoramiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes sexualmente activos
 - Detección de displasia cervical a los 21 años de edad
 - Evaluación de riesgos de salud bucal
- Pruebas de detección en recién nacidos recomendadas por el Comité Asesor sobre Trastornos Heredables en recién nacidos y niños (como la detección de hipotiroidismo para recién nacidos y la detección de células falciformes para recién nacidos).
- Medicamento tópico ocular profiláctico para todos los recién nacidos para la prevención de la gonorrea.
- Suplementos orales de fluoruro en dosis actualmente recomendadas (basadas en los suministros de agua locales) para niños en edad preescolar mayores de 6 meses de edad cuya fuente de agua primaria es deficiente en fluoruro. Los suplementos de venta libre están cubiertos solamente con una receta.
- Suplementos de hierro para niños asintomáticos de 6 a 12 meses de edad que tienen un mayor riesgo de anemia por deficiencia de hierro. Los suplementos de venta libre están cubiertos solamente con una receta.

- Detección de obesidad para niños de 6 años de edad en adelante, y asesoramiento o referencia a intervenciones conductuales integrales e intensivas para promover la mejora en el peso.
- Detección de VIH para adolescentes de 15 años de edad y mayores y para adolescentes más jóvenes con mayor riesgo de infección.
- Asesoramiento para niños, jóvenes y adultos jóvenes entre 10 a 24 años de edad que tienen piel clara a fin de minimizar su exposición a la radiación ultravioleta para reducir el riesgo de cáncer de la piel.

Vacunas

Las vacunas de rutina para adultos están cubiertas para Participantes y Dependientes que cumplan con los requisitos de edad y género y que cumplan con los criterios médicos y recomendaciones de los CDC.

- Vacunas de inmunización para adultos (se deben satisfacer las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas):
 - Difteria, tétano, tos ferina
 - Paperas, sarampión, rubéola (MMR, por sus siglas en inglés)
 - Gripe
 - Virus del papiloma humano (VPH)
 - Neumococo (polisacárido)
 - Herpes zóster
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Meningococo
 - Varicela
- Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los 18 años de edad (se deben satisfacer las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas):
 - Hepatitis B
 - Rotavirus
 - Difteria, tétano, tos ferina
 - Haemophilus influenzae tipo b
 - Neumococo
 - Poliovirus inactivado
 - Gripe
 - Paperas, sarampión, rubéola
 - Varicela
 - Hepatitis A
 - Meningococo
 - Virus del papiloma humano (VPH)

Cobertura de visitas al consultorio

Los Servicios Preventivos se pagan según los cronogramas de pago del Plan para servicios individuales. Sin embargo, puede haber situaciones limitadas en las que una visita al consultorio se paga bajo el beneficio de Servicios Preventivos. Las siguientes condiciones aplican al pago por visitas al consultorio dentro o fuera de la red bajo el beneficio de Servicios Preventivos.

- Si un artículo o servicio preventivo se factura por separado de una visita al consultorio, el Plan impondrá costos compartidos con respecto a la visita al consultorio.
- Si el artículo o servicio preventivo no se factura por separado de la visita al consultorio, y el propósito principal de la visita al consultorio es la entrega de dicho artículo o servicio preventivo, el Plan pagará el

100% del monto permitido, sin Coseguro, Copago ni Deducible para la visita dentro de la red. Si la consulta se hace fuera de la red, el Plan pagará el 100% del monto permitido, hasta el máximo familiar de \$ 500 por año calendario. El saldo está sujeto al Deducible y 70% de Coseguro.

- Si el artículo o servicio preventivo no se factura por separado de la visita al consultorio, y el propósito principal de la visita al consultorio no es la entrega de dicho artículo o servicio preventivo, el Plan impondrá costos compartidos con respecto a la visita al consultorio.

Por ejemplo, si una persona tiene una prueba de detección de colesterol durante una visita al consultorio y el médico factura por la visita al consultorio y por separado por la prueba de laboratorio asociada con la prueba de detección de colesterol, el Plan requerirá un Copago por la visita al consultorio, pero no por la prueba de laboratorio. Si una persona visita a un médico para hablar sobre el dolor abdominal recurrente y se hace un examen de presión arterial durante esa visita, el Plan cobrará un Copago por la visita al consultorio porque el control de la presión arterial no era el objetivo principal de la visita al consultorio.

Los exámenes físicos anuales de rutina de niños sanos recomendados en las recomendaciones de Bright Futures se tratan como servicios preventivos y se pagan al 100% dentro de la red. Las consultas de rutina de mujeres sanas también se tratan como Servicios Preventivos y se pagan al 100% dentro de la red.

Limitaciones y exclusiones a la cobertura de Servicios Preventivos

1. Los Servicios Preventivos están cubiertos cuando se realizan por razones de detección preventiva y se facturan según los códigos de Servicios Preventivos correspondientes. Los servicios cubiertos por razones de diagnóstico están cubiertos por el beneficio del Plan aplicable, no por el beneficio de Servicios Preventivos. Un servicio está cubierto por razones de diagnóstico si el Participante o Dependiente tenía síntomas que requerían un diagnóstico adicional o anormalidades encontradas en estudios preventivos o de diagnóstico previos que requerían exámenes, detecciones, pruebas, tratamiento u otros servicios adicionales.
2. Los servicios cubiertos por el beneficio de Servicios Preventivos no se pagan también bajo otras partes del Plan.
3. El Plan utiliza técnicas razonables de administración médica para controlar los costos del beneficio de Servicios Preventivos. El Plan establece estándares de tratamiento, entorno, frecuencia y gestión médica para Servicios Preventivos específicos, que deben cumplirse para obtener el pago bajo el beneficio de Servicios Preventivos.
4. Las vacunas no están cubiertas, incluso si las recomiendan los CDC, si la recomendación se basa en el hecho de que existe algún otro factor de riesgo (por ejemplo, en función de indicaciones laborales, de estilo de vida u otras). Las vacunas para viajar (por ejemplo, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, cólera, peste y encefalitis japonesa) no están cubiertas.
5. Los exámenes, detecciones, pruebas, artículos o servicios no están cubiertos cuando son de investigación o experimentales, según lo determine el Plan, excepto los costos de rutina para los ensayos clínicos aprobados, según lo exige la ley federal. Estos servicios están cubiertos como atención preventiva o bajo los servicios de atención médica regular con costo compartido, dependiendo de la naturaleza del ensayo clínico.
6. Los exámenes, detecciones, pruebas, artículos o servicios no están cubiertos cuando se brindan para los siguientes propósitos:

- a. Cuando sea necesario para educación, deportes, campamentos, viajes, seguros, matrimonio, adopción u otros fines no médicos;
 - b. Cuando están relacionados con procedimientos judiciales o administrativos;
 - c. Cuando están relacionados con investigación o ensayos clínicos; o
 - d. Cuando son necesarios para mantener el empleo o licencia de cualquier tipo.
7. Los fármacos, medicamentos, vitaminas y/o suplementos, ya sea que estén disponibles con receta o sin receta, no están cubiertos por el beneficio de Servicios Preventivos, excepto como se indicó anteriormente.
 8. Servicios relacionados con la capacidad reproductiva de un hombre, como vasectomías y condones.

Programas de Gestión Médica

Programa de Gestión de la Maternidad

El Plan ofrece un Programa de Gestión de la Maternidad para todas las madres embarazadas cubiertas bajo el Plan. El Programa es gratuito y se espera que todas las madres embarazadas participen. El propósito del Programa es:

- Educar a las madres embarazadas acerca de los factores de riesgo potencial que pueden afectar su salud y la del hijo recién nacido;
- Minimizar los embarazos complicados y reducir las instancias de partos prematuros; y
- Aumentar el número de mujeres que dan a luz hijos sanos a través de asignaciones de enfermería, intervención temprana y manejo de casos. El Programa de Gestión de la Maternidad lo ofrece American Health Holding (AHH). Comuníquese con ellos al 1-800-641-3224 y seleccione la opción tres. AHH se comunicará con usted y/o su proveedor de servicios de maternidad para conversar acerca de su plan de tratamiento y garantizar que usted reciba el mejor tratamiento posible.

Certificación Previa de Servicios Ambulatorios de Quimioterapia

Todos los Participantes deben obtener una certificación previa de American Health Holding (AHH) antes de cualquier tratamiento ambulatorio de quimioterapia o atención relacionada llamando al 1-800-641-5566. A través de este proceso, una enfermera especialista en oncología revisará su curso de tratamiento con anticipación y le brindará asistencia personalizada. La enfermera también se asegurará de que usted reciba el mejor tratamiento y evite tratamientos innecesarios.

Aviso especial: Ley de Derechos sobre Salud y Cáncer de las Mujeres:

Este Plan cumple con la ley federal, específicamente la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres, al proporcionar beneficios a las mujeres en relación con una mastectomía. Las Participantes serán notificadas de estos beneficios según lo exige la ley en el momento de la inscripción y anualmente a partir de entonces. El Plan cubre los procedimientos siguientes:

- reconstrucción del seno donde se realizó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y
- prótesis y tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de una mastectomía, incluso linfedemas (inflamación asociada con la extracción de ganglios linfáticos). La cobertura para la reconstrucción del seno y los procedimientos relacionados establecidos anteriormente están sujetos a los mismos Coseguros, Deducibles y montos máximos de beneficios que aplican a otros beneficios bajo el Plan.

Aviso especial: Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

El Plan no restringe los beneficios por ninguna hospitalización en relación con el parto de una madre o un recién nacido a menos de 48 horas después de un parto normal, menos de 96 horas después de una cesárea, ni requerirá que un profesional de la salud obtenga autorización del Plan para prescribir una duración de hospitalización que no exceda esos períodos.

¿Qué es el Beneficio de Trastornos Mentales y Nerviosos?

Hospitalización

Los cargos por atención de trastornos mentales y nerviosos cubiertos están sujetos al Deducible anual, los montos de Copago y los porcentajes de Coseguro. Se requiere certificación previa (vea la página 17).

Paciente Ambulatorio

Los servicios profesionales ambulatorios junto con enfermedades mentales o trastornos nerviosos funcionales de cualquier tipo están sujetos a los porcentajes anuales de Deducible, cargos de Copago y porcentajes de Coseguro.

También se proporcionan beneficios para la atención psiquiátrica o psicoanalítica por cualquier motivo, siempre que los preste una persona con licencia del estado para ofrecer dicho servicio.

BENEFICIOS POR GASTOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

La cobertura de sus medicamentos con receta se proporciona para usted y los miembros de su familia, ya sea que reciba su medicamento en una farmacia o por correo.

Datos básicos:

- Su Plan de medicamentos con receta tiene una regla obligatoria de "medicamento genérico", lo que significa que para recibir los beneficios completos, debe comprar el equivalente genérico de un medicamento si hay uno disponible.
- Cuando sea elegible para participar en el Plan, recibirá una tarjeta de identificación para obtener medicamentos con receta que debe presentar en la farmacia para recibir los beneficios.
- El Plan ofrece un programa de pedido por correo para que pueda recibir sus medicamentos de mantenimiento por correo. Puede obtener un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento por un solo Copago.
- Un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días también está disponible en las farmacias CVS Caremark.

¿Cuáles son los Beneficios por Gastos de Medicamentos con Receta?

El Plan paga una porción de sus gastos de Medicamentos con Receta Cubiertos. Un médico con licencia debe recetar los fármacos o medicamentos y deben ser para el tratamiento de una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. A fin de recibir el máximo Beneficio de Medicamentos con Receta disponible bajo el Plan, debe surtir su receta con el **medicamento genérico** y no con el de nombre de marca, cuando estén disponibles equivalentes genéricos. Si surte su receta con un medicamento de nombre de marca cuando hay un genérico disponible, el Plan le cobrará un Copago mayor.

Debe adquirir su medicamento con receta en una Farmacia Participante Dentro de la Red CVS Caremark. Si no adquiere su medicamento con receta en una Farmacia Participante los gastos de su bolsillo por la receta podrían ser mayores.

¿Cómo obtengo mis Medicamentos con Receta?

Su tarjeta de identificación del Plan también sirve como tarjeta de identificación para el beneficio de medicamentos con receta. Cuando requiera adquirir su medicamento con receta, simplemente presente la tarjeta de identificación al Farmacéutico Participante. Si el medicamento con receta es para un Dependiente, díglele al farmacéutico la edad del paciente y su relación con usted. Al recoger el medicamento de un Farmacéutico Participante, debe hacer un Copago por el monto establecido en la Lista de Beneficios. Si elige un medicamento con nombre de marca en lugar del genérico, deberá hacer un Copago mayor. Al recoger el medicamento de un Farmacéutico No Participante, debe pagar el precio total del mismo. El Plan le reembolsará el monto que usted habría pagado si hubiera adquirido la el medicamento con receta de un Farmacéutico Participante. Los Beneficios para medicamentos especiales se proporcionan solamente si se compran en una Farmacia para Medicamentos Especiales CVS Caremark.

Si su médico le entrega directamente un medicamento o dispositivo anticonceptivo durante una consulta, se le cobrará un Copago igual al Copago de un medicamento de marca con prescripción (y además, si corresponde, la diferencia entre el costo de un medicamento con nombre de marca y el medicamento genérico disponible) según lo establecido en la Lista de Beneficios.

¿Qué son los Medicamentos Genéricos?

Los medicamentos genéricos con "equivalentes terapéuticos" y, según la ley, deben contener los ingredientes químicos activos idénticos a los del nombre de marca que reemplazan. Para la mayoría de personas, la mayor parte del tiempo, un medicamento genérico le dará los mismos resultados que el medicamento de marca.

Una nota acerca de la Tarjeta de Identificación:

Su Tarjeta de Identificación es muy importante. Debe usarla solamente la persona cubierta por el Plan. El uso no autorizado o fraudulento de su tarjeta de identificación puede ser castigado por la ley y será causa de pérdida inmediata de elegibilidad bajo el Plan de Medicamentos con Receta.

¿Cuáles son los Medicamentos con Receta Cubiertos?

Los Medicamentos con Receta Cubiertos son fármacos o medicamentos con “receta archivada” o controlados por el estado, o, en el caso de anticonceptivos, dispositivos. Estos son medicamentos o dispositivos que pueden obtenerse solamente con una receta. Una sola receta de un medicamento o fármaco no puede ser mayor a un suministro de 34 días o 100 dosis, lo que sea mayor. Ninguna receta puede obtenerse sin la autorización escrita del Médico que la prescribió. Tiene la opción de comprar medicamentos de mantenimiento que normalmente se escriben como recetas de surtido para 90 días, en farmacias locales CVS Caremark o mediante pedido por correo de CVS Caremark. Puede requerirse autorización previa para medicamentos compuestos que excedan el límite.

¿Hay algunos medicamentos que no estén cubiertos?

Sí. Primero, no todos los medicamentos con receta están cubiertos. Algunos medicamentos con receta pueden estar excluidos debido al costo o eficacia no comprobada. En la mayoría de casos cuando un medicamento es excluido, el Plan cubre uno o más medicamentos alternativos que lograrán los mismos resultados. Segundo, los siguientes no se consideran Medicamentos con Receta Cubiertos:

- un medicamento sin “receta archivada” con patente o de propiedad exclusiva que no requiere receta, excepto la insulina, a menos que dos o más de dichos medicamentos deban combinarse según una receta escrita;
- sangre o plasma sanguíneo;
- un medicamento que debe tomar el paciente o ser administrado al paciente, en su totalidad o en parte, mientras está en un Hospital, hogar de reposo, sanatorio, centro de atención extendida, Hospital de convalecencia, hogar de ancianos o institución similar;
- cualquier medicamento etiquetado como “Caution - Limited by Federal Law to Investigational Use” (Precaución: Limitado por la ley federal al uso en investigación) o medicamentos experimentales, aunque se le cobre al paciente;
- dispositivos terapéuticos, por ejemplo, jeringas, agujas (excepto cuando se usan para inyecciones de insulina), aparatos ortopédicos, etc.;
- cargos incurridos con respecto a un Dependiente si él o ella tiene derecho a beneficios como empleado o ex empleado;
- cargos por bastones, muletas, sillas de ruedas o cualquier medio de transporte o locomoción;
- medicación para la infertilidad; y
- todo fármaco para tratar la disfunción eréctil.

Programa de Medicamentos pedidos por correo

También puede obtener medicamentos con receta a través del programa de pedidos por correo. Este programa le permite obtener medicamentos de mantenimiento de largo plazo por correo, en lugar de obtenerlos en una farmacia. Los medicamentos de mantenimientos son aquellos recetados por su médico para usarlos de manera

continúa y regular. Los medicamentos con receta prescritos por su médico para uso inmediato para un problema específico deben obtenerse en una farmacia.

El uso del programa de pedidos por correo le ahorra dinero, ya que puede obtener un suministro mayor de medicamentos y pagar solo un Copago, en la cantidad establecida en la Lista de Beneficios. Además, hará menos viajes a la farmacia.

Si está interesado en obtener más información sobre el programa de pedidos por correo, consulte el folleto de CVS Caremark, visite el sitio web de CVS Caremark en <http://www.caremark.com> o llame a CVS Caremark al 1-855-619-9398, o a la Oficina del Fondo.

¿Cómo afecta el programa de medicamentos con receta Medicare Parte D a mis Beneficios bajo este Plan y puedo o debo inscribirme en un plan de Medicare Parte D si soy elegible para Medicare?

Este Plan ofrece Beneficios equivalentes a un plan de medicamentos con receta de Medicare Parte D.

La Ley de Modernización y Mejora de Medicamentos Recetados de Medicare (MMA, por sus siglas en inglés) de 2003 agregó un nuevo beneficio de medicamentos con receta para personas elegibles para Medicare llamado Medicare Parte D. Este beneficio, disponible a través de compañías de seguros privadas, ofrece un beneficio de medicamentos con receta para aquellas personas que se inscriben y pagan una prima periódica. La Junta Directiva ha determinado, con la ayuda de un actuario, que el programa de medicamentos con receta del Fondo para los Participantes elegibles para Medicare es "actuarialmente equivalente" a Medicare Parte D. Esto significa que, en promedio, los beneficios del Fondo son iguales o mejores que el plan de medicamentos estándar de Medicare Parte D y usted puede renunciar a inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare Parte D, sin penalización, siempre que sea elegible para participar en este Plan o en cualquier plan que brinde beneficios por medicamentos con receta equivalentes actuarialmente Medicare Parte D.

Según lo exige la MMA, cada participante elegible para Medicare recibirá periódicamente un aviso, llamado Aviso de Cobertura Acreditado, que le informará si el Plan de medicamentos con receta del Fondo sigue siendo actuarialmente equivalente a Medicare Parte D. Dichos participantes también tienen derecho a recibir dichos avisos previa solicitud al Administrador del Fondo.

Si usted es un Participante Activo que es elegible para Medicare:

Los Participantes Activos que son elegibles para Medicare no están obligados a inscribirse en Medicare Parte D siempre que este Plan brinde beneficios iguales o mejores que los beneficios proporcionados por un plan estándar de Medicare Parte D. Si decide inscribirse en un programa de medicamentos con receta de Medicare Parte D, aún puede obtener beneficios por medicamentos con receta a través del Fondo. El Fondo coordinará los beneficios, si corresponde, con Medicare Parte D.

BENEFICIOS POR ATENCIÓN DENTAL

Los dientes y las encías saludables son una parte importante de su salud general. Los Beneficios por Atención Dental del Plan aplican cuando una persona incurre en cargos cubiertos por atención dental mientras está cubierto por este plan. Los cargos por atención dental cubiertos incluyen los cargos razonables y habituales realizados por un dentista u otro médico por la atención, los aparatos u otro material dental necesarios.

Datos básicos:

- Sus servicios de atención dental de diagnóstico y preventivos se pagan al 85% del Monto Permitido, siempre que no haya alcanzado su beneficio máximo.
- Los beneficios por ortodoncia están disponibles para Dependientes elegibles de 18 años de edad o menos.

¿Cuáles son los Beneficios por Atención Dental?

El Plan le reembolsa el 85% del Monto Permitido de los gastos de atención dental incurridos por usted, su Cónyuge y sus Hijos Dependientes de 19 a 26 años de edad hasta el máximo anual que se muestra en la Lista de Beneficios. El Plan le reembolsa el 100% del Monto Permitido de Gastos de Atención Dental incurridos por un Dependiente elegible de 18 años de edad o menos hasta el máximo anual que se muestra en la Lista de Beneficios.

¿Cuáles son los Beneficios por Ortodoncia?

El Plan proporciona un beneficio de ortodoncia para los Dependientes Elegibles de 18 años de edad o menos hasta el máximo que se muestra en la Lista de Beneficios para el tratamiento preventivo y correctivo de las irregularidades dentales (dientes torcidos) resultantes del crecimiento y que requieren reposicionamiento (excepto para el tratamiento preventivo) para establecer la oclusión o apariencia. Los servicios proporcionados para la atención de ortodoncia están cubiertos al 50% del Monto Permitido. Un máximo vitalicio como se muestra en la Lista de Beneficios aplica para este beneficio.

¿Cómo presento un Reclamo de Beneficios por Atención Dental?

Siga los pasos siguientes para obtener sus beneficios por atención dental. Si tiene preguntas, llame al (800) 242-8923.

-Obtenga sus formularios de reclamo de beneficios en la Oficina de Reclamos del Fondo.
-Llene la Declaración de Reclamos de Beneficios del Empleado en la parte baja del formulario para todos los reclamos.
-Entregue a su Proveedor el formulario para que lo complete.
-Adjunte todos los recibos y facturas en la Declaración de Reclamos de Beneficios del Empleado en el lugar proporcionado.
-Envíe por correo el reclamo de beneficios a:

Iron Workers Local No. 5 Health Fund
c/o Zenith American Solutions, Inc.
3 Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200
Pittsburgh, PA 15222

Recuerde: puede ayudar a asegurar el procesamiento rápido y preciso de su reclamo de beneficios la primera vez asegurándose de haber completado los formularios y verificado que las facturas contengan toda la información necesaria, como el nombre del paciente, la (s) fecha (s) de servicio, la descripción completa del servicio y los cargos detallados. Todos los reclamos de beneficios por atención dental deben presentarse en un plazo de un año de la fecha del servicio. No presentar un reclamo de beneficios dentro de este período de un año constituye una renuncia absoluta a dicho reclamo y será motivo para la denegación del mismo. Es decir, si no presenta un reclamo dentro del año posterior a la fecha en que se incurrió, no se pagará el reclamo.

BENEFICIOS POR ATENCIÓN A LA VISTA

Los beneficios por atención a la vista los proporciona Spectera (United Healthcare Vision), una organización de proveedores preferidos con centros para proporcionar sus servicios de atención a la vista. Se le entregará una lista de centros de Spectera automáticamente como un documento separado.

¿Cuáles son los Beneficios por Atención a la Vista?

Los siguientes beneficios por atención a la vista están cubiertos en su totalidad cuando vaya a un centro de Spectera:

Examen de la vista	Examen completo una vez por año calendario
Lentes	Si el examen de la vista determina la necesidad de lentes correctivos, el médico ordenará los lentes apropiados de un laboratorio óptico de Spectera. Los lentes nuevos están cubiertos una vez por año calendario. Los pacientes que elijan artículos cosméticos como lentes con recubrimientos, tintados o progresivos pagan un recargo al médico hasta las cantidades máximas, como se detalla en los servicios no cubiertos a continuación.
Monturas	El monto para nuevas monturas es de hasta \$130.00 por año calendario.
Lentes de contacto	Cuando los pacientes eligen lentes de contacto por razones estéticas en lugar de anteojos, Spectera proporcionará un subsidio para su compra. Los lentes de contacto están cubiertos en lugar de los beneficios por lentes y monturas para ese período de elegibilidad.
En el formulario cubiertos	Hasta 4 cajas por año calendario
Fuera del formulario	Hasta \$105 por año calendario
Lentes de contacto necesarios	100%

Servicios no cubiertos cuando se usa un Proveedor

La siguiente es una lista de precios de los servicios cosméticos adicionales que requerirían un recargo que se paga directamente al centro de Spectera o al Proveedor. La lista describe el cargo máximo de su bolsillo que pagará por la opción de lentes no cubiertos en un centro de Spectera.

Tipo	Costo
Garantía contra rayaduras	\$10
Tinte	\$14
Recubrimiento contra rayos UV	\$16
Lentes fotocromáticos	\$67
Recubrimiento antirreflejo estándar	\$40
Recubrimiento antirreflejo de calidad superior	\$80
Recubrimiento antirreflejo de primera calidad	\$90

Rebordes redondos y pulidos	\$13
Progresivos estándar	\$70
Progresivos de lujo	\$110
Progresivos de calidad superior	\$150
Progresivos de primera calidad	\$250
Índice alto < 1.66	\$53
Índice alto 1.66 – 1.73	\$63
Polycarbonato (\$0 para hijos dependientes)	\$33

Nota: Los precios indicados están sujetos a cambio.

Cómo utilizar el Programa de Atención a la Vista

Para utilizar el programa, llame al (800) 638-3120 y hable con uno de los representantes de servicio al cliente de Spectera (United Healthcare Vision) quien podrá ayudarlo a ubicar el centro o el Proveedor más cercano a usted. El Fondo ha proporcionado toda la información de elegibilidad y Dependientes. Si hay alguna pregunta respecto a la elegibilidad, sírvase llamar a la Oficina del Fondo al (800) 242-8923.

Servicios de Centros y Proveedores Fuera de la Red

Los reclamos de beneficios de Proveedores fuera de la red se reembolsan al paciente según la lista siguiente de montos:

RECLAMO DE BENEFICIOS	MONTO DEL REEMBOLSO
Examen de la vista	Hasta \$40.00
Lentes:	
Unifocales	Hasta \$40.00
Bifocales	Hasta \$60.00
Trifocales	Hasta \$80.00
Lenticulares	Hasta \$80.00
Lentes de contacto electivos	Hasta \$105.00
Lentes de contacto médicamente necesarios	Hasta \$210.00
Monturas	Hasta \$45.00

NOTA: Los artículos cosméticos son responsabilidad exclusiva del paciente.

BENEFICIO POR FALLECIMIENTO Y BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Usted quiere que su familia esté protegida en caso algo le ocurra a usted. El Plan de Atención a la Salud y Bienestar proporciona un Beneficio por Fallecimiento y un Beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés).

Datos básicos:

- Para cambiar a su Beneficiario, comuníquese con la Oficina del Fondo para solicitar un formulario de “Cambio de Beneficiario”.
- Los beneficios por AD&D se le pagan a usted en caso de pérdida de un miembro o de la vista por cualquier causa, y se pagan a su Beneficiario en caso de su muerte accidental.

BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO

¿Quién está cubierto por el Beneficio por Fallecimiento?

Este beneficio está disponible para Empleados Activos y para Jubilados que hayan elegido cobertura de atención a la salud a través del Plan.

¿Cuál es el Beneficio por Fallecimiento?

Si usted fallece mientras es elegible para recibir Beneficios del Plan, el Beneficio por Fallecimiento se paga a los Beneficiarios que usted nombre. Si no hay Beneficiario vivo designado en el archivo, los beneficios por fallecimiento se pagan a su patrimonio sucesorio. Puede cambiar de Beneficiario cuando lo desee. Sin embargo, una designación de Beneficiario no entra en vigencia hasta que la reciba el Fondo.

El monto del beneficio por fallecimiento depende de si usted está activo o jubilado en el momento de su fallecimiento. Sírvase consultar la Lista de Beneficios en la página 16 para ver el monto de Beneficio por Fallecimiento.

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

¿Quién está cubierto por el Beneficio por AD&D?

Los Beneficios por AD&D se pagan a los Empleados Activos y Empleados de Oficina solamente.

¿Cuál es la Cobertura por AD&D de accidentes en el trabajo?

El beneficio paga por pérdidas incurridas como resultado de un accidente que ocurra durante su trabajo, incluso mientras usted esté en un viaje de negocios autorizado. Los empleados activos deben tener un mínimo de 240 horas de trabajo en dos meses consecutivos para que la cobertura esté vigente y luego deben trabajar 360 horas durante el último trimestre de trabajo a fin de mantener elegibilidad para la cobertura.

Estos beneficios se proporcionan bajo una póliza separada emitida por una compañía de seguros. El Plan tiene un contrato con Zurich American Insurance Company para este beneficio. Sírvase consultar la Lista de Beneficios en la página 42 para ver el monto del beneficio. Los beneficios tienen un límite máximo de \$100,000 por persona para todas las pérdidas que resulten de un solo accidente.

Exclusiones

- pérdidas causadas o resultantes de una enfermedad, enfermedad o deficiencia corporal o un accidente que ocurra de otra manera que no sea en el curso de su empleo para un empleador que contribuya al Fondo de Atención a la Salud de Iron Workers Local No. 5 en su nombre;
- lesiones corporales o muerte como resultado de un accidente cubierto más de un año después de la fecha del accidente;
- cualquier infección bacteriana que no haya sido causada por un corte accidental, herida o intoxicación alimentaria;
- suicidio, intento de suicidio o cualquier lesión intencional, mientras esté en su sano juicio o no;
- guerra o actos de guerra, o lesiones mientras una persona está en servicio militar activo a tiempo completo;
- participar en un delito grave;
- viaje o vuelo en cualquier aeronave; viajar en una aeronave como piloto o miembro de la tripulación, o si la aeronave carece de un certificado válido de aeronavegabilidad, es pilotada por un piloto sin una licencia válida, o se está utilizando para cualquiera de los fines excluidos descritos en la póliza de seguro.

¿Cuál es la cobertura adicional para accidentes en el trabajo y la cobertura por accidente fuera del trabajo?

Este beneficio paga por pérdidas incurridas como resultado de un accidente que ocurra dentro o fuera del trabajo cuando usted es elegible. Los Beneficios se pagan a los Empleados Activos y Empleados de Oficina solamente. Este beneficio se paga además de otros beneficios. Sírvase consultar la Lista de Beneficios en la página **¿Cuáles son los Beneficios por Muerte Accidental**

y Desmembramiento (AD&D)?

42 **Error! No bookmark name given.** para ver el monto del beneficio. El Plan paga el monto total del beneficio por pérdidas que ocurran dentro de los 90 días de un accidente como resultado de una lesión corporal accidental e independiente de todas las demás causas.

Exclusiones

No se hacen pagos por pérdidas ocurridas como resultado de:

- autodestrucción intencional o intento de autodestrucción intencional;
- lesión autoinfligida intencionalmente;
- insurrección, guerra, participación en un motín;
- enfermedad del cuerpo;
- enfermedad mental;
- tratamiento médico o quirúrgico o diagnóstico del mismo;
- ptomaines;
- infección bacterial;
- ingestión de veneno;
- asfixia o inhalación de gas;
- abuso de drogas o alcohol;

No se paga más del monto total por todas las pérdidas resultantes de un solo accidente. Los Beneficios por Desmembramiento Accidental se le pagan a usted; los beneficios por muerte accidental se le pagan a su Beneficiario.

¿Hay ciertos Beneficios Continuos si quedo Discapacitado?

Sí. En el caso de que usted esté cubierto por este Plan y antes de los 60 años de edad quede discapacitado total y permanentemente, continuará siendo elegible para un beneficio por fallecimiento, que se le pagará a su Beneficiario, durante el período de doce meses inmediatamente posterior a la fecha de su discapacidad. Si

presenta prueba de su Discapacidad Total y Permanente, su beneficio puede continuar indefinidamente. La Oficina del Fondo solicitará periódicamente prueba de su Discapacidad Total y Permanente a fin de mantener su cobertura.

Comuníquese con la Oficina del Fondo para obtener los formularios apropiados que debe llenar para reclamar este beneficio extendido.

Mantenga actualizada su designación de Beneficiario

Si desea cambiar su designación de Beneficiario, comuníquese con la Oficina del Fondo para solicitar un formulario de “Cambio de Beneficiario”.

¿Cuáles son los Beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)?

El Plan pagará los montos siguientes que se establecen junto a las pérdidas aplicables:

LISTA DE BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO		BENEFICIO MÁXIMO
PARA EMPLEADOS ACTIVOS Y DE OFICINA SOLAMENTE		
Accidentes en el trabajo (incluido viaje de negocios) Muerte Accidental o Desmembramiento		
Pérdida de la vida		\$100,000
Beneficio adicional por pérdida accidental de la vida para personas en viajes de negocios que murieron mientras viajaban en un automóvil privado equipado con cinturones de seguridad si la persona falleció mientras usaba correctamente el cinturón de seguridad		\$10,000
Pérdida total de dos o mas: manos, pies, visión de los ojos		\$100,000
Pérdida total del habla y audición (ambos oídos)		\$100,000
Parálisis total de miembros superiores e inferiores		\$100,000
Parálisis total de tres miembros		\$75,000
Parálisis total de dos miembros		\$66,667
Parálisis total de un miembro		\$50,000
Pérdida total de una mano, un pie, la vista de un ojo		\$50,000
Pérdida total del habla		\$50,000
Pérdida total de la audición (ambos oídos)		\$50,000
Pérdida del pulgar y dedo índice de la misma mano		\$25,000
<i>(Tenga en cuenta que la responsabilidad de la compañía de seguros está limitada a \$ 1,000,000 por un solo accidente, y si la compañía de seguros adeudara más de esa cantidad por un solo accidente excepto por este límite de responsabilidad, los beneficios pagados a la persona cubierta fallecida o lesionado o en su nombre en el accidente se reducirá en la misma proporción que el límite total de responsabilidad tiene para la cantidad de beneficios que se pagarían a todos los reclamantes sin esta limitación.)</i>		
Accidentes en el trabajo o fuera del trabajo – Beneficios adicionales pagados		
Otro beneficio por muerte accidental; en o fuera del trabajo		\$10,000
Otro beneficio por desmembramiento accidental o pérdida de la vista; en o fuera del trabajo:		
Pérdida de ambas manos, pies o vista en ambos ojos		\$5,000
Pérdida de cualquier combinación de mano, pie o vista en un ojo		\$5,000
Pérdida de una mano, un pie o vista de un ojo		\$2,500

BENEFICIOS POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

¿Quién está cubierto por el Beneficio por Accidente y Enfermedad?

Los Beneficios por Accidente y Enfermedad son solamente para Participantes Activos

Si queda discapacitado y no puede trabajar, el Plan le proporciona un pago semanal de hasta 26 semanas por una lesión o enfermedad que no esté relacionada con el trabajo. Para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, el Plan ofrece un beneficio suplementario de indemnización por accidente de trabajo.

Datos básicos:

- Puede recibir un Beneficio por Accidente y Enfermedad durante su discapacidad siempre que esté bajo el cuidado de un Médico.
- Los beneficios se pagan cuando la Oficina del Fondo reciba su formulario de reclamo de ingresos por discapacidad completado y la certificación de su discapacidad por parte de su Médico.

¿Cuál es el Beneficio por Accidente y Enfermedad?

Los Beneficios por Accidente y Enfermedad, también conocidos como Pérdida de Tiempo, le brindan un beneficio de ingresos semanales en caso de una discapacidad de corto plazo, incluido el embarazo. El Plan proporciona un beneficio semanal que aparece en la Lista de Beneficios.

¿Hay límites en el monto de tiempo que puedo cobrar Beneficios por Accidente y Enfermedad?

Sí. El beneficio se paga por un máximo de 26 semanas por una enfermedad o lesión no ocupacional y por hasta 52 semanas como suplemento a los beneficios por indemnización por accidente de trabajo.

¿Cómo solicito el Beneficio por Accidente y Enfermedad?

Si se enferma o sufre una discapacidad, avise a la Oficina del Fondo. Deberá completar el formulario de reclamo de ingreso por discapacidad e incluir la Declaración del Médico Tratante que acredite su discapacidad. Su Médico debe certificar que usted esta médicamente incapacitado de trabajar durante la duración del beneficio.

Una vez que reciba el Beneficio Máximo, ¿puedo en otra oportunidad solicitar nuevamente el Beneficio por Accidente y Enfermedad?

Sí. Una vez que haya regresado a un empleo activo por un período de dos semanas continuas, nuevamente es elegible para un beneficio completo de 26 o 52 semanas.

¿Se me pagará el beneficio completo durante mi discapacidad?

Usted es elegible para un beneficio semanal como se indica en la Lista de Beneficios. De esta cantidad, el Fondo debe retener el impuesto a la renta federal y estatal, el impuesto de Seguro Social y Medicare y cualquier otra retención autorizada.

Suplemento a la Indemnización por Accidente de Trabajo

¿Cuál es el suplemento al Beneficio por Indemnización por Accidente de Trabajo?

El Suplemento al beneficio por Indemnización por Accidente de Trabajo le proporciona un beneficio de ingreso semanal suplementario en caso de una discapacidad de corto plazo como resultado de una lesión o enfermedad incurrida mientras trabajaba en un Empleo Cubierto en la jurisdicción del Local No. 5 en Maryland y Virginia. Existen requisitos de elegibilidad, además de los requisitos generales de elegibilidad para participar en este Plan, necesarios para recibir este beneficio. Los requisitos de elegibilidad adicionales son los siguientes:

- Debe haberse lesionado mientras estaba empleado por un Empleador que es un Empleador aportante al Fondo de Fideicomiso de Iron Workers Local No. 5, y
- Debe estar recibiendo beneficios por Indemnización por Accidente de Trabajo por un accidente compensable en Maryland y Virginia.

Los beneficios están disponibles desde el primer día en que comienza a recibir los Beneficios por Indemnización por Accidente de Trabajo, como se indica en la Lista de Beneficios, por un máximo de 52 semanas.

¿Cómo presento un reclamo de Beneficios Suplementarios?

Para presentar e iniciar un reclamo de Beneficios Suplementarios a la Indemnización por Accidente de Trabajo debe presentar lo siguiente a la Oficina del Fondo:

- Una copia de la carta o certificado de Indemnización por Accidente de Trabajo que verifique el comienzo de los beneficios; y
- Una copia del comprobante del cheque o paga de la Indemnización por Accidente de Trabajo que verifique el comienzo de los beneficios y las fechas de pago.

Para continuar con el Beneficio Suplementario a la Indemnización por Accidente de Trabajo debe presentar lo siguiente a la Oficina del Fondo:

- Una copia del certificado del cheque o paga de la Indemnización por Accidente de Trabajo que verifique la continuidad de recepción de los beneficios; y
- Una copia de la carta de adjudicación de la Indemnización por Accidente de Trabajo que indique la última fecha hasta la cual tiene derecho a recibir los beneficios.

Para obtener información adicional, sírvase comunicarse con la Oficina del Fondo.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES

Como exclusión general, no se pagan beneficios bajo el Plan por gastos que excedan el Monto Permitido según lo determine el Plan. El término “Monto Permitido” se define en la sección de definiciones del Resumen de la Descripción del Plan (SPD, por sus siglas en inglés).

Además, el Plan cubre solo aquellos servicios, procedimientos y otros beneficios que son médicamente necesarios y se identifican expresamente como cubiertos en este SPD; todos los demás están excluidos. Como pauta adicional sobre los beneficios que no están cubiertos, sírvase consultar la siguiente lista de exclusiones. Se ha hecho todo lo posible para proporcionar una lista exhaustiva de exclusiones. Sin embargo, en la medida en que un beneficio no se incluye en este SPD como un beneficio cubierto, se excluye ya sea que se establezca o no en la siguiente lista:

- una autopsia o examen forense y cualquier gasto relacionado, excepto lo requerido por el Plan;
- preparación de formularios, informes, registros, facturas, reclamos médicos y otros parecidos;
- gastos de correo, envío y manejo;
- cargos por citas incumplidas o perdidas;
- llamadas telefónicas, cargos por correo electrónico, cargos por llamar para llenar una receta médica, cargos por intereses, recargos por demora, costos por millaje y cargos administrativos del proveedor;
- servicios, suministros o equipos educativos, que incluyen, entre otros, computadoras, dispositivos y software de computadoras, impresoras, libros, tutorías o intérpretes, ayudantes visuales, terapia visual, audífonos o sintetizadores auditivos o del habla, ayudas auxiliares como tableros de comunicación, sistemas de escucha; dispositivos, programas y servicios para la capacitación conductual, incluidos programas de intervención intensiva para el cambio de comportamiento y/o retrasos en el desarrollo o la percepción auditiva o habilidades de escucha y aprendizaje; programas y servicios para remediar o mejorar la concentración, memoria, motivación, lectura o autoestima, etc.; educación especial y costos asociados junto con educación en lenguaje de señas para un paciente o miembros de la familia, y dispositivos médicos implantables de identificación y seguimiento;
- Gastos que excedan cualquier límite de beneficios del Plan o el beneficio máximo del Plan;
- gastos por servicios o suministros médicos cubiertos que el Plan determine que excedan el Monto Permitido;
- cualquier lesión corporal o enfermedad resultante o que surja de cualquier empleo u ocupación por paga o utilidad;
- Cualquier lesión corporal o enfermedad por las cuales se paguen beneficios bajo cualquier ley de indemnización por accidente de trabajo, ley de enfermedad ocupacional o legislación parecida;
- Cualquier lesión corporal o enfermedad para la cual se obtenga atención, tratamiento o suministros de cualquier agencia o programa federal, estatal o local o de una Hospital o institución que sea propiedad de los mismos y por la cual el proveedor no ha entregado factura;
- no se requiere que se pague ninguna lesión corporal o enfermedad por la cual la atención médica, el tratamiento y los suministros están disponibles sin costo, o por los cuales no habría ningún cargo si la persona que recibe el tratamiento no estuviera cubierta por este Plan;
- cualquier lesión corporal o enfermedad causada por un acto de guerra, ya sea declarada o no, acto bélico, insurrección, rebelión, invasión o conflicto que involucre fuerzas armadas o el servicio en las fuerzas armadas;
- servicios en un Hospital del Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. u otro centro médico militar para el tratamiento de enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio militar;
- cualquier atención médica, tratamiento o suministro no recetado por o bajo la dirección de un médico con licencia;
- servicios administrados por un terapeuta de masajes con licencia o sin licencia;
- servicios o suministros médicos que la Junta Directiva o su agente determinen que no son médicamente necesarios para el cuidado o tratamiento de lesiones corporales o enfermedades ;
- servicios para revertir la infertilidad voluntaria inducida quirúrgicamente;

- gastos para y relacionados con la adopción;
- los servicios prenatales, los servicios de maternidad y los servicios de medicamentos con receta relacionados con un embarazo en el que una persona cubierta actúa como madre sustituta (portadora gestacional) no son cargos cubiertos. A los fines de este plan, el Hijo de una madre sustituta no se considerará Dependiente de la madre sustituta o de su Cónyuge, si la madre ha celebrado un contrato u otro acuerdo en virtud del cual renuncia al Niño después de su nacimiento;
- gastos por diagnóstico genético previo a la implantación (PGD, por sus siglas en inglés) en el que se extraen una o más células de un embrión y se analizan genéticamente para determinar si es normal;
- esterilización excepto para ligadura de trompas y vasectomía cuando se realiza de forma ambulatoria;
- gastos para el diagnóstico y tratamiento de infertilidad junto con servicios para inducir el embarazo y complicaciones del mismo, incluidos, entre otros, servicios, medicamentos con receta, procedimientos o dispositivos para lograr la fertilidad, fertilización in vitro, transferencia de trompas inferiores, inseminación artificial, transferencia de embriones, transferencia de gametos, transferencia de cigotos, gastos de madre subrogada, donación de óvulos, semen u otras tarifas, crioconservación de óvulos y espermatozoides, trasplante de ovario, gastos de donantes para casos de infertilidad, implantes fetales, servicios de reducción fetal, procedimientos de impregnación quirúrgica y reversión de procedimientos de esterilización;
- cualquier tratamiento que no sea conforme a la práctica médica generalmente aceptada;
- cirugía estética, plástica o reconstructiva como resultado de una cirugía estética, plástica o reconstructiva anterior, a menos que la cirugía sea necesaria debido a una lesión corporal por accidente. La cirugía estética incluye, pero no se limita a la extracción de tatuajes, aumento de senos (excepto servicios reconstructivos después de una mastectomía), reducción de senos (incluido el tratamiento de ginecomastia benigna en hombres), eliminación de piel redundante del abdomen, cirugía para mejorar la autoestima o tratar síntomas psicológicos o quejas psicosociales relacionadas con la apariencia de una persona, tratamiento de venas varicosas, blefaroplastia del párpado superior, productos cosméticos para la piel como Restylane, Renova u otro tratamiento médico o quirúrgico destinado a restaurar o mejorar la apariencia física, según lo determine el Plan;
- la recolocación de extremidades artificiales, ojos o laringe, excepto lo expresamente permitido como gasto cubierto;
- terapia de la vista (ortóptica) y suministros;
- lentes de ortoqueratología para remodelar la córnea del ojo para mejorar la visión;
- cualquier lesión corporal o enfermedad que resulte u ocurra durante el intento de cometer o la comisión de un delito menor o grave, a menos que dicha lesión, enfermedad o comisión o intento de comisión de un delito menor o grave sea el resultado de violencia doméstica o un factor de salud subyacente;
- cualquier lesión corporal o enfermedad resultante de la participación en un motín;
- cargos incurridos antes de que las personas estén cubiertas por este Plan o después de la terminación de elegibilidad, excepto según lo dispuesto en cualquier extensión o continuación de las disposiciones de beneficios de este Plan;
- cargos por servicios y suministros relacionados con el control de peso y el tratamiento de la obesidad, excepto los cargos relacionados con la cirugía de derivación gástrica realizada bajo las condiciones expresas establecidas en la sección de Gastos Cubiertos de este Plan;
- gastos por membresías o visitas a clubes de salud, programas de ejercicios, gimnasios y/o cualquier otra instalación para programas de acondicionamiento físico, incluidos equipos de ejercicios y servicios de entrenamiento con pesas;
- alimentos y suplementos nutricionales y dietéticos que incluyen, entre otros, comidas caseras, fórmulas, alimentos, dietas, vitaminas, hierbas y minerales (ya sea que se puedan comprar sin receta médica o requieran una receta), excepto los alimentos y suplementos nutricionales provistos durante la hospitalización cubierta, y a excepción de las vitaminas o minerales prenatales que requieren receta médica;
- corrección quirúrgica de errores de refracción distintos de los cubiertos por la cirugía ocular Lasik y el beneficio de queratotomía radial como se indica en la Lista de Beneficios;

- suministros o equipos para higiene personal, comodidad o conveniencia, tales como teléfono, televisión o artículos similares que no se requieren para la atención médica;
- procedimientos quirúrgicos considerados “experimentales”;
- beneficios por maternidad que no sean para Participantes y cónyuges elegibles, excepto que ciertos servicios prenatales estén cubiertos para Hijos Dependientes, según lo requiere la Ley de Cuidado de Salud Asequible;
- tratamiento por discapacidad o insuficiencia sexual no causada por una condición orgánica;
- tratamiento médico, quirúrgico o de medicamentos con receta relacionados con procedimientos de reasignación transexual o de sexo (cambio de sexo), o la preparación para tales procedimientos, o cualquier complicación resultante de dichos procedimientos;
- gastos por los cuales un tercero es responsable;
- gastos de construcción o modificación de un hogar, residencia o vehículo requeridos como resultado de una lesión, enfermedad o discapacidad de un individuo cubierto, incluidos, entre otros, construcción o modificación de rampas, elevadores, pasamanos, elevadores de sillas, tinas de spas o baños calientes, aire acondicionado, dispositivos de deshumidificación, eliminación de asbesto, filtración y purificación de aire, piscinas, sistema de alerta de emergencia, etc.;
- gastos relacionados con viajes o transporte (incluidos alojamiento, comidas y gastos relacionados) de un proveedor de atención médica o un familiar no cubierto de un individuo cubierto;
- gastos relacionados con viajes o transporte que no sean de emergencia (incluidos alojamiento, comidas y gastos relacionados) de un individuo cubierto para tratamiento médico;
- uso de una habitación privada en un hospital u otro centro de atención médica, a menos que el centro solo tenga alojamiento en habitaciones privadas o que el uso de una habitación privada esté certificado como médicamente necesario por el médico del paciente y aprobado por el Plan;
- gastos por servicios prestados por cualquier médico u otro profesional de la salud que sea el padre, el cónyuge, el hermano (por nacimiento o matrimonio, como un cuñado), tía o tío o hijo del paciente o empleado cubierto;
- gastos por los servicios de un estudiante de medicina o interno o residente;
- gastos para cualquier médico u otro profesional de la salud que no proporcionó o supervisó directamente los servicios médicos al paciente, incluso si el médico o el profesional de la salud estaban disponibles como apoyo para hacerlo;
- gastos por servicios médicos o suministros prestados o proporcionados fuera de los Estados Unidos, excepto por el tratamiento de una emergencia médica;
- gastos incurridos durante el viaje si un médico u otro proveedor de atención médica ha desaconsejado específicamente dicho viaje debido a la condición de salud de la persona cubierta;
- gastos relacionados con consultas por Internet con un médico u otro profesional de la salud, a menos que dichos servicios constituyan “servicios de telemedicina”. Los servicios de telemedicina se refieren al uso de una combinación de audio, vídeo u otros medios electrónicos interactivos utilizados con fines de diagnóstico, consulta o tratamiento. El uso de teléfono de audio, mensaje de correo electrónico o transmisión de fax no se considera un servicio de telemedicina. Los servicios de telemedicina deben cumplir con todos los requisitos de una consulta o contacto cara a cara entre un proveedor de atención médica y un paciente para los servicios provistos adecuadamente a través de los servicios de telemedicina.
- gastos incurridos por lesiones causadas en un accidente automovilístico si la persona cubierta estaba operando el vehículo mientras estaba intoxicado (es decir, tenía un nivel de alcohol en la sangre que excedía el límite legal de la jurisdicción en la que ocurrió el accidente o no se realizó un examen de alcoholemia o la persona se negó a someterse a una prueba de alcoholemia o análisis de sangre solicitado) o estaba bajo la influencia de drogas ilegales, a menos que las lesiones surjan como resultado de una condición de salud física o mental;
- complicaciones de un servicio no cubierto;
- cualquier recargo derivado de las leyes estatales (por ejemplo, la Ley de Reforma de la Atención a la Salud de Nueva York);

- biorretroalimentación, excepto el electromiograma (EMG) o la biorretroalimentación térmica que es médicamente necesaria como parte de un plan de tratamiento general para el tratamiento o prevención de la migraña;
- hipnosis o hipnoterapia;
- terapia asistida por animales no prescrita por un médico o psiquiatra y cualquier tarifa sobre el Monto Permitido; los viajes y otros gastos similares no relacionados con la terapia real también están excluidos;
- servicios relacionados con trastornos de lectura y aprendizaje, dislexia, retrasos educativos o discapacidades vocacionales;
- gastos por servicios ordenados por el tribunal, servicios de custodia parental o servicios de adopción;
- servicios relacionados con una afección prevenible por el proveedor (una afección prevenible por el proveedor significa una afección que cumple con la definición de una "afección adquirida en un centro médico" o una "afección prevenible por otro proveedor" según se define de acuerdo con las regulaciones de Medicare o Medicaid). Las afecciones incluyen, entre otras, un procedimiento quirúrgico o invasivo incorrecto realizado en un paciente, un procedimiento quirúrgico o invasivo realizado en la parte incorrecta del cuerpo y un procedimiento quirúrgico o invasivo realizado en el paciente equivocado. Esta exclusión no aplica a un proveedor que factura por el cuidado de una afección que existía antes del inicio del tratamiento del proveedor para ese paciente;
- gastos por cualquier artículo que no sea equipo médico duradero, incluidos, entre otros, purificadores de aire, piscinas, spas, saunas, escaleras mecánicas, ascensores, modos de transporte motorizados, almohadas, colchones, camas de agua y sistemas de aire acondicionado;
- gastos por el reemplazo de aparatos correctivos, dispositivos ortopédicos, aparatos protésicos o equipos médicos duraderos duplicados o personalizados perdidos, faltantes o robados;
- gastos por aparatos y equipos médicos duraderos correctivos en la medida en que excedan el costo de los modelos estándar de dichos aparatos o equipos;
- gastos por suministros y dispositivos adaptativos de terapia ocupacional utilizados para ayudar a una persona a realizar actividades de la vida diaria, incluidos dispositivos de autoayuda como utensilios de alimentación, herramientas de alcance, dispositivos para ayudar a vestirse y desvestirse, banco de ducha, asiento de inodoro elevado, etc.;
- gastos por cuidado de custodia, independientemente de dónde se brinden los servicios, incluidos, entre otros, cuidado diurno para adultos, cuidado diurno para niños, servicios de ama de casa o cuidado personal, servicios de niñera o acompañante;
- gastos por servicios o suministros dentales de cualquier tipo, (incluso si son necesarios debido a síntomas, anomalías congénitas, enfermedades o lesiones que afectan la boca u otra parte del cuerpo), incluidos, entre otros, prótesis dentales, endodoncia, restauraciones dentales y servicios dentales para el cuidado, el empaste, la extracción o el reemplazo de dientes, o el tratamiento de lesiones o enfermedades de los dientes, encías o estructuras que soportan o se adhieren directamente a los dientes, a menos que estén relacionadas con una lesión accidental para la cual el tratamiento se obtiene dentro de los 6 meses posteriores al accidente y el trabajo dental está relacionado con el trabajo médico necesario para reparar la lesión;
- gastos para el diagnóstico, tratamiento o prevención de disfunción o síndrome de la articulación temporomandibular (ATM, por sus siglas en inglés);
- gastos por servicios o cirugía ortognáticos para el tratamiento de la mala posición estética de los huesos de la mandíbula, como por ejemplo prognatismo, retrognatismo, disfunción o síndrome de la articulación temporomandibular u otras razones estéticas;
- servicios y productos de detección de cáncer bucal como ViziLite, biopsia con cepillo oral;
- gastos para el cuidado rutinario de los pies (incluidos, entre otros, el corte de las uñas de los pies, la extracción o reducción de callos y callosidades, la eliminación de piel gruesa o agrietada en los talones, masaje de pies, cuidado higiénico o preventivo (el cuidado higiénico o preventivo incluye la limpieza y remojo de los pies, aplicación de cremas para la piel para ayudar a mantener el tono de la piel y otros servicios que se realizan cuando no hay evidencia de una enfermedad localizada, lesión o síntomas relacionados con el pie). gastos por cuidado de manos, incluidos manicura y acondicionamiento de la piel y otros cuidados higiénicos o preventivos realizados en ausencia de enfermedad, lesión o síntomas localizados que involucren la mano;

- gastos por pruebas genéticas, incluida la obtención de una muestra y análisis de laboratorio, para detectar o evaluar anomalías cromosómicas o características de transmisión genética, excepto cuando las pruebas genéticas se realizan de acuerdo con las pruebas de detección de recién nacidos exigidas por el estado y excepto: (i) pruebas genéticas preparentales (también llamadas pruebas de portador) destinadas a determinar si un individuo está en riesgo de transmitir una mutación genética particular, como un miembro de la familia que no esté afectado pero que está en riesgo de producir niños afectados, y (ii) pruebas genéticas prenatales destinadas a determinar si un feto en desarrollo está en riesgo de heredar enfermedades o rasgos genéticos identificables, excepto las pruebas que usan muestras de líquidos o tejidos obtenidas mediante amniocentesis, muestreo de vellosidades coriónicas (CVS, por sus siglas en inglés), fetoscopia y análisis de alfafetoproteína (AFP, por sus siglas en inglés) en mujeres embarazadas;
- gastos de asesoramiento genético;
- gastos relacionados con la depilación o trasplantes de cabello y otros procedimientos para reemplazar el cabello perdido o para promover el crecimiento del cabello, incluidos los medicamentos con receta y sin receta como Minoxidil, Propecia, Rogaine, Vaniqa; o gastos relacionados con el reemplazo de cabello, que incluyen, entre otros, dispositivos, pelucas, peluquines y/o postizos o análisis de cabello;
- gastos relacionados con reparaciones de audífonos, incluidas piezas de repuesto, audífonos perdidos, robados o faltantes, baterías de audífonos y otros accesorios para audífonos, incluidos kits de audífonos y almohadillas para teléfonos;
- gastos por servicios de atención médica a domicilio que no sean servicios y suministros de enfermería especializada intermitentes por tiempo parcial;
- gastos bajo un programa de atención médica domiciliaria por servicios prestados por alguien que habitualmente vive en el hogar del paciente o es padre, cónyuge, hermano por nacimiento o matrimonio, o hijo del paciente; o cuando el paciente no está bajo el cuidado continuo de un médico;
- gastos de educación para el parto, clases de Lamaze, clases de lactancia materna;
- gastos relacionados con la atención de maternidad y gastos de parto asociados con el embarazo de una madre sustituta;
- gastos relacionados con el crío-almacenamiento de sangre del cordón umbilical u otros tejidos u órganos;
- gastos por colonoscopia virtual, también llamada colonografía tomográfica computarizada tridimensional (TC), colonografía por TC, excepto si este procedimiento es pagadero si es médicamente necesario para la evaluación del colon en una persona con una obstrucción conocida del colon, lesión del colon o dificultad técnica que evita el uso de una colonoscopia endoscópica tradicional;
- gastos por servicios de enfermeras o personal de atención médica privados;
- gastos de cirugía profiláctica cuando la cirugía se prescribe o se realiza con el propósito de: (i) evitar la posibilidad o el riesgo de una enfermedad, trastorno físico o mental o condición basada en los antecedentes familiares y/o los resultados de las pruebas genéticas; o (ii) tratar las consecuencias de anomalías cromosómicas o características de transmisión genética, cuando hay una ausencia de evidencia médica objetiva de la presencia de enfermedad o trastorno físico o mental;
- gastos de educación, capacitación laboral, rehabilitación vocacional, cuidado de relevo o terapia recreativa;
- gastos incurridos en un centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados por cualquier servicio de terapia de rehabilitación para pacientes hospitalizados que se brinde a una persona que está inconsciente, en estado de coma o que a juicio del Plan, de otra manera es incapaz de participar conscientemente en los servicios de terapia y/o no puede aprender ni recordar lo que se enseña, incluidos, entre otros, programas de estimulación de coma y servicios similares;
- gastos de proloterapia (inyección de soluciones esclerosantes en articulaciones, músculos o ligamentos);
- gastos relacionados con el tratamiento médico o quirúrgico de los trastornos del sueño o los ronquidos, incluido el equipo médico, excepto que se proporciona cobertura para estudios de diagnóstico del sueño y para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño documentada;

- gastos por productos para dejar de consumir tabaco o fumar tales como chicles o parches de nicotina u otros servicios o programas;
- gastos por trasplantes de órganos y/o tejidos humanos que son experimentales, que incluyen, entre otros, detección de donantes, adquisición y selección, extracción de órganos o tejidos, transporte, trasplantes, servicios posoperatorios y fármacos y medicamentos, y todas sus complicaciones;
- gastos relacionados con trasplantes o implantes de órganos y/o tejidos no humanos (xenoinjerto), excepto válvulas cardíacas;
- gastos del donante del trasplante a menos que la persona que recibe el órgano o tejido donado sea una persona cubierta por este Plan;

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Los miembros de una familia a menudo están cubiertos por más de un plan de atención a la salud grupal, lo que podría dar lugar a la duplicación de la cobertura. Para evitar esto, los beneficios por atención a la salud provistos por este Plan se coordinan con beneficios similares pagaderos bajo otros planes.

¿Qué sucede si estoy cubierto por más de un plan de atención a la salud grupal?

Según la disposición de Coordinación de Beneficios, si está asegurado por otro plan de atención a la salud grupal, bajo ninguna circunstancia el pago total que reciba de dichos programas excederá el 100% del Monto Permitido de este Plan o el pago máximo del otro plan por beneficios o servicios recibidos. Este Plan trata los cargos cubiertos incurridos bajo una Coordinación de Beneficios como lo haría con cualquier otro reclamo de beneficios recibido y aplica todos los montos de deducibles y coseguros aplicables.

Debe notificar a todos los proveedores de cualquier otra cobertura de seguro de atención a la salud grupal que tenga y debe notificar a la Oficina del Fondo de otra cobertura de seguro de atención a la salud grupal si no notificó al proveedor o si el proveedor no presentó un reclamo de beneficio en su nombre a otro plan de seguro de atención a la salud grupal que es su cobertura principal. Siempre que envíe un reclamo directamente a la Oficina del Fondo, debe notificarlo en el formulario de reclamo de beneficios si tiene otra cobertura de seguro de atención a la salud grupal. Comuníquese con la Oficina del Fondo si tiene preguntas sobre otra cobertura de seguro de atención a la salud grupal, incluso si dicha cobertura sería su cobertura principal.

¿Cómo funciona la coordinación?

Si tiene una cobertura de atención a la salud duplicada, sus beneficios se coordinan identificando primero lo que se llama el "plan primario". Si queda algún cargo por pagar, entonces el plan secundario paga de acuerdo con sus propias disposiciones.

Las siguientes reglas se utilizan para determinar si un plan se considera primario o secundario:

- un plan que no contiene disposiciones de Coordinación de Beneficios es el plan primario;
- un plan que lo cubra como Empleado es primario con respecto a un plan que lo cubra como Dependiente, Empleado inactivo o Jubilado;
- si está asegurado bajo dos planes a través de dos empleos, el plan que lo ha asegurado por más tiempo es el plan primario;
- si dos planes cubren al mismo Dependiente, el plan que cubre al Empleado cuyo cumpleaños se cumple más temprano en el año calendario es el plan primario con respecto al Dependiente;
- cuando los gastos médicos son pagaderos por una aseguradora de automóviles sin culpa u otra aseguradora de automóviles que paga sin tener en cuenta la culpa, este Plan siempre es secundario;
- si los padres nunca se casaron, el padre o madre que es el "custodio" es el principal responsable de la cobertura del Dependiente.

En casos de divorcio o separación legal, aplican las siguientes reglas especiales:

- si el padre o la madre con custodia legal del Niño no se ha vuelto a casar, el plan que cubre al Niño como Dependiente del padre o la madre con custodia es el plan primario;

- si el padre o la madre con custodia legal del Niño se ha vuelto a casar, el plan que cubre al Niño como Dependiente del padre o la madre con custodia legal es el plan primario;
- si existe un decreto judicial que establezca la responsabilidad financiera de los gastos médicos, dentales u otros gastos de atención a la salud del Niño, el plan primario es el plan que cubre al Niño como Dependiente del padre o la madre así mencionado en el decreto.

Estas reglas pueden ajustarse caso por caso, a discreción del Plan, si entran en conflicto con las reglas del otro plan o la ley aplicable.

¿Cómo se coordinan los beneficios de este plan con una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) y una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)?

Si usted o sus Dependientes están cubiertos por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) o una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) y ese plan de atención a la salud grupal es primario para los propósitos de estas reglas de Coordinación de Beneficios, debe utilizar todas las alternativas de atención a la salud disponibles para usted a través de la HMO o PPO antes de que este Plan honre cualquier reclamo de beneficios.

¿Cómo se coordinan los Beneficios de este Plan con Medicare?

Al cumplir 65 años de edad, al obtener un beneficio por discapacidad del Seguro Social o si le diagnostican Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, por sus siglas en inglés), será elegible para beneficios de seguro hospitalario ("Parte A") y seguro médico ("Parte B") bajo Medicare. Aplican diferentes reglas de coordinación de beneficios dependiendo de si participa en el Plan como Participante Activo o Jubilado y según el motivo por el cual es elegible para Medicare.

¿Cuáles son las reglas especiales sobre la Coordinación de Beneficios con Medicare?

1. La regla general es que, mientras permanezca cubierto por este Plan como Participante Activo, este Plan es su Plan primario (y el de su Cónyuge). Medicare proporcionará cobertura secundaria. Usted o su Dependiente elegible para Medicare, debe presentar todos los reclamos de beneficios al Plan y a Medicare. El Plan pagará primero como primario. Medicare revisará estos mismos reclamos de beneficios y determinará si Medicare debe cubrir cualquier parte del reclamo de beneficios no cubierto por el Plan. Vea la Regla número 2 a continuación para revisar la excepción a esta Regla número 1.
2. La única excepción a la Regla número 1 anterior es que si usted es un Participante Activo o Jubilado y usted o su cónyuge u otro Dependiente elegible tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), el plan será primario durante los primeros treinta meses en que usted (o su Dependiente) sean elegibles para Medicare como resultado de ESRD, después de lo cual Medicare se convertirá en primario y el Plan será secundario. Después de los primeros treinta meses, este Plan se convertirá en secundario, ya sea que la persona con ESRD se inscriba o no en la cobertura de Medicare.
3. Si usted es un Participante Jubilado en el Plan y usted (o su dependiente) es elegible para Medicare, Medicare asumirá la responsabilidad principal de sus beneficios por atención médica (o los de su dependiente) y el plan proporcionará cobertura secundaria solamente, excepto según lo dispuesto en la Regla número 2 anterior.

NOTA: Usted o su Dependiente elegible son responsables de inscribirse en los programas de Medicare cuando usted o su Dependiente sean elegibles. Si no se inscribe en Medicare, no recibirá los beneficios adicionales que brinda. Además, es posible que no pueda inscribirse en el programa Medicare exactamente cuando finalice la cobertura de este Plan.

Recuerde que si (a) tiene cobertura como Participante Jubilado bajo este Plan y usted (o su Cónyuge) tiene 65 años de edad o más, o tiene un beneficio por discapacidad del Seguro Social; o (2) si usted es un Participante Activo o jubilado y tiene ESRD (y la cobertura obligatoria de treinta meses del plan para ESRD ha expirado), el Plan procesará sus reclamos de beneficios como asegurador secundario, independientemente de si se inscribió o no en Medicare de manera oportuna.

¿Cómo me inscribo en el Programa Medicare?

Debe llamar o visitar una oficina de la Administración del Seguro Social durante el período de tres meses antes de cumplir 65 años de edad para obtener información sobre Medicare. También puede inscribirse por internet en www.ssa.gov/benefits/medicare. Si tiene preguntas acerca de la cobertura bajo este Plan o si necesita ayuda para comparar los beneficios que ofrece este Plan y Medicare, sírvase comunicarse con la Oficina del Fondo.

¿Cómo se coordinan los Beneficios de este Plan con CHAMPUS y Medicaid?

El Programa de Salud y Medicina Civil de los Servicios Uniformados (CHAMPUS, por sus siglas en inglés) y Medicaid son siempre el pagador secundario. Si usted está cubierto por este Plan y ya sea CHAMPUS o Medicaid, este Plan pagará los beneficios primero.

¿Cuáles son las reglas de Coordinación de Beneficios con respecto a los beneficios por medicamentos con receta de Medicare Parte D?

El Fondo coordinará los beneficios por medicamentos con receta para los Participantes Activos, según corresponda, con Medicare Parte D. El Fondo no coordinará los beneficios con Medicare Parte D para los Participantes Jubilados, ya que según las reglas del Plan, los beneficios por medicamentos con receta de este Plan se descontinuarán para cualquier Jubilado (incluidos cónyuges y dependientes) que se inscriban en Medicare Parte D.

Reembolso y subrogación de recuperación de terceros

Este Plan paga beneficios si un tercero lo lesiona directa o indirectamente a usted o su Dependiente, solo en la medida en que usted o su Dependiente no reciba ningún pago o recuperación de otra fuente. El Plan no está obligado a pagarle a usted ni a su Dependiente ningún beneficio por una enfermedad o lesión por la cual un tercero pueda ser responsable. Sin embargo, el Plan puede adelantar beneficios para usted o su Dependiente mientras se determina la responsabilidad de un tercero. Debe notificar al Plan por escrito tan pronto como usted o su Dependiente presenten un reclamo contra una tercera persona o entidad y la Oficina del Fondo le solicitará que firme un acuerdo de Reembolso y Subrogación antes de que se pague cualquier beneficio. Si usted o su Dependiente están representados por un abogado, su abogado también debe firmar el acuerdo de Reembolso y Subrogación. Si usted, su Dependiente, si corresponde, o su abogado se niega a firmar un acuerdo de Reembolso y Subrogación, el Plan puede retener el pago de cualquier beneficio como resultado de una lesión o enfermedad causada por un tercero y puede recuperar por compensación o demanda cualquier monto ya pagado.

Al aceptar los beneficios del Fondo, la persona lesionada acepta además que el Fondo tendrá un derecho de retención equitativo sobre dicha recuperación en la medida de los reclamos de los beneficios médicos pagados por el Fondo, y la persona lesionada acepte cooperar plenamente con el Plan en relación con cualquier reclamo de beneficios presentado por el Plan para recuperar sus intereses de reembolso. Debe avisar oportunamente al Fondo tan pronto como reciba un reembolso. Dicho reembolso se considerará un activo del plan hasta el monto que le haya pagado el Fondo y deberá reembolsársela al Fondo conforme a esta disposición.

Reembolso

Si el Plan le paga beneficios a usted o su Dependiente por cualquier lesión, enfermedad, gasto o pérdida causada por un tercero, el Plan requiere el reembolso en su totalidad por un monto que no exceda el monto de los beneficios pagados o el reembolso. En el caso de que tenga tal pérdida y usted o su Dependiente recupere un monto de la otra persona o entidad o de cualquier fuente, como su propia póliza de seguro o la de otro, usted o su Dependiente debe reembolsar al Plan la cantidad total de beneficios que el Plan le ha pagado a usted o a su Dependiente o en su nombre o el de su Dependiente. Usted o su Dependiente deben reembolsar al Plan el

primer dólar de cualquier reembolso que usted o su Dependiente reciban, independientemente de cómo se caracterice, ya sea que se caracterice como compensatorio, punitivo, dolor y sufrimiento, angustia mental, especial o cualquier otro tipo de daño. Usted o su Dependiente deben reembolsar al Plan el monto total de los beneficios recibidos, comenzando con el primer dólar que recupere, sin reducción por los honorarios o costos de los abogados, e independientemente de si se le pagó la totalidad del reembolso o no. El Plan no está obligado a pagar ni renunciar a ningún reembolso para pagar los honorarios de su abogado o el de su Dependiente, sin embargo, la Junta Directiva puede acordar asignar una parte del monto del reembolso adeudado a los honorarios del abogado en función de factores tales como el monto del reembolso, la razonabilidad de los honorarios y si son proporcionales a la cantidad recuperada, si los honorarios se han reducido en respuesta al reembolso y las otras cantidades adeudadas por usted o su Dependiente, como resultado de la lesión o enfermedad. Usted o su Dependiente debe presentar una solicitud por escrito a la Junta Directiva y recibir la aprobación por escrito antes de que se deduzcan los montos por honorarios de abogados.

Usted o su Dependiente debe reembolsar el Plan primero, en la medida legalmente permitida, independientemente de cualquier otra deuda o responsabilidad pendiente adeudada a cualquier otra persona o tercero en relación con la enfermedad, lesión o pérdida. Además, todos y cada uno de los montos recuperados, hasta el monto total de los beneficios pagados por el Plan, se deben reembolsar al Plan independientemente de que usted o su Dependiente haya recuperado o no todos los gastos ocasionados por sus lesiones o enfermedades. Si usted o su Dependiente no reembolsa al Plan los montos recuperados, el Plan puede entablar una demanda para cobrar los montos adeudados o puede suspender los pagos de beneficios adicionales para usted o su Dependiente o puede compensar los montos pagados con los pagos o derechos de beneficios futuros hasta que todas las cantidades pagadas se recuperan. El Plan también tiene derecho a los honorarios y costos de abogados gastados en el cobro de las cantidades que usted no reembolse por error.

Subrogación

El Plan puede solicitar que usted o su Dependiente asignen o subroguen su reclamo o el de su Dependiente o cualquier otro derecho de recuperación al Plan. Usted y, si corresponde, su Dependiente, debe cooperar plenamente con el Plan en relación con cualquier reclamo presentado por el Plan para recuperar su interés asignado o subrogado. Si usted o su Dependiente no coopera o si usted o su Dependiente toma alguna medida que dañe el interés subrogado del Plan, el Plan tiene derecho a suspender el pago de cualquier beneficio relacionado con la lesión o enfermedad causada por un tercero y recuperarse de usted o su Dependiente la cantidad de beneficios del Plan ya pagados. El Plan puede presentar una demanda contra usted o su Dependiente para cobrar los pagos ya realizados, o puede compensar cualquier pago de beneficios futuros que de otro modo se le deba a usted o a sus Dependientes, así como la cantidad de beneficios ya pagados a usted y puede además recuperar los costos y honorarios de abogados incurridos.

DEFINICIONES

Participante Activo se refiere a una persona que participa en el Plan porque actualmente está empleado activamente y por la cual un Empleador participante hace aportaciones al Plan, incluida la participación a través de una cobertura extendida debido a un banco de horas, servicio militar, pago personal (pero no COBRA) o extensión de elegibilidad de emergencia (debido a una discapacidad o lesión cubierta por la Indemnización por Accidente de Trabajo).

Monto Permitido es el monto máximo que el Plan pagará por un servicio cubierto. Para reclamos dentro de la red, el Monto Permitido es el monto negociado con el proveedor por CareFirst, el proveedor de la red PPO, por el servicio prestado. Para reclamos de beneficios fuera de la red, el Monto Permitido es el monto promedio cobrado por los proveedores dentro de la red por los mismos servicios dentro del código postal del proveedor fuera de la red (y cuando sea necesario para obtener una tarifa representativa, códigos postales circundantes, del proveedor fuera de la red). Para ciertos servicios prestados por proveedores fuera de la red, la fórmula anterior se puede ajustar cuando sea necesario para obtener una tarifa representativa.

Beneficiario significa una persona designada o considerada como designada por un Empleado para recibir un beneficio que puede ser pagadero bajo el Plan como resultado del fallecimiento del Empleado.

La Junta Directiva, la Junta y los Fideicomisarios son aquellas personas, y sus sucesores, que están designados de conformidad con el Acuerdo de Fideicomiso para tener, como organismo, plena autoridad y discreción para operar y administrar este Plan.

Hijo(s) son sus Hijos menores de 26 años para quienes se ha proporcionado la documentación adecuada, que incluye:

- sus hijos biológicos
- sus Hijastros
- sus hijos de cuidado temporal legalmente colocados
- sus Hijos legalmente adoptados e Hijos puestos bajo su cuidado para propósitos de adopción. Si adopta un hijo desde el nacimiento, el Hijo es considerado como un Dependiente desde el nacimiento.

Después de que un Hijo haya alcanzado el límite de edad establecido anteriormente, él o ella continuará siendo un Dependiente elegible solo si el Hijo no está casado y está totalmente discapacitado y, por lo tanto, se lo considera un Hijo discapacitado (consulte las definiciones a continuación).

El Plan honrará una Orden de Apoyo Médico Calificado Infantil (QMCSO, por sus siglas en inglés) debidamente presentada y aplicable al Plan. Una QMCSO es una orden emitida bajo la ley estatal que crea o reconoce la existencia del derecho del hijo del Participante a recibir beneficios bajo un plan de atención a la salud grupal, y que satisface ciertos requisitos legales adicionales, como no exigir que un plan brinde cualquier tipo o forma de beneficios no provisto de otra manera bajo el Plan. Al recibir dicha orden, el Fondo determinará, dentro de un período de tiempo razonable, si la orden es calificada, de acuerdo con la política escrita del Fondo sobre QMCSO, cuya copia está disponible en la Oficina del Fondo.

Acuerdo de Negociación Colectiva significa un contrato o acuerdo celebrado entre el Sindicato, o cualquier entidad con la cual el Sindicato esté afiliado, y un Empleador, que cubre salarios, horarios de trabajo y condiciones de empleo.

Centro de Enfermería para Convalecientes es una institución que opera legalmente para el cuidado y tratamiento de personas convalecientes de una enfermedad o lesión, que proporciona servicios de enfermería con alojamiento y comida

las 24 horas por enfermeras con licencia y está bajo la supervisión a tiempo completo de un médico con licencia o una enfermera graduada registrada.

Copago significa un monto fijo en dólares que se le cobra por ciertos servicios cubiertos.

Coseguro significa el porcentaje del total de los gastos cubiertos en exceso del Deducible y que el Participante es responsable de pagar.

Empleo Cubierto significa empleo por el cual se deben hacer aportaciones y que se deben pagar al Plan.

Gastos Cubiertos son los cargos incurridos por o en nombre de un Participante o un dependiente elegible por los beneficios cubiertos por el Plan, incluidos los médicos, los medicamentos con receta, gastos de atención dental y de la vista, según lo establecido en este SPD, y que pueden modificarse o ajustarse periódicamente, hasta el Monto Permitido.

Deducible. En cada año calendario, usted y cada miembro de su familia deben pagar una cierta cantidad en dólares por ciertos Gastos Cubiertos. Este gasto “de su propio bolsillo” se llama “Deducible”. El Deducible se satisface para toda una familia cuando la familia cumple con pagar el deducible familiar máximo como se muestra en la Lista de Beneficios.

Dependientes son el Cónyuge y los Hijos de un Empleado inscrito en el Plan que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos en este folleto, que están debidamente inscritos en el Plan y que cumplen con la definición de Cónyuge e Hijo(s) como se describe en el Plan.

Hijo Discapacitado. Un Hijo Discapacitado se refiere a un Hijo Dependiente cubierto, que se considera totalmente discapacitado (como se define a continuación) y:

- vive con el Empleado durante más de la mitad del año y no proporciona más de la mitad de su propio apoyo; o
- depende del Empleado por más de la mitad de su sostén financiero.

Para estar cubierto por esta disposición, el Hijo debe haber quedado discapacitado por completo antes de la fecha en que la elegibilidad a los 26 años hubiera de otra manera cesado. Debe presentarse prueba de Total Discapacidad al Administrador del Plan.

La elegibilidad para un Hijo Discapacitado continuará mientras el niño continúe Totalmente Discapacitado. La Junta Directiva puede apoyarse en la evidencia de que un Hijo ha sido declarado como Dependiente a partir de la declaración de impuestos del Empleado o cualquier otra evidencia que la Junta Directiva considere necesaria. Para una cobertura continua después de los 26 años, se debe presentar una prueba de que el Hijo Discapacitado continúa Totalmente Discapacitado. La Junta Directiva se reserva el derecho de rescindir la cobertura de cualquier persona que no presente evidencia adecuada de elegibilidad continua. Será a discreción exclusiva de la Junta Directiva determinar qué evidencia es suficiente para probar que el Hijo es un Hijo Discapacitado.

Empleado es una persona que trabaja en un Empleo Cubierto según los términos de un Acuerdo de Negociación Colectiva y que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en este folleto.

Empleador es un Empleador que realiza aportaciones al Plan en nombre de un Empleado bajo los términos de un Acuerdo de Negociación Colectiva o un acuerdo de participación.

ERISA significa la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974, como está actualmente promulgada y según pueda ser periódicamente modificada, junto con sus normas y reglamentos.

Oficina del Fondo se refiere a la oficina mantenida por Zenith American Solutions, o cualquier administrador tercero sucesor, en nombre del Fondo.

Agencia de Atención Médica Domiciliaria significa una agencia u organización que proporciona un programa de atención médica domiciliaria después de la hospitalización y que cumple con los requisitos establecidos por la Junta Directiva o sus agentes a su exclusivo criterio.

Plan de Atención Médica Domiciliaria se refiere a un programa de atención y tratamiento continuos realizado por una Agencia de Atención Médica Domiciliaria y establecido y aprobado por el médico a cargo del tratamiento en lugar de la hospitalización.

Centro de Cuidados Paliativos es una instalación en la que las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los pacientes con enfermedades terminales y sus familias se abordan a través de un programa coordinado e interdisciplinario de paliativos, duelo y otros servicios y que cumplen con los requisitos establecidos por la Junta Directiva o su agente en a su exclusivo criterio.

Hospital es una institución que se dedica principalmente a proporcionar a sus pacientes, por un pago, servicios médicos, diagnósticos, servicios terapéuticos y quirúrgicos para el cuidado y tratamiento de pacientes heridos y enfermos, en calidad de pacientes internos y que proporciona dichos servicios bajo la supervisión de un personal de médicos debidamente calificados, con servicio continuo de enfermería las 24 horas por parte o bajo la supervisión de al menos una enfermera graduada registrada. El término incluye Hospitales acreditados por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, así como hospitales, hospitales psiquiátricos y hospitales antituberculosis según lo definido por Medicare y que son elegibles para participar y recibir beneficios de Medicare. El término no incluye una institución que sea, excepto incidentalmente, un lugar de descanso, un hogar de ancianos o un centro de tratamiento de alcoholismo.

Instalación hospitalaria para cirugía ambulatoria significa una instalación operada por un hospital con el propósito de realizar una cirugía que no requiere hospitalización nocturna y que cumple con los requisitos establecidos por la Junta Directiva, a su exclusivo criterio.

Compañía de Seguros se refiere a la organización u organizaciones con las que la Junta Directiva contrata la prestación de ciertos beneficios bajo el Plan.

Unidad de Cuidados Intensivos significa una sección, sala o un ala dentro de un Hospital, que está separada de otras instalaciones y que contiene suministros y equipos especiales necesarios para el tratamiento de pacientes críticos que requieren observación constante por parte de enfermeras tituladas registradas u otro personal del Hospital altamente capacitado.

Separación Legal incluye un divorcio limitado que se puede otorgar en el estado de Maryland, los divorcios de cama y comida (Bed and Board Divorces) que se pueden otorgar en el estado de Virginia y separaciones formales según lo evidenciado por las partes del matrimonio que firman un acuerdo de separación por escrito.

Emergencia Médica significa una afección médica de emergencia que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) que el paciente razonablemente prevé que, en ausencia de atención médica inmediata, puede colocar al paciente (o un niño no nacido con respecto a una mujer embarazada) en grave peligro, deterioro grave de las funciones corporales o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Medicare son los beneficios provistos bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social de 1965, según sus enmiendas.

Farmacia Participante significa un dispensador de fármacos y medicamentos debidamente autorizado con el cual la Junta Directiva contrata, ya sea directamente o a través de un Administrador de Beneficios de Farmacia, para la provisión de medicamentos con receta cubiertos bajo los términos de este Plan.

Médico significa un médico (MD), médico osteópata (DO), oftalmólogo, optometrista, dentista, psiquiatra, podólogo, quiropráctico o trabajador social con licencia de la autoridad estatal bajo la cual ejerce, así como cualquier otro proveedor de atención médica que actúe dentro del alcance de su licencia o certificación bajo la ley estatal aplicable.

Plan significa el Fondo de Fideicomiso de Iron Workers Local No. 5, Washington, D.C., también denominado “Plan de Atención a la Salud y Bienestar del Fondo de Fideicomiso de Iron Workers Local No. 5” según lo establecido en el Acuerdo de Fideicomiso y que se resume en este folleto.

Pago Personal significa una aportación personal pagada directamente al Fondo para mantener la cobertura.

Cónyuge significa la persona con quien el Empleado participante está legalmente casado bajo las leyes dentro de la jurisdicción en la que tuvo lugar el matrimonio, siempre que el Empleado y la persona no estén legalmente separados.

Discapacidad Total significa una discapacidad que comienza después de la fecha en que la cobertura entra en vigencia bajo este Plan y que resulta de una lesión o enfermedad corporal que:

- en el caso de un Empleado, evita totalmente que la persona participe en cualquier negocio u ocupación y realice cualquier trabajo para obtener una compensación o ganancia;
- en el caso de un Dependiente, evita totalmente que la persona sea capaz de mantener un empleo autosuficiente por razón de discapacidad mental o física y realizar las actividades normales de una persona de la misma edad y sexo.

Sindicato significa Local Union No. 5 de la International Association of Bridge, Structural, Ornamental and Reinforcing Iron Workers.

PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO DE BENEFICIOS O APELACIÓN DE BENEFICIOS

Información general acerca de cómo presentar un Reclamo inicial de Beneficios

1. Actualmente la mayoría de los reclamos de beneficios se envían electrónicamente tanto por los proveedores de atención médica participantes como no participantes. Sin embargo, en aquellas ocasiones en que sea necesario presentar un reclamo en papel porque el proveedor de atención no lo hará en su nombre, solicite los formularios de reclamo de beneficios a la Oficina del Fondo. La Oficina del Fondo tiene formularios de reclamo de beneficios para presentar reclamos por atención médica, dental, de la vista o de medicamentos con receta, si es necesario.
2. Cada formulario de reclamo de beneficios debe ser firmado por el Participante o Empleado elegible.
3. La mayoría de los reclamos de beneficios requieren documentación de respaldo de un médico, hospital u otro proveedor de servicios. Adjunte a su formulario de reclamo de beneficios toda la documentación de servicios, recibos y facturas de médicos u hospitales.
4. Recuerde que cualquier hospitalización para pasar la noche, excepto en los casos de (1) una emergencia, o (2) la admisión de maternidad que requerirá no más de dos días para el parto normal o cuatro días para el parto por cesárea, requiere que usted obtenga la aprobación del Plan a través de la certificación previa. Las hospitalizaciones de emergencia se deben informar dentro de las 48 horas. (Consulte la pregunta y la respuesta relacionadas con la certificación previa en la sección titulada "Cómo funciona el plan").

5. Envíe por correo todos los formularios de reclamos de beneficios a la Oficina del Fondo a la dirección siguiente:

Iron Workers Local No. 5 Health Fund
c/o Zenith American Solutions, Inc.
3 Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200
Pittsburgh, PA 15222

Si los necesita, los números de teléfono del Fondo son:

Teléfono: (800) 242-8923

Fax: (412) 395-0002

Guarde una copia

Siempre es una buena idea guardar copias de sus facturas por gastos médicos. Debe mantener registros separados de gastos médicos, deducibles y beneficios máximos, ya que se aplican a cada persona cubierta en su familia.

6. Los reclamos de beneficios deben presentarse para su pago dentro del año posterior a la fecha en que se prestó el servicio. Los reclamos de beneficios presentados después de esta fecha no serán elegibles para pago o reembolso por parte del Plan.
7. Sírvase tener en cuenta que, excepto cuando existan circunstancias atenuantes, como una emergencia, una consulta verbal (como una llamada telefónica) a la Oficina del Fondo para averiguar si un determinado servicio está cubierto por el Plan o una solicitud verbal de que un servicio sea cubierto no será tratado como un reclamo válido de beneficios que requiere una respuesta por escrito de la Oficina del Fondo. Tampoco dicha consulta o solicitud, ya sea verbal o por escrito, se considerará un reclamo válido de beneficios si se hace o se presenta a alguien (incluso a un Fiduciario) que no sea la Oficina del Fondo.
8. Puede designar a un representante para que actúe en su nombre al presentar el reclamo de beneficios o para una apelación del rechazo de un reclamo u otra determinación adversa. Si la Oficina del Fondo o la Junta Directiva no están seguras si ha designado o no a un representante, cualquiera de las dos podrá solicitarle que indique tal designación por escrito y podrá declinar comunicarse con una tercera persona que reclame ser un representante hasta recibir tal designación por escrito. Sin embargo, usted no puede asignar su reclamo o apelación a un tercero.

9. Tanto en la determinación de los reclamos iniciales como en la decisión de apelaciones, el Fondo hará todas las determinaciones de conformidad con el documento, políticas y reglas del Plan y aplicará de manera coherente las disposiciones del Plan, en la medida que sea razonable, con respecto a reclamantes en situaciones similares.
10. Ni el reclamante ni su representante tienen derecho a una audiencia u otra comparecencia personal ante la Oficina del Fondo o ante la Junta Directiva para presentar un reclamo de beneficios o apelación.
11. A través de los procedimientos descritos a continuación, hay varios límites de tiempo dentro de los cuales un reclamante debe presentar un reclamo o apelación y dentro de los cuales el Fondo o la Junta Directiva debe emitir una decisión sobre tal reclamo o apelación. El Fondo o la Junta Directiva puede acordar extender los límites de tiempo dentro de los cuales el reclamante debe presentar los documentos y el reclamante puede aceptar extender cualquier límite de tiempo dentro del cual el Fondo o la Junta Directiva debe emitir una decisión. El acuerdo para extender un límite de tiempo debe ser de conocimiento de ambas partes, explícito y confirmado por escrito antes de que venza el período en cuestión. Además, el Fondo puede, sin acuerdo, extender sus límites de tiempo para responder a un reclamo de beneficios o apelación, según lo permitido por la ley, mediante notificación por escrito al reclamante.

Según las reglas adoptadas por los Junta Directiva, si no está de acuerdo con una decisión del Fondo y desea presentar una demanda contra el Fondo o la Junta Directiva, debe presentar el reclamo dentro de los dos años posteriores a la denegación de una apelación interna final. Si no presenta un reclamo dentro de este período, renunciará al mismo para siempre.

Reclamos de Beneficios por Medicamentos con Receta

Con algunas excepciones, la mayoría de los reclamos de medicamentos con receta se procesan en una farmacia. En general, como se describe a continuación en la sección de apelaciones, CVS Caremark será responsable de escuchar las apelaciones de denegaciones de reclamos del beneficio de medicamentos con receta.

Reclamos y Apelaciones de los Beneficios de Atención a la Salud Grupal

Para presentar un reclamo de beneficios por atención médica, dental, de la vista, discapacidad u otros beneficios de atención a la salud grupales importantes, debe seguir los procedimientos establecidos anteriormente. La Oficina del Fondo procesará su reclamo de beneficios y le notificará si se pagará o no. El plazo en el que se procesará su reclamo de beneficios, y cualquier apelación que presente, dependerá, en gran parte, de la naturaleza de su reclamo, por ejemplo, por atención urgente, previa al servicio, posterior al servicio o concurrente. Los límites de tiempo y otras reglas se establecen en esta subsección.

Definiciones aplicables

Para entender cómo se procesará su reclamo de beneficios o apelación, es importante que comprenda cómo se clasificarán los reclamos. A continuación se detalla una definición o explicación de cada categoría que utilizará el Plan:

Reclamo de Beneficios por Atención Urgente

Este es un reclamo de beneficios que (1) implica atención médica de emergencia necesaria de inmediato con el fin de evitar un grave peligro para su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima; o (2) en opinión de un médico con conocimiento de su afección médica lo sometería a un dolor severo si su reclamo no fuera tratado en un plazo de tiempo de “atención urgente” descrito a continuación. La determinación de si su reclamo implica atención urgente la hará una persona que actúa en nombre del Plan, la cual aplicará el conocimiento de un lego promedio acerca de la salud y medicina.

Si un Médico con conocimiento de su afección médica determina que su reclamo implica atención urgente, el Plan tratará su reclamo como uno de atención urgente.

Reclamo de beneficios previo al servicio

Este es cualquier reclamo que condiciona la recepción de un beneficio, en su totalidad o en parte, a la aprobación previa del beneficio. La certificación previa para hospitalización es un ejemplo de un reclamo previo al servicio.

Reclamo de beneficios posterior al servicio

Este es cualquier reclamo de beneficios que no es un reclamo previo al servicio. En este tipo de reclamo, usted solicita el reembolso después de que recibió la atención médica. La mayoría de los reclamos de beneficios que presente serán reclamos posteriores al servicio.

Reclamo de beneficios por atención concurrente

Este es cualquier reclamo para extender el tratamiento más allá del período de tiempo o número de tratamientos que el Plan ya aprobó como tratamiento continuado a ser administrado durante un período de tiempo o por un número de veces. Un reclamo de beneficios por atención concurrente puede ser un reclamo de atención urgente, un reclamo previo al servicio o un reclamo posterior al servicio.

Reclamos de beneficios incompletos

Un reclamo de beneficios se considerará incompleto si no proporciona información suficiente para que el Plan determine si su reclamo está cubierto por el Plan y en qué medida lo está. Esto incluye la falta de comunicación verbalmente o, si se solicita o se requiere, por escrito, con una persona que normalmente maneja asuntos de beneficios para el Fondo, como su nombre, sus afecciones médicas o síntomas específicos y el tratamiento o servicio específico para el que solicita aprobación.

Reclamos de beneficios por discapacidad

Los reclamos de beneficios por discapacidad, que incluyen beneficios semanales por accidentes no ocupacionales y enfermedad y beneficios suplementarios de indemnización por accidente de trabajo, generalmente se manejarán como reclamos médicos posteriores al servicio. Sin embargo, hay algunos períodos de tiempo especiales que se aplican al procesamiento de un reclamo de beneficios por discapacidad.

Apelación interna

Una apelación presentada y escuchada por la Junta Directiva o, en el caso de una denegación de un beneficio relacionado con un medicamento con receta, una apelación presentada y escuchada por CVS Caremark.

Apelación externa

Una apelación de una decisión tomada por la Junta Directiva o CVS Caremark que involucra un reclamo de beneficios que requiere juicio médico. Dichos reclamos incluyen una decisión sobre si un tratamiento es médicamente necesario o experimental. Las apelaciones externas las escucha una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés).

Notificación de la Determinación Inicial de Beneficios

Reclamo de Beneficios por Atención Urgente

El Fondo le notificará si su reclamo es aprobado o denegado tan pronto como sea posible pero no después de 72 horas de recibir su reclamo, a menos que su reclamo esté incompleto. El Fondo le notificará tan pronto como

sea posible si su reclamo está incompleto, pero no después de 24 horas de recibir su reclamo. El Fondo puede notificarle oralmente, a menos que usted solicite notificación por escrito. Usted tendrá 48 horas para proporcionar la información especificada. Después de recibir la información adicional, el Fondo le notificará su determinación tan pronto como sea posible, dentro de la fecha primera entre las 48 horas después de recibir la información, o el fin del período durante el cual usted debe proporcionar la información.

Reclamo de beneficios previo al servicio

El Fondo le notificará si su reclamo fue aprobado o denegado dentro de un plazo razonable, pero no más tarde de 15 días después de recibir su reclamo. Este período puede extenderse por 15 días más si debido a circunstancias especiales fuera del control del Fondo se requiere tiempo adicional para procesar su reclamo. Si se necesita una extensión, el Fondo le notificará antes del vencimiento del período inicial de 15 días sobre las circunstancias que requirieron una extensión y la fecha en la cual el Fondo espera llegar a una decisión. Si el Fondo necesita una extensión porque usted presentó un reclamo incompleto, el Fondo le notificará dentro de un plazo de 5 días de recibir su reclamo. Esta notificación describirá la información necesaria para tomar una decisión. Si el Fondo necesita más información suya, el tiempo que necesite para tomar una decisión sobre su reclamo se contará a partir de la fecha en que se le envíe la notificación de la extensión hasta la fecha en que responda a la solicitud.

Reclamo de beneficios posterior al servicio

El Fondo le notificará su determinación dentro de un plazo razonable, pero no más tarde de 30 días después de recibir su reclamo. Este período puede extenderse por 15 días más si debido a circunstancias especiales fuera del control del Fondo se requiere tiempo adicional para procesar su reclamo. Si se necesita una extensión, el Fondo le notificará antes del vencimiento del período inicial de 15 días sobre las circunstancias que requirieron una extensión y la fecha en la cual el Fondo espera llegar a una decisión. Si el Fondo necesita una extensión debido a que usted no presentó la información necesaria para tomar una decisión sobre el reclamo, la notificación también describirá la información que necesita el Fondo para tomar una decisión. Usted tendrá 45 días después de recibir esta notificación para proporcionar la información especificada. Si el Fondo necesita más información suya, el tiempo que necesite para tomar una decisión sobre su reclamo se contará a partir de la fecha en que se le envíe la notificación de la extensión hasta la fecha en que responda a la solicitud.

Reclamo de beneficios por atención concurrente

Si el Fondo ha aprobado un tratamiento continuado a ser provisto durante un período de tiempo, le notificará con anticipación si hay alguna reducción en el tratamiento o la terminación del mismo. Si usted presenta un reclamo para extender el tratamiento y dicho reclamo implica atención urgente, el Fondo le notificará su determinación en un plazo de 24 horas después de recibir su reclamo, siempre que el Fondo reciba su reclamo por lo menos 24 horas antes del vencimiento del tratamiento. Si el reclamo no implica atención urgente, la solicitud se decidirá en el plazo apropiado, dependiendo de si es un reclamo previo al servicio o posterior al servicio.

Reclamos de beneficios por discapacidad

El Fondo le notificará su determinación dentro de un plazo razonable, pero no más tarde de 45 días después de recibir su reclamo. Este período puede extenderse hasta dos períodos adicionales de 30 días por circunstancias fuera del control del Fondo si la Oficina del Fondo le notifica de las extensiones antes del vencimiento del período inicial de 45 días y el período de extensión de 30 días, respectivamente. Toda notificación de extensión

indicará las circunstancias que requieren una extensión, la fecha en la cual se espera que el Fondo llegue a la decisión, los estándares en los que se basa el derecho al beneficio, los problemas irresueltos que requieren una extensión, y la información adicional necesaria, si la hubiere, para resolver dichos problemas. Si el Fondo necesita más información suya, el tiempo que necesite para tomar una decisión sobre su reclamo se contará a partir de la fecha en que se le envíe la notificación de la extensión hasta la fecha en que responda a la solicitud.

Se proporcionará al reclamante, de forma gratuita y antes de que se emita una determinación adversa de beneficios, (a) cualquier evidencia nueva o adicional considerada, generada o utilizada por el Plan con respecto a la reclamación, y (b) cualquier razón nueva o adicional en la que se basará la determinación adversa de beneficios. La evidencia o justificación nueva o adicional debe proporcionarse lo antes posible, y lo suficientemente antes de que se deba emitir una determinación adversa de beneficios, para dar al reclamante una oportunidad razonable de responder a la nueva información antes de que se emita la determinación adversa de beneficios.

Aviso de rechazo de un Reclamo de Beneficios

Si se rechaza cualquier reclamo de beneficios descrito anteriormente, en su totalidad o en parte, el Fondo (o una persona o entidad que actúe en nombre del Fondo) le enviará un aviso por escrito que le proporcionará la siguiente información:

1. información suficiente para identificar el reclamo involucrado, incluida la fecha del servicio, el nombre del proveedor de atención a la salud, el monto del reclamo (si corresponde) y una declaración que describa la disponibilidad, previa solicitud, del código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el código de tratamiento y su correspondiente significado. El Plan proporcionará, tan pronto como sea posible, previa solicitud, el código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el código de tratamiento y su significado correspondiente;
2. la razón específica o las razones para la denegación u otra determinación adversa, incluido el código de denegación y su significado correspondiente, y, si corresponde, una descripción de la norma utilizada para denegar el reclamo de beneficios. Esta descripción también debe incluir una explicación de la decisión;
3. una referencia a las disposiciones pertinentes del Plan sobre las que se basa la determinación;
4. las reglas internas, pautas, protocolos u otros criterios similares sobre los que se base para hacer la determinación adversa o una declaración de que tiene derecho a una copia de dicha regla, directriz, protocolo u otro criterio similar, sin cargo, previa solicitud;
5. una explicación de cualquier material o información adicional que pueda ser útil para que su reclamo sea aprobado, con una explicación de por qué esa información es necesaria o puede ayudar;
6. si la determinación adversa se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o exclusión o límite similar, se le proporcionará ya sea una explicación del juicio científico o clínico de tal determinación, o una declaración de dicha explicación sin costo, previa solicitud.
7. una descripción de todos los procesos de apelación interna y revisión externa disponibles, incluida la información sobre cómo iniciar una apelación y los plazos aplicables a los procedimientos, incluida una declaración del derecho del reclamante a iniciar una acción civil conforme a la sección 502 (a) de ERISA después de recibir una determinación adversa de beneficios tras la revisión;
8. divulgación de la disponibilidad e información de contacto de cualquier oficina o mediador disponible para ayudar a las personas con reclamos internos y procesos de revisión externa y de apelación;

9. confirmación de que el Plan continuará brindando cobertura al reclamante en espera del resultado de su revisión y apelación internas. Esto significa que el Plan no reducirá ni cancelará la cobertura de un tratamiento continuo sin una oportunidad de revisión anticipada. Para reclamos de atención urgente, el Plan permitirá que las personas bajo tratamiento lleven a cabo una revisión externa acelerada al mismo tiempo que el proceso de apelaciones internas;
10. una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos y registros sobre los que se basa la determinación adversa de beneficios; y
11. En caso de una determinación adversa de un beneficio que implique un reclamo de atención urgente, la notificación también describirá los períodos más cortos de tiempo necesarios para revisar los reclamos de atención urgente. Además, en caso de un reclamo de atención urgente, la notificación se le puede proporcionar oralmente, dentro de los plazos descritos anteriormente. El Fondo le enviará un aviso escrito en un plazo de 3 días posteriores a la notificación oral.

Su derecho a apelar

El período en el cual apelar

Si su reclamo de beneficios de atención a la salud grupal o de beneficios por discapacidad es rechazado, en su totalidad o en parte, puede solicitarle a la Junta Directiva que revise la negación de su beneficio. Su apelación por escrito debe presentarse dentro de los 180 días posteriores a la recepción del aviso de rechazo. En el caso de un reclamo de atención concurrente solamente, el Fondo le notificará con suficiente antelación la reducción del tratamiento o su terminación, lo que puede ser un período menor a 180 días, con el fin de permitir que usted presente su apelación y obtenga la revisión antes que se reduzca o termine el beneficio.

Apelaciones aceleradas por reclamos de beneficios por atención urgente

En caso de un reclamo de beneficios por atención urgente, puede solicitar, oralmente o por escrito, una revisión inmediata de una determinación adversa. Las comunicaciones entre usted y el Fondo o cualquier entidad a la que se le delegue la autoridad de la Junta Directiva para procesar sus reclamos, pueden hacerse por teléfono, fax, u otro medio similar.

Apelaciones de reclamos de beneficios previos al servicio

En el caso de los reclamos de beneficios previos al servicio (reclamos relacionados con la certificación previa para hospitalización), existen dos niveles de apelación. Tiene 180 días para presentar una apelación a American Health Holding. Tiene 60 días para presentar una apelación del primer nivel de decisión al segundo nivel a la Junta Directiva. Además, la apelación del primer nivel puede ser verbal. Sin embargo, si es verbal, debe haber una expresión clara de que la determinación adversa se apela con las razones por las que usted considera que tiene derecho al beneficio solicitado. El Plan puede requerir que se le proporcione la documentación en apoyo de su reclamo.

Apelaciones de reclamos de Beneficios por Medicamentos con Receta

Hay dos niveles de apelaciones de beneficios por medicamentos con receta; ambos niveles se procesan ante CVS Caremark.

Nivel 1 de Apelación de reclamos de Beneficios por Medicamentos con Receta. Tiene 180 días para presentar a CVS Caremark una apelación sobre el reclamo de beneficios por medicamentos con receta después de recibir un rechazo u otra decisión adversa de su reclamo.

Nivel 2 de Apelación de reclamos de Beneficios por Medicamentos con Receta. Tiene 180 días para presentar a CVS Caremark una apelación al Nivel 2 sobre el reclamo de beneficios por medicamentos con receta después de recibir un rechazo u otra decisión adversa de su reclamo al primer nivel. Si su reclamo involucra una necesidad médica u otra determinación de juicio médico, CVS Caremark lo remitirá a un especialista médico independiente para una determinación.

Nota: En algunos casos donde su apelación de Nivel 1 involucra un problema de necesidad médica u otra determinación que requiera juicio médico, CVS Caremark puede omitir el proceso de apelación de Nivel 1 y enviar

directamente su apelación para que pueda ser revisada de inmediato por un especialista médico independiente. En esos casos, su reclamo se someterá a un nivel de apelación solamente.

El contenido de su apelación

Su apelación por escrito debe indicar su nombre y dirección, la fecha del rechazo, el hecho de que usted está apelando el rechazo y las razones de su apelación. Deberá presentar todos los documentos que apoyen su reclamo. La revisión de su reclamo tomará en consideración todos los comentarios y documentos que apoyen su posición, aun cuando el Fondo no haya tenido esta información en el momento de la determinación inicial.

Esto no significa que usted deba citar todas las disposiciones del Plan que apliquen ni que tenga que presentar argumentos "legales". Sin embargo, debería establecer claramente por qué cree que tiene derecho al beneficio que reclama o por qué está en desacuerdo con la política, determinación o acción del Fondo. La Junta Directiva u otro organismo o entidad que considere su apelación podrá considerar mejor su posición si comprende claramente sus reclamos, razones y/u objeciones.

Dónde presentar su apelación

Su apelación (que excluye una apelación de reclamo previo al servicio de primer nivel pero que incluye una apelación de reclamo previo al servicio de segundo nivel) debe presentarse en la siguiente dirección:

Board of Trustees
Iron Workers Local No. 5 Health Fund
c/o Zenith American Solutions, Inc.
3 Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200
Pittsburgh, PA 15222

Una apelación de reclamo de beneficios por medicamentos con receta de primer nivel debe presentarse a:

Prescription Claim Appeals MC 109
CVS Caremark
P.O. Box 52084
Phoenix, AZ 85072-2084
Teléfono: (855) 619-9398
Fax: (866) 443-1172

Para solicitar una revisión acelerada de una apelación de beneficios por Atención Urgente:

Llame gratis al servicio de Atención al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación de beneficios o envíe su apelación por fax al (866) 443-1172.

Si los necesita, los números de teléfono del Fondo son:

Teléfono: (800) 242-8923
Fax: (412) 395-0002

Se debe presentar una apelación de reclamo previo al servicio de primer nivel (reclamos relacionados con la certificación previa para hospitalización) ante American Health Holding a:

American Health Holding- Appeals Dept.
7400 West Campus Road F-510

Acceso a la información

Después de recibir una determinación adversa de beneficios, usted tiene el derecho de recibir, previo pedido y sin costo, acceso razonable a la información relevante respecto a una determinación de reclamo y copias de ello. Comuníquese con la Oficina del Fondo acerca de esta información.

Puede solicitar una copia gratuita de los criterios o pautas utilizados por CVS Caremark para tomar una decisión y cualquier otra información relacionada con la determinación de su apelación de medicamentos con receta llamando al número gratuito (855) 619-9398.

Sin deferencia a decisiones anteriores

La revisión de la apelación será hecha por la Junta Directiva o el subcomité de la misma (o en el caso de un reclamo previo al servicio de American Health Holding y un reclamo de beneficios por medicamentos con receta de CVS Caremark), ninguno de los cuales será quien decidió el reclamo inicial de beneficios ni será subordinado de cualquier persona que decidió el reclamo inicial (o en el caso de un reclamo previo al servicio, la Junta o el subcomité de la misma no será quien decidió el primer nivel de apelación ni será subordinado de ninguna persona que decidió el primer nivel de apelación) .

La Junta o el subcomité que decida la apelación no dará deferencia a la denegación inicial o determinación adversa o, cuando corresponda, al primer nivel de apelación (y en el caso de un reclamo previo al servicio, American Health Holding no dará deferencia a la decisión inicial de negación o determinación adversa).

En el caso de un reclamo basado total o parcialmente en un juicio médico, incluidas decisiones basadas en determinaciones de si un tratamiento o medicamento es experimental, investigativo o médicamente necesario, solo será consultado un profesional de la salud que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de medicina, y quien no fue consultado en relación con el reclamo inicial ni es el subordinado de cualquier persona consultada para el reclamo inicial. Se identificarán a los expertos médicos o profesionales, cuyo consejo solicitó el Plan en relación con la denegación o determinación adversa.

Si no presenta una apelación oportunamente

Si no presenta la apelación oportunamente, ello significará la renuncia total de su derecho a apelar y la decisión del Administrador del Plan será final y vinculante.

Notificación de la decisión sobre una apelación

1. Plazo de la notificación

- a. **Reclamo de beneficios por atención urgente.** El Fondo (o CVS Caremark en el caso de una apelación de beneficios por medicamentos con receta) le notificará su decisión de una apelación de reclamo de beneficios por atención urgente lo antes posible, dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de revisión.
- b. **Reclamo de beneficios previos al servicio.** American Health Holding le notificará su determinación de una apelación de primer nivel de reclamo de beneficios previos al servicio dentro de un período

de tiempo razonable, a más tardar 15 días después de recibir su solicitud. El Fondo le notificará su determinación de una apelación al reclamo previo al servicio de segundo nivel dentro de un plazo razonable, pero no más de 15 días después de recibir su solicitud de revisión.

- c. **Reclamo de beneficios posterior al servicio.** En el caso de una apelación de reclamo de beneficios posterior al servicio, la Junta Directiva o un subcomité designado por la misma revisará su apelación en la reunión trimestral inmediatamente después de recibir su apelación, a menos que la Oficina del Fondo haya recibido su apelación dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la reunión. En este caso, se revisará su apelación en la reunión del segundo trimestre después de recibir la apelación. Sería conveniente que se comunique con la Oficina del Fondo respecto a la fecha de la próxima reunión de manera que pueda presentar su apelación a tiempo para que se escuche en esa reunión. Si circunstancias especiales requieren una extensión adicional de tiempo para que la Junta Directiva haga la revisión, se hará una determinación de beneficios no más tarde que la tercera reunión de la Junta Directiva después de recibir su apelación. Se le notificará por escrito antes de la extensión debido a las circunstancias que requieran dicha extensión y la fecha en la que la Junta Directiva espera llegar a una decisión. Usted recibirá una notificación por escrito o electrónica de la decisión de la Junta Directiva después de la revisión por parte de la misma en un plazo de 5 días de su decisión. Si la Junta Directiva necesita más información suya, el tiempo que necesite para tomar una decisión sobre su reclamo se contará a partir de la fecha en que se le envíe la notificación de la extensión hasta la fecha en que responda a la solicitud.
 - d. **Reclamo de beneficios por medicamentos con receta.** En el caso de una apelación posterior al servicio presentada ante CVS Caremark, recibirá una decisión sobre su apelación dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 60 días después de la recepción de su apelación. Sin embargo, si una circunstancia especial requiere más tiempo para considerar su apelación, el tiempo para decidir su apelación puede extenderse hasta 60 días. Se le proporcionará un aviso por escrito antes de que expire el período inicial de 60 días si se necesita más tiempo para decidir su apelación, y dicho aviso explicará por qué se necesita más tiempo y proporcionará una fecha en la que debe tomarse una decisión sobre su apelación.
 - e. **Apelaciones de reclamos de beneficios por discapacidad.** Los límites de tiempo para las apelaciones de reclamos posteriores al servicio indicados en el párrafo anterior aplican a las apelaciones de reclamos de beneficios por discapacidad.
2. **Contenido de la decisión sobre la apelación.** El Fondo le proporcionará un aviso escrito acerca de la determinación sobre la revisión. El aviso contendrá la información siguiente:
- a. información suficiente para identificar la apelación involucrada, incluida la fecha del servicio, el nombre del proveedor de atención a la salud, el monto del reclamo (si corresponde) y una declaración que describa la disponibilidad, previa solicitud, del código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el código de tratamiento y su correspondiente significado. El Plan proporcionará, tan pronto como sea posible, previa solicitud, el código de diagnóstico y su significado correspondiente, y el código de tratamiento y su significado correspondiente;
 - b. razón o razones específicas de la denegación u otra determinación adversa, incluido el código de denegación y su significado correspondiente, y, si corresponde, una descripción del estándar utilizado para denegar el reclamo, y para las determinaciones internas finales de beneficios adversos, esta descripción también debe incluir una explicación de la decisión;
 - c. una referencia a las disposiciones pertinentes del Plan sobre las que se basa la determinación;

- d. las reglas internas, pautas, protocolos u otros criterios similares sobre los que se base para hacer la determinación adversa o una declaración de que tiene derecho a una copia de dicha regla, directriz, protocolo u otro criterio similar, sin cargo, previa solicitud;
- e. una declaración de que tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante a su reclamo;
- f. si la determinación adversa se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o exclusión o límite similar, se le proporcionará ya sea una explicación del juicio científico o clínico de tal determinación, o una declaración de dicha explicación sin costo, previa solicitud.
- g. divulgación de la disponibilidad e información de contacto de cualquier oficina o mediador disponible para ayudar a las personas con reclamos internos y procesos de revisión externa y de apelación; y
- h. una declaración que informa al reclamante de su derecho a iniciar una acción civil bajo la sección 502 (a) de ERISA.

Procedimientos externos de apelaciones de reclamos de beneficios

En el caso de que un reclamante reciba una determinación interna final de beneficio adversa sobre un reclamo que se basa en un juicio médico, como una necesidad médica o una determinación de si un procedimiento es experimental, y desea apelar aún más la denegación de reclamos, el reclamante puede solicitar una revisión por parte de una organización de revisión externa independiente, llamada organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés). La decisión tomada por una IRO sobre una apelación de reclamos será vinculante para el reclamante y el Plan.

1. Revisión externa estándar

a. Solicitud de una revisión externa

Un reclamante puede presentar al Plan una solicitud por escrito para una revisión externa dentro de los cuatro meses posteriores a la fecha de recepción de un aviso de una determinación adversa de beneficios o una determinación final interna de beneficios adversa. Si no hay una fecha correspondiente cuatro meses después de la fecha de recepción de dicha notificación, entonces la solicitud debe presentarse antes del primer día del quinto mes siguiente a la recepción de la notificación.

b. Revisión preliminar

Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud de revisión externa, el Plan completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar si:

- i. El reclamante está o estaba cubierto por el Plan en el momento en que se solicitó el artículo o servicio de atención a la salud o, en el caso de una revisión retrospectiva, si estaba cubierto por el Plan en el momento en que se proporcionó el artículo o servicio de atención a la salud;
- ii. La determinación adversa de beneficios o la determinación adversa final de beneficios no se relaciona con el incumplimiento por parte del reclamante de los requisitos de elegibilidad según los términos del Plan;
- iii. El reclamante ha agotado el proceso de apelación interna del Plan, si es necesario; y
- iv. El reclamante ha proporcionado toda la información y los formularios necesarios para procesar una revisión externa. En el plazo de un día hábil después de la finalización de la revisión preliminar, el Plan emitirá una notificación por escrito al reclamante. Si la solicitud está completa pero no es elegible para revisión externa, dicha notificación incluirá los motivos de su no elegibilidad e información de contacto de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (número gratuito (866) 444-EBSA (3272)). Si la solicitud no está completa, dicha notificación describirá la información o los materiales necesarios para completarla, y el Plan permitirá que un reclamante perfeccione la solicitud de revisión externa dentro del período de presentación de cuatro meses o dentro del período de 48 horas siguientes a la recepción de la notificación, lo que ocurra más tarde.

c. Remisión a la Organización de Revisión Independiente (IRO)

El Plan asignará una IRO acreditada por URAC o por una organización de acreditación similar reconocida a nivel nacional para llevar a cabo la revisión externa. El Plan remitirá el reclamo a una de las tres (3) IRO con las que el Plan ha contratado dichas asignaciones y rotará las asignaciones de reclamos entre ellas. Las IRO con las que el Plan ha contratado no son elegibles para ningún incentivo financiero basado en la probabilidad de que la IRO respalde la denegación de beneficios.

- i. La IRO asignada utilizará expertos legales, cuando corresponda, para tomar determinaciones de cobertura bajo el Plan.
- ii. La IRO asignada notificará oportunamente al reclamante por escrito sobre la elegibilidad y aceptación de la solicitud para revisión externa. Este aviso incluirá una declaración que el reclamante puede presentar por escrito a la IRO asignada dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la notificación, información adicional que la IRO deberá considerar al realizar la revisión externa.
- iii. Dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha de asignación de la IRO, el Plan proporcionará a la IRO asignada los documentos y cualquier información considerada al hacer la determinación adversa de beneficios o la determinación final interna adversa de beneficios. El incumplimiento por parte del Plan de proporcionar oportunamente los documentos y la información no retrasará la realización de la revisión externa. Si el Plan no proporciona oportunamente los documentos y la información, la IRO asignada puede finalizar la revisión externa y tomar la decisión de revertir la determinación adversa de beneficios o la determinación final interna adversa de beneficios. Dentro del plazo de (1) día hábil después de tomar la decisión, la IRO notificará al reclamante y al Plan.
- iv. Al recibir cualquier información presentada por el reclamante, la IRO asignada deberá, dentro del plazo de un (1) día hábil, enviar la información al Plan. Al recibir dicha información, el Plan puede reconsiderar su determinación adversa de beneficios o su determinación final interna adversa de beneficios que es el tema de la revisión externa. La revisión externa puede finalizar como resultado de la reconsideración solo si el Plan decide, una vez completada su reconsideración, revertir su determinación adversa de beneficios o su determinación final interna adversa de beneficios y proporcionar cobertura o pago. Dentro del plazo de un (1) día hábil después de tomar tal decisión, el Plan deberá notificar por escrito su decisión al reclamante y a la IRO asignada. La IRO asignada entonces terminará la revisión externa al recibir dicha notificación del Plan.
- v. La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. Al llegar a una decisión, la IRO asignada revisará el reclamo "*de novo*" y no estará sujeta a ninguna conclusión o decisión o tomada durante el proceso interno de reclamos y apelaciones del Plan aplicable. Además de los documentos e información proporcionados, la IRO asignada, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles, y la IRO los considere apropiados, considerará lo siguiente al tomar una decisión:
 1. Los registros médicos del reclamante;
 2. La recomendación del profesional de atención a la salud que lo trató;
 3. Informes de los profesionales de atención a la salud apropiados y otros documentos presentados por el Plan, el reclamante o el proveedor tratante del reclamante;
 4. Los términos del Plan para garantizar que la decisión de la IRO no sea contraria a los términos del Plan, a menos que los términos sean incompatibles con la ley aplicable;
 5. Pautas de prácticas apropiadas, que deben incluir estándares aplicables basados en evidencia y pueden incluir cualquier otra pauta de práctica desarrollada por el gobierno federal, sociedades médicas o profesionales, juntas y asociaciones nacionales;
 6. Cualquier criterio de revisión clínica aplicable desarrollado y utilizado por el Plan, a menos que los criterios sean incompatibles con los términos del Plan o con la ley aplicable;
 7. La opinión del revisor clínico o revisores de la IRO después de considerar la información descrita en este aviso en la medida en que la información o los documentos estén disponibles, y el revisor clínico o revisores lo consideren apropiado.

- vi. La IRO asignada notificará por escrito la decisión final de revisión externa dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud de revisión externa. La IRO entregará el aviso de la decisión final de revisión externa al reclamante y al Plan. El aviso de decisión de la IRO asignada deberá contener lo siguiente:
 - 1. Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa, incluida información suficiente para identificar el reclamo (incluida la fecha o las fechas de servicio, el proveedor de atención médica, el monto del reclamo, si corresponde, el código de diagnóstico y su correspondiente significado, el código de tratamiento y su significado correspondiente, y la razón de la denegación anterior);
 - 2. La fecha en que la IRO recibió la asignación para realizar la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO;
 - 3. Referencias a la evidencia o documentación, incluidas las disposiciones específicas de cobertura y las normas basadas en evidencia, consideradas para llegar a su decisión;
 - 4. Una explicación de la razón o razones principales de su decisión, que incluya la justificación de su decisión, y cualquier estándar basado en evidencia en el que se basó para tomar su decisión;
 - 5. Una declaración de que la determinación es vinculante, excepto en la medida en que otros recursos puedan estar disponibles bajo la ley estatal o federal para el Plan o para el reclamante;
 - 6. Una declaración de que el reclamante puede recurrir a una revisión judicial; y
 - 7. Información de contacto actual, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros médicos o mediador establecida en virtud de la sección 2793 de la Ley de Servicios de Salud Pública (PHS, por sus siglas en inglés).
- vii. Después de una decisión final de revisión externa, la IRO mantendrá registros de todos los reclamos y avisos asociados con el proceso de revisión externa durante seis (6) años. Una IRO hará que dichos registros estén disponibles para su examen por el reclamante, el Plan o la agencia de supervisión estatal o federal, a solicitud, excepto cuando dicha divulgación viole las leyes de privacidad estatales o federales.

d. Reversión de la decisión del Plan

Al recibir un aviso de una decisión de revisión externa final que revoque la determinación adversa de beneficios o la determinación interna final adversa de beneficios, el Plan proporcionará inmediatamente cobertura o pago (incluida la autorización inmediata o el pago inmediato de beneficios) asociados al reclamo.

2. Solicitud de una revisión externa acelerada

El Plan permitirá que un reclamante solicite que el Plan haga una revisión externa acelerada e independiente en el momento en que el reclamante reciba lo siguiente:

- a. Un reclamante puede usar una solicitud de revisión externa acelerada si el reclamante tiene una afección médica en la que el plazo para completar una revisión externa estándar pondría en grave peligro la vida o la salud del reclamante, o pondría en peligro la capacidad del reclamante para recuperar la función máxima, o si la determinación final interna adversa de beneficios se refiere a una hospitalización, disponibilidad de atención, estadía continuada o artículo o servicio de atención a la salud para el cual el reclamante recibió servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de un centro. Además, un reclamante también puede pasar directamente de un reclamo denegado a una solicitud acelerada de revisión externa, y omitir una apelación interna, si el reclamante tiene una afección médica en la que el retraso pondría en grave peligro la vida o la salud del reclamante, o pondría en peligro la capacidad del reclamante para recuperar la función máxima.
- a. Revisión preliminar. Inmediatamente después de recibir la solicitud de revisión externa acelerada, el Plan determinará si la solicitud cumple con los requisitos de revisión establecidos en el párrafo (1) (b) anterior para la revisión externa estándar. El Plan enviará de inmediato una notificación que cumpla con los requisitos establecidos en el párrafo (1) (b) para la revisión externa estándar al reclamante de su determinación de elegibilidad.

- b. Remisión a la Organización de Revisión Independiente (IRO). Tras la determinación de que una solicitud es elegible para una revisión externa acelerada después de la revisión preliminar, el Plan asignará una IRO de conformidad con los requisitos establecidos en el párrafo (1) (c) anterior para la revisión estándar. El Plan proporcionará o transmitirá todos los documentos e información necesarios considerados al hacer la determinación adversa de beneficios o la determinación final interna adversa de beneficios a la IRO asignada, en forma electrónica, por teléfono, facsímil, medios electrónicos o cualquier otro método expedito disponible.
- c. La IRO asignada, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y la IRO los considere apropiados, considerará la información o los documentos descritos anteriormente en los procedimientos para la revisión estándar. Al llegar a una decisión, la IRO asignada revisará el reclamo "*de novo*" y no estará sujeta a ninguna conclusión o decisión tomada durante el proceso interno de reclamos y apelaciones del Plan aplicable.
- d. Aviso de la decisión final de revisión externa. La IRO notificará la decisión final de revisión externa, de acuerdo con los requisitos establecidos en el párrafo (1) (c) (7) anterior, tan rápidamente como lo requieran las condiciones o circunstancias médicas del reclamante, pero en ningún caso más de 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de una revisión externa acelerada. Si la notificación no está por escrito dentro de las 48 horas posteriores a la fecha de entrega de dicha notificación, la IRO asignada deberá proporcionar una confirmación por escrito de la decisión al reclamante y al Plan.

Reclamos y apelaciones de beneficios por fallecimiento y beneficios por muerte accidental y desmembramiento y beneficios suplementarios por indemnización por accidente de trabajo

Generalidades

Para presentar un reclamo de beneficios por fallecimiento, muerte accidental y desmembramiento, y beneficios suplementarios por indemnización por accidente de trabajo, debe seguir todos los procedimientos para reclamos y apelaciones posteriores al servicio descritos anteriormente. No tiene derecho a una revisión externa independiente. Los Beneficios por Fallecimiento se pagarán en su totalidad de acuerdo con los términos de la disposición del Beneficio por Fallecimiento al recibir un certificado de defunción, y cualquier otra documentación del Beneficiario solicitada por parte de la Oficina del Fondo o la compañía de seguros, según corresponda.

Denegación del reclamo de beneficios

Si se rechazan los beneficios, en su totalidad o en parte, el Fondo le proporcionará una notificación por escrito o electrónica que establecerá las razones del rechazo; lo remitirá a las disposiciones, reglas, pautas, protocolos u otros criterios similares pertinentes del Plan utilizados como base para el rechazo; describirá el material o la información adicional que podría ayudarle con su reclamo; explicará por qué esa información es necesaria; y describirá los procedimientos de revisión del Plan y los límites de tiempo aplicables, incluido un derecho a presentar un recurso civil de conformidad con el artículo 502(a) de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés).

Este aviso se le enviará dentro de un tiempo razonable pero no más de 90 días después de que la Oficina del Fondo reciba su reclamo. Este período de 90 días puede extenderse hasta por 90 días adicionales si debido a circunstancias especiales fuera del control del Plan se requiere ese tiempo adicional para procesar su reclamo. Si se necesita una extensión, se proporcionará un aviso antes de la expiración del período de 90 días.

Si El Fondo necesita una extensión para procesar su reclamo, se le enviará un aviso escrito en la que se expliquen la razón o las razones de por qué la extensión es necesaria y la fecha en la que el Fondo espera tomar una decisión. Una vez que reciba la decisión, podrá considerar el reclamo aprobado o denegado. Si se rechaza el reclamo, podrá tomar los pasos para apelar el rechazo.

Apelaciones

1. Generalidades

Si su reclamo es denegado, puede solicitar a la Junta Directiva que revise su denegación de beneficios presentando una apelación por escrito a la Junta Directiva. Su apelación por escrito debe presentarse dentro de los 60 días posteriores a la recepción del aviso de rechazo. Si no presenta la apelación oportunamente, ello significará la renuncia total de su derecho a apelar y la decisión del Administrador del Plan será final y vinculante. Después de recibir una determinación adversa de beneficios, usted tiene el derecho de recibir, previo pedido y sin costo, acceso razonable a la información relevante respecto a una determinación de reclamo y copias de ello.

Su apelación por escrito debe indicar su nombre y dirección, la fecha del rechazo, el hecho de que usted está apelando el rechazo y las razones de su apelación. Debe incluir documentos en apoyo de su reclamo. La revisión de su reclamo tomará en consideración todos los comentarios y documentos que apoyen su posición, aun cuando el Fondo no haya tenido esta información en el momento de la determinación inicial. Esto no significa que usted deba citar todas las disposiciones del Plan que apliquen ni que tenga que presentar argumentos "legales". Sin embargo, debería establecer claramente por qué cree que tiene derecho al beneficio que reclama. La Junta Directiva puede considerar mejor su posición si claramente comprende sus reclamos, razones y/u objeciones.

2. Notificación de la decisión sobre la apelación

- a. **El momento de la notificación.** La Junta Directiva o un comité designado por la misma, revisará su apelación en las reuniones trimestrales inmediatamente después de recibir su apelación, a menos que la Oficina del Fondo reciba su apelación dentro del plazo de los 30 días siguientes a la fecha de la reunión. En este caso, se revisará su apelación en la reunión del segundo trimestre después de recibir la apelación. Sería conveniente que se comunique con la Oficina del Fondo respecto a la fecha de la próxima reunión de manera que pueda presentar su apelación a tiempo para que se escuche en esa reunión. Si circunstancias especiales requieren una extensión adicional de tiempo para que la Junta Directiva haga la revisión, se hará una determinación de beneficios no más tarde que la tercera reunión de la Junta Directiva después de recibir su apelación. Se le notificará por escrito antes de la extensión debido a las circunstancias que requieran dicha extensión y la fecha en la que la Junta Directiva espera llegar a una decisión. Usted recibirá una notificación por escrito o electrónica de la decisión de la Junta Directiva después de la revisión por parte de la misma en un plazo de 5 días de su decisión. Si la Junta Directiva necesita más información suya, el tiempo que necesite para tomar una decisión sobre su reclamo se contará a partir de la fecha en que se le envíe la notificación de la extensión hasta la fecha en que responda a la solicitud.
- b. **Contenido de la Notificación.** Esta notificación establecerá la razón o las razones específicas de la determinación adversa; las cláusulas específicas del plan en las que se basa la determinación de beneficios; una declaración que diga que usted tiene el derecho a recibir, previa solicitud y sin costo, acceso razonable a copias de la información relevante respecto a la determinación del reclamo o copias de ello; y una declaración de su derecho a presentar acción civil de conformidad con el artículo 502(a) de ERISA. La decisión de la Junta Directiva sobre la revisión será final y vinculante para todas las partes, incluidas el reclamante y toda persona que reclamó un beneficio en su nombre.

Discreción y autoridad de la Junta Directiva para dictar decisiones finales y vinculantes

La decisión de la Junta Directiva sobre la revisión o apelación será final y vinculante para todas las partes, incluida toda persona que reclamó un beneficio en su nombre. No hay más apelaciones bajo este Plan. En circunstancias especiales, la Junta Directiva puede determinar que la reconsideración de su reclamo o apelación es apropiada en función de la nueva información que no estaba disponible en el momento de la apelación inicial. La Junta Directiva tiene plena autoridad y discreción para determinar si se justifica la reconsideración. La Junta

Directiva rechaza su apelación de un reclamo, y usted decide que proceda una revisión judicial, la decisión de la Junta Directiva estará sujeta a una revisión judicial limitada con el fin de determinar solamente si la decisión fue arbitraria e irrazonable.

A menos que sea contrario a la ley aplicable, no se pueden iniciar o mantener acciones legales contra el Fondo, el Plan o la Junta Directiva más de dos años después de que se rechace una apelación final.

Políticas, determinaciones o acciones del Fondo

Si no está de acuerdo con una política, determinación o acción del Fondo, puede solicitar a la Junta Directiva que revise la política, determinación o acción del Fondo con la que no está de acuerdo presentando una apelación por escrito a la Junta Directiva. Debe indicar el motivo de su apelación y presentar cualquier documentación de respaldo. Su apelación por escrito debe presentarse dentro de los 60 días posteriores a enterarse de una política, determinación o acción del Fondo con la que no está de acuerdo y que no es una denegación de beneficios. La Junta Directiva tiene la autoridad y discreción exclusiva para interpretar y aplicar la política, determinación o acción del Fondo.

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SU PLAN

Nombre legal del Plan

Iron Workers Trust Fund, Local No. 5, Washington, D.C.

Nombre del auspiciador del Plan

The Board of Trustees of the Iron Workers Trust Fund Local No. 5, Washington, D.C.

Zenith American Solutions, Inc.

3 Gateway Center

401 Liberty Avenue, Suite 1200

Pittsburgh, PA 1522

Tipo de Plan

El Plan es un plan de atención a la salud grupal autoasegurado mantenido con el propósito de proporcionar beneficios por atención médica, beneficios por atención dental, beneficios por atención de la vista, beneficios por fallecimiento, beneficios por muerte accidental y desmembramiento, y beneficios por accidente y enfermedad.

Agente de servicio de procesos legales

Board of Trustees, c/o Zenith American Solutions Inc.

3 Gateway Center

401 Liberty Avenue, Suite 1200

Pittsburgh, PA 1522

Los nombres y direcciones comerciales de los Fideicomisarios son los siguientes:

Fideicomisarios del Sindicato

Gary Armstrong

Iron Workers Local 5

8301 Peppercorn Place

Largo, MD 20774

Aaron Bast

Iron Workers Local 5

8301 Peppercorn Place

Largo, MD 20774

William Beckman

Iron Workers Local 5

8301 Peppercorn Place

Largo, MD 20774

Fideicomisarios del Empleador

Richard Bailey

Berlin Steel

796 Cromwell Park Drive, Suite T

Glen Burnie, MD 21061

Victor Cornellier

TSI Exterior Wall Systems, Inc.

3705 West Street

Landover, MD 20785

Bill Heinold

Pioneer Glazing

7195 Troy Hill Drive, Suite 107-109

Elkridge, MD 21075

Ronald Borza
Iron Workers Local 5
8301 Peppercorn Place
Largo, MD 20774

Curt Johnson
ICON EBS
1850 York Road, Suite N
Timonium, MD 21093

Raymond Cleland
Iron Workers Local 5
8301 Peppercorn Place
Largo, MD 20774

Kenny Wood
Genesis Steel Service, Inc.
330 Back River Neck Road
Baltimore, MD 21221

Tipo de Administración del Plan

Administración por contrato

Administrador del Plan/Oficina del Fondo

Zenith American Solutions, Inc.
3 Gateway Center
401 Liberty Avenue, Suite 1200
Pittsburgh, PA 1522

Número del Plan

501

Número de Identificación del Empleador del Servicio de Rentas Internas (IRS)

52-6057762

Años del Plan

Del 1 de julio hasta el 30 de junio

Fuente de financiamiento del Plan

El Plan se financia con aportaciones de empleadores individuales bajo las disposiciones de los Convenios Colectivos, y cualquier ingreso obtenido de la inversión de las aportaciones del empleador. Una pequeña parte de la financiación proviene de los Empleadores en virtud de acuerdos de participación y empleados o dependientes que hacen pagos personales de primas.

Todos los fondos se usan exclusivamente para proporcionar beneficios a los Empleados elegibles y sus Dependientes, y para pagar todos los gastos incurridos con respecto a la operación del Plan. La Junta Directiva revisa periódicamente el estado de financiamiento del Plan.

Los Participantes y Beneficiarios del Plan pueden recibir de la Oficina del Fondo, previa solicitud por escrito, y en forma gratuita, una lista de Empleadores aportantes o información sobre si un Empleador particular o una Organización de Empleados es un Empleador aportante y una copia de cualquier Acuerdo de Negociación Colectiva aplicable entre Iron Workers Local No. 5 y la Iron Workers Employers Association de Washington, D.C., o cualquier Empleador aportante que requiera hacer aportaciones al Fondo.

Sin responsabilidad por la práctica de medicina

La Junta Directiva y sus designados no están involucrados en la práctica de la medicina, y al proporcionar este plan de beneficios no hacen recomendaciones y no tienen control sobre ningún diagnóstico, tratamiento, atención o falta de los mismos, ni sobre los servicios de atención a la salud prestados o provistos o no proporcionado ni provistos por ningún proveedor de atención a la salud. La Junta Directiva y sus designados no tienen ninguna responsabilidad por pérdidas o lesiones causadas por cualquier proveedor de atención a la salud por negligencia, falta de atención o tratamiento u otros.

Confidencialidad y protección de su información de salud

El Fondo cumple con los Estándares de Privacidad de la Información de Salud de Identificación Individual promulgada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("Reglas de Privacidad"). Según estos estándares, el Fondo protege la privacidad de la información de salud identificable individualmente y bloquea o limita la divulgación de esta información a la Junta Directiva, los Empleadores, el Sindicato, sus familiares, proveedores de servicios y otros terceros. La información de salud protegida se divulgará solo (1) en la medida autorizada por el paciente; (2) según sea necesario para la administración del Plan, incluida la revisión y el pago de reclamos y la determinación de apelaciones; o (3) según lo autorizado o requerido por la ley. En la medida en que se use o divulgue información de salud protegida, el Fondo usa o divulga solo la información de salud protegida mínima necesaria para lograr el propósito previsto del uso o divulgación. El Fondo ha adoptado ciertos reglamentos y políticas escritos para garantizar que, con respecto a su uso, divulgación y mantenimiento de la información de salud protegida, cumpla con la ley aplicable.

Es posible que deba enviar a la Oficina del Fondo una solicitud por escrito si desea la divulgación de su propia información de salud protegida. Puede autorizar la divulgación de su información de salud protegida a terceros al firmar una autorización por escrito y enviarla a la Oficina del Fondo. También puede cancelar cualquier autorización previa por escrito que haya proporcionado al Fondo mediante la presentación de una cancelación de autorización por escrito ante la Oficina del Fondo. Puede solicitar estos formularios en la Oficina del Fondo.

Tiene el derecho, con una excepción limitada, de inspeccionar su información de salud protegida en el archivo de la Oficina del Fondo y de presentar a la Oficina las correcciones o enmiendas que considere apropiadas. También tiene derecho a presentar una queja ante la Oficina del Fondo si cree que su información de salud protegida se ha utilizado o divulgado de manera incorrecta. El Fondo ha proporcionado a los Participantes un Aviso de Prácticas de Privacidad para la Información de Salud Protegida. Si desea una copia de la Notificación o si desea información adicional sobre el uso y divulgación de la información de salud protegida o sus derechos con respecto a esta información, puede solicitar una copia de la Notificación a la Oficina del Fondo.

Información que usted o sus Dependientes deben proporcionarle al Plan

Además de la información que debe proporcionar para respaldar cualquier reclamo de Beneficios bajo el Plan, usted o sus Dependientes deben proporcionar, dentro de los 60 días posteriores al evento, cualquier información que pueda afectar la elegibilidad para la cobertura del Plan. Esta información incluye, entre otras, lo siguiente:

- Cambio de nombre
- Cambio de domicilio

- Matrimonio, divorcio o fallecimiento
- Cualquier información respecto al estado de un Hijo Dependiente, incluso, pero no limitado a lo siguiente:
 - Cambio de nombre
 - La existencia de cualquier discapacidad física o mental
- Otra cobertura de atención médica, incluido Medicare
- Otra cobertura de atención dental o de la vista.

Proveedores de servicios

El Fondo mantiene el Plan de beneficios de forma autoasegurada. Sin embargo, el Fondo ha contratado a varias organizaciones para proporcionar ciertos servicios a los Participantes a un costo negociado para el Fondo. Estos servicios se proporcionan mientras el Fondo los contrate y el Fondo puede rescindirlos. Estos arreglos incluyen CareFirst Blue Cross Blue Shield PPO, 10455 Mill Run Circle, Owings Mills, MD 21117 (que proporciona acceso a una red de proveedores de atención médica); CVS Caremark, 2211 Sanders Rd, Northbrook, IL 60062 (que proporciona acceso a una red de medicamentos con receta), Spectera / United Healthcare, 185 Asylum Street, Hartford, CT 06103 (que proporciona beneficios garantizados para atención a la vista a través de los proveedores participantes) y Zurich American Insurance, 1299 Zurich Way, Schaumburg, IL 60196 (que proporciona beneficios por muerte accidental y desmembramiento).

Modificación y terminación del Plan o sus disposiciones

Este Plan y sus beneficios no están garantizados.

La Junta Directiva se reserva el derecho de cambiar o discontinuar (1) el Plan en sí, (2) los tipos y cantidades de beneficios bajo este Plan y (3) las reglas de elegibilidad. La naturaleza y la cantidad de los beneficios del Plan siempre están sujetas a los términos actuales del Plan tal como existen en el momento en que se produce el reclamo de beneficios. El Plan puede ser rescindido o fusionado con otro (s) fondo (s) por acción de la Junta Directiva o los Liquidadores del Plan: Iron Workers Local No. 5 y la Iron Workers Employers Association de Washington, DC. El Fondo también puede ser rescindido si hay activos insuficientes en el Fondo para pagar los beneficios, si ya no existe ningún Acuerdo de Negociación Colectiva que requiera que se realicen aportaciones al Fondo, o si ya no existe ningún Empleado ni Dependiente que reúna los requisitos para participar en el Plan.

Discreción de la Junta Directiva

La Junta Directiva tiene autoridad y discreción plenas y exclusivas para determinar todas las cuestiones de cobertura, elegibilidad y derecho a los beneficios, los métodos para proporcionar u organizar los beneficios y otros asuntos relacionados. Cualquier interpretación o determinación por parte de la Junta Directiva tendrá plena vigencia y efecto a menos que se pueda demostrar que la interpretación fue arbitraria e irrazonable.

Prohibido asignar Beneficios

Nadie, incluidos, entre otros, un Participante o un Dependiente elegible, tiene permitido asignar ningún beneficio, derecho o reclamo de beneficios a un tercero, incluido, entre otros, un proveedor o centro de atención, sin el consentimiento expreso por escrito del Administrador del plan. “Beneficios, derechos o reclamos por beneficios” incluye, pero no se limita a, un reclamo del pago de un beneficio bajo los términos del Resumen

de la Descripción del Plan u otro documento o comunicación del Plan, un reclamo de beneficios bajo la Sección 502 (a) de ERISA, un reclamo bajo ERISA por incumplimiento del deber fiduciario, o un reclamo de sanciones imponibles según la ley o regulación. Incluye también una apelación de la denegación de un reclamo de beneficios.

Un Participante o un Dependiente Elegible puede ordenar que los beneficios pagaderos de este Plan a él o ella se paguen al proveedor o centro que proporcionó la atención médica relacionada. Sin embargo, el Plan no está obligado a aceptar dicha instrucción; ningún pago realizado de conformidad con dicha instrucción, ni ninguna comunicación sobre beneficios o pago entre representantes del Plan y un proveedor o centro, se considerará una asignación del beneficio, un contrato para pagar beneficios o un reconocimiento por parte del Plan de un deber u obligación de pagar a un proveedor o centro.

Pagos erróneos

Se hará todo lo posible para garantizar la precisión en el pago de sus beneficios. Si se descubre un error y se determina que el Fondo le ha pagado beneficios a los que no tiene derecho, usted estará obligado a reembolsar al Fondo el pago realizado por error. La Junta Directiva tiene el derecho de solicitar el reembolso de usted a través de cualquier medio legal, incluido el derecho a reducir los pagos de beneficios futuros por el monto del pago erróneo.

Tergiversación o fraude

Si recibe beneficios como resultado de información falsa o una representación engañosa o fraudulenta, se le pedirá que reembolse todos los montos y será responsable de todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de los abogados. La Junta Directiva se reserva el derecho de reducir los pagos de beneficios futuros por el monto del pago realizado debido a fraude o tergiversación.

SUS DERECHOS SEGÚN ERISA BAJO EL PLAN

La siguiente declaración de sus derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés) de 1974 se proporciona de conformidad con la Sección 104 (c) de dicha ley.

Recibir información acerca de su Plan y Beneficios

Como participante del Plan de Atención a la Salud y Bienestar del Fondo Fiduciario de Iron Workers Local No. 5, Washington, D.C., usted tiene ciertos derechos y protecciones bajo ERISA. ERISA establece que todos los Participantes del Plan tienen derecho a:

- Examinar, sin cargo, en la Oficina del Plan y en otros lugares especificados, tales como centros de trabajo y salas del sindicato, todos los documentos del Plan, incluidos los contratos de seguros, Acuerdos de Negociación Colectiva, y una copia del informe anual más reciente (Formulario 5500) presentado por el Plan al Departamento de Trabajo de EE. UU. y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de la Seguridad de los Beneficios de los Empleados.
- Obtener, previa solicitud por escrito dirigida a la Oficina del Plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos los contratos de seguro y los Acuerdos de Negociación Colectiva, y copias del informe anual más reciente (Formulario 5500) y un Resumen de la Descripción del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) actualizado. Es posible que el Plan cobre un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Plan está obligado por ley a entregarle a cada Participante una copia de este resumen del informe anual.

Continuidad del Plan de Cobertura de Atención a la Salud Grupal

Adicionalmente, usted tiene derecho a:

- Continuar con la cobertura de atención a la salud para usted o sus Dependientes elegibles si hay una pérdida de cobertura del Plan como resultado de un evento calificado. Usted o sus Dependientes quizás tengan que pagar dicha cobertura. Revise este Resumen de la Descripción del Plan y los documentos que rigen el Plan acerca de las reglas que rigen sus derechos de cobertura de continuación COBRA.
- Recibir de su plan de atención a la salud grupal o la compañía de seguros de atención a la salud un certificado de cobertura acreditable, sin cargo, cuando pierda cobertura bajo este Plan; cuando adquiera el derecho de elegir cobertura de continuación COBRA; cuando termine su cobertura de continuación COBRA, si lo solicita antes de perder la cobertura o si la solicita en un plazo no mayor de 24 meses después de perder la cobertura. Sin prueba de una cobertura acreditable, podría estar sujeto a una exclusión por condición preexistente durante 12 meses (18 meses para los que se inscriben tarde) posteriores a la fecha de inscripción que aparece en su cobertura.

Acción prudente por parte de los fiduciarios del Plan

Además de establecer derechos para los Participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del Plan de beneficios de los Empleados. Las personas que operan su Plan, llamados “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en el interés suyo y de los otros Participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluidos su Empleador y su Sindicato, ni ninguna otra persona puede despedirlo o de otra manera discriminar en su contra de manera alguna para prevenir que usted obtenga un beneficio o ejercer sus derechos establecidos según ERISA.

Hacer cumplir sus derechos

Si se niega o ignora su reclamo de un beneficio, en su totalidad o en parte, tiene derecho a recibir una explicación por escrito de la denegación, obtener copias de los documentos relacionados a la decisión, y su derecho a apelar cualquier rechazo, sin costo, todo dentro de ciertos plazos de tiempo.

Según ERISA, hay medidas que puede tomar para hacer cumplir los derechos indicados anteriormente. Por ejemplo, si solicita materiales del Plan y no los recibe dentro de 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podría exigirle al Administrador del Plan que entregue los materiales y le pague hasta \$110 diarios hasta que usted reciba los materiales, a menos que los materiales no hayan sido enviados debido a razones fuera del control del Administrador del Plan.

Si tiene un reclamo de beneficios que ha sido negado o ignorado, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o si no hay tal decisión sobre el estatus calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden de apoyo médico infantil, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. Si sucediera que los fiduciarios del Plan malversan el dinero del Plan, o si usted sufriera discriminación por afirmar sus derechos, puede buscar asistencia del Departamento de Trabajo de EE. UU., o puede presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos del tribunal y los honorarios de los abogados. Si el fallo es en su favor, el tribunal podría ordenarle a la persona que usted demandó que pague estos costos y honorarios. Si el fallo es en su contra, por ejemplo, si el tribunal considera que su reclamo es frívolo, puede ordenarle a usted que pague esos costos y honorarios.

Asistencia en caso de tener preguntas

Si tiene preguntas acerca de este Plan, debe comunicarse con la Oficina del Fondo. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos bajo ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado), Departamento de Trabajo de los EE. UU., que figura en su directorio telefónico, o con la Division of Technical Assistance and Inquiries (División de Asistencia Técnica y Consultas), Pension and Welfare Benefits Administration (Administración de Pensiones y Beneficios Sociales), Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 200 Constitution Avenue. N.W., Washington, DC 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

IRON WORKERS TRUST FUND LOCAL NO. 5

WASHINGTON, D.C.

Fund Office: Zenith American Solutions, Administrator, 3 Gateway Center, 401 Liberty Avenue, Ste. 1200, Pittsburgh, PA 15222
Phone: (412) 471-2885 / 1-800-242-8923 / Fax: (412) 395-0002

SUMMARY OF MATERIAL MODIFICATION

Date:

Start of address

Line 1

Line 2

Line 3

City, State ZIP

The Summary Plan Description (SPD), dated January 1, 2020, for the Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C. has been amended as follows:

1. Under the “**Preventative Services**” section of the SPD the following preventative services related to tobacco use are adopted to provide additional detail on coverage as follows:

Covered Preventive Services for Adults

- Tobacco use screening and cessation intervention for tobacco users, including counseling and medications, per the recommendations (Grade A and B) of the USPSTF, up to the minimum limits set forth in guidance from the Departments of Health and Human Services, Labor and Treasury.

Covered Preventive Services for Women, Including Pregnant Women

- Tobacco use screening and cessation intervention for tobacco users, including counseling, per the recommendations (Grade A and B) of the USPSTF, up to the minimum limits set forth in guidance from the Departments of Health and Human Services, Labor and Treasury.

Covered Preventive Services for Children

- Tobacco use intervention, including education and counseling, per the recommendations (Grade A and B) of the USPSTF, up to the minimum limits set forth in guidance from the Departments of Health and Human Services, Labor and Treasury.

2. Under the “**General Exclusions and Limitations**” section the exclusion for tobacco cessation products and services is modified to recognize the coverage of some tobacco cessation products and services under the “**Preventative Services**” section of the SPD. The exclusion is therefore modified as follows:

- expenses for tobacco cessation products and medication not approved by the FDA, outside the recommendations of the USPSTF or over the limits set forth in guidance from the Departments of Health and Human Services, Labor and Treasury and expenses for tobacco cessation programs, including counseling, outside the recommendations of the USPSTF or in excess of the limits set forth in the guidance from the Departments of Health and Human Services, Labor and Treasury;
3. Under the “**Retiree Coverage**” section in the SPD the following language is added to clarify that entitlement to coverage can be based on receipt of a pension under any of the three pension plans currently sponsored by Iron Workers Local No. 5.
- you must have retired and be receiving a pension under at least one of the following three plans: (i) Iron Workers Local No. 5 and Iron Workers Employers Association Employees Pension Plan; (ii) Iron Workers Local No. 16 Pension Plan; or (iii) Rodman Local Union 201 Pension Plan

The above requirement is in addition to the other requirements set forth under the **Retiree Coverage** section of the SPD

The above changes are effective January 1, 2020. Please keep this Summary of Material Modification with your SPD.

Should you have any questions about these changes, please contact the Fund Office at the above phone number.

Sincerely,

Board of Trustees
Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5,
Washington D.C.

IRON WORKERS TRUST FUND LOCAL NO. 5

WASHINGTON, D.C.

Fund Office: Zenith American Solutions, Administrator, 3 Gateway Center, 401 Liberty Avenue, Ste. 1200, Pittsburgh, PA 15222
Phone: (412) 471-2885 / 1-800-242-8923 / Fax: (412) 395-0002

SUMMARY OF MATERIAL MODIFICATION

Date:

Start of address

Line 1

Line 2

Line 3

City, State ZIP

The Summary Plan Description (SPD), dated January 1, 2020, for the Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C. ("Plan") has been amended as follows:

- 1. The Plan will cover 100% of the cost for testing for the Coronavirus (COVID-19). Patients will not be required to pay any deductible, copay or coinsurance for the test and no prior authorization or other medical management requirement will be imposed. Testing will include:**
 - a. FDA approved, cleared or authorized diagnostic testing products (in vitro diagnostic testing) for the detection of or the diagnosis of SARS-CoV-2 the virus that causes COVID-19.
 - b. Items and services furnished to an individual that are related to the administration of a COVID-19 test or are related to the evaluation of the need for the test, This includes items and services furnished to an individual during a visit to a health care provider (which includes in-person office visits and telehealth visits), an urgent care center, and an emergency room. Charges during the same visit which are not related to the administration of or an evaluation of the need for a COVID-19 test will be paid according to normal plan benefits.
- Out-of-network claims will be paid at 100% of the provider's published cash price.
- This enhanced coverage for testing at 100% will terminate when the Secretary of Health and Human Services determines that the emergency has ended.

The above changes are effective March 18, 2020, and will cover testing and the related services that were provided on or after March 1, 2020.

- 2. In response to the COVID-19 pandemic, the Trustees are, implementing as soon as feasible, the following additional changes to the Plan which will**

remain in effect as long as this emergency exists or until terminated by the Trustees.

- a. The Plan will cover services by in-network providers offering visits through virtual care (i.e., telephone or video chat), at the same cost share as if the services had been provided in person.
- b. The Plan will extend prior authorization for certain prescription drugs for 90 days in order to prevent gaps in therapy. Patients with prescriptions with prior authorizations set to expire between March 23, 2020 and June 30, 2020, will be entitled to this extension.
- c. The Plan will institute quantity limits on medications that potentially treat COVID-19, and are used by members for other conditions, to prevent stockpiling, to ensure that members with ongoing needs can maintain access to medications.

Please keep this Summary of Material Modification with your SPD.

Should you have any questions about these changes, please contact the Fund Office at the above phone number.

Sincerely,

Board of Trustees
Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5,
Washington D.C.

IRON WORKERS TRUST FUND LOCAL NO. 5

WASHINGTON, D.C.

Fund Office: Zenith American Solutions, Administrator, 3 Gateway Center, 401 Liberty Avenue, Ste. 1200, Pittsburgh, PA 15222
Phone: (412) 471-2885 / 1-800-242-8923 / Fax: (412) 395-0002

SUMMARY OF MATERIAL MODIFICATION

Date:

Start of address

Line 1

Line 2

Line 3

City, State ZIP

The Summary Plan Description (SPD), dated January 1, 2020, for the Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C. ("Plan") has been amended as follows:

Paragraph 5 under the Section entitled "How Do I Maintain Coverage Under the Plan?" has been amended to clarify that a Surviving Spouse, upon the death of a Participant, may continue eligibility under the Plan by utilizing the Participant's remaining eligibility under the Participant's earned Benefit Quarters at the time of the Participant's death, plus eligibility that is available under the deceased Participant's Hours Bank, if any. The new Section shall read as follows:

5. Surviving Spouse Coverage

If you and your Spouse are covered under this Plan at the time of your death and your Spouse is not eligible for Medicare coverage, your Spouse may continue to participate as a Surviving Spouse as follows:

- First your Surviving Spouse may utilize any eligibility remaining in any Benefit Quarter for which you earned continuing eligibility through working the required number of hours in the applicable Work Quarter.
- Next your Surviving Spouse may utilize eligibility you have earned in your Hours Bank, if any.
- After your earned eligibility has ended your Surviving Spouse may continue to participate in the Plan as follows:
 - For up to five additional years of self-pay at the applicable self-pay rate. This coverage may terminate prior to the five-year period if your Surviving Spouse becomes eligible for coverage under Medicare, or some other group health insurance program. Your Surviving Spouse must contact the Fund Office if either of these events takes place or he or she may be responsible for reimbursement of claims paid under this Plan after one of the terminating events took place.

or

- As an alternative to self-pay, your Surviving Spouse may elect COBRA Continuation Coverage as explained in the next section.

The Trustees reserve the right to review and change these Surviving Spouse eligibility rules, as they do all eligibility rules and benefits provided under the Plan. Except for your Surviving Spouse's rights for coverage under COBRA which will be provided as required by law, it is in the Trustees' sole discretion to determine, as they deem appropriate, whether the extended eligibility rules set forth above should be modified or terminated altogether, regardless of whether your Surviving Spouse is currently participating in the Plan under these rules.

The above changes are effective July 1, 2020.

Please keep this Summary of Material Modification with your SPD.

Should you have any questions about these changes, please contact the Fund Office at the above phone number.

Sincerely,

Board of Trustees
Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5,
Washington D.C.

IRON WORKERS TRUST FUND LOCAL NO. 5

WASHINGTON, D.C.

Fund Office: Zenith American Solutions, Administrator, 3 Gateway Center, 401 Liberty Avenue, Ste. 1200, Pittsburgh, PA 15222
Phone: (412) 471-2885 / 1-800-242-8923 / Fax: (412) 395-0002

SUMMARY OF MATERIAL MODIFICATION

Date:

Start of address

Line 1

Line 2

Line 3

City, State ZIP

The Summary Plan Description (SPD), dated January 1, 2020, for the Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C. ("Plan") has been amended by the Board of Trustees as follows:

1. Out-of-Pocket Maximums

Effective January 1, 2021, the annual out-of-pocket maximums are modified resulting in an overall lower maximum cost sharing for Participants and their families.

The "annual out-of-pocket maximum" is the most an individual or family will pay in a calendar year for medical and prescription drug costs billed by in-network providers. Amounts billed by out-of-network providers over the amount allowed by the Plan will not be applied to the out-of-pocket maximum and are the responsibility of the Participant or dependent patient.

Currently there is an annual out-of-pocket maximum for medical expenses and another annual out-of-pocket maximum for prescription drug expenses. The amendment combines the two separate annual out-of-pocket maximums resulting in an overall lower annual out-of-pocket payment for individuals and their dependents.

Current Annual Out-of-Pocket Maximums		New Annual Out-of-Pocket Maximums
Medical:	\$1,500 per Individual; \$3,000 per Family	Medical and Prescription Combined: \$1,500 per Individual \$3,000 per Family
Prescription:	\$1,000 per Individual; \$2,000 per Family	

2. **Retiree Medical Reimbursement (Age 65 and Older)**

- a. For expenses incurred in calendar year 2020, the Plan will reimburse up to \$500 for a Medicare-eligible Retiree who meets all of the following eligibility requirements:
 - i. is age 65 or older in calendar year 2020; and
 - ii. participated in the Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C.; the Ironworkers Local No. 16 Health Fund; or the Rodman Local 201 Welfare Fund, for at least ten (10) years; and
 - iii. participated in one of the Health Funds identified in (b) above within two (2) years of the individual's retirement date or participated in one of these Health Funds as a pre-age 65 Retiree; and
 - iv. retired and is receiving a pension benefit from the Iron Workers Local No. 5 and Iron Workers Employers Association Employees Pension Fund; Ironworkers Local No. 16 Pension Fund; or the Rodman Local 201 Pension Fund.
- b. To receive reimbursement, an eligible Retiree must submit receipts for payments incurred in 2020 to the Fund Office in the first quarter of calendar year 2021 (deadline is receipt in the Fund Office or postmarked by March 31, 2021).

Receipts must be for eligible health care expenses including payment of premiums for Medicare Part B, Medicare Advantage, Medicare D Plan or a Medicare Supplement Plan; or payment of health care expenses (including medical, prescription drug, vision care or dental expenses) incurred by the Retiree or the Retiree's Spouse that are not covered by Medicare or other health plan and that are reimbursable expenses that constitute "medical care" under Section 213 of the Internal Revenue Code. Medical reimbursement payments will be issued by the Fund Office in the second quarter of the calendar year or as soon thereafter as administratively feasible.

The Retiree Medical Reimbursement has been approved for one year only. Whether this benefit will be provided in future years, will be determined by the Trustees on a year-to-year basis.

Retiree Medical Reimbursement (Alternative)

- c. *For expenses incurred in any calendar year in which a Retiree Medical Reimbursement benefit is approved by the Trustees, the Plan will reimburse up to \$500 for a Medicare-eligible Retiree who meets all of the following eligibility requirements:*

- j. is age 65 or older for at least half of the calendar year; and*

- ii. *participated in the Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C.; the Ironworkers Local No. 16 Health Fund; or the Rodman Local 201 Welfare Fund, for at least ten (10) years; and*
 - iii. *participated in one of the Health Funds identified in (b) above within two (2) years of the individual's retirement date or participated in one of the Health Funds as a pre-age 65 Retiree; and*
 - iv. *retired and is receiving a pension benefit from the Iron Workers Local No. 5 and Iron Workers Employers Association Employees Pension Fund; Ironworkers Local No. 16 Pension Fund; or the Rodman Local 201 Pension Fund.*
- d. *To receive reimbursement, an eligible Retiree must submit receipts for payments incurred within a calendar year to the Fund Office in the first quarter of the immediately following calendar year (deadline is receipt in the Fund Office or postmarked by March 31).*

Receipts must be for eligible health care expenses including payment of premiums for Medicare Part B, Medicare Advantage, Medicare D Plan or a Medicare Supplement Plan; or payment of health care expenses (including medical, prescription drug, vision care or dental expenses) incurred by the Retiree or the Retiree's Spouse that are not covered by Medicare or other health plan and that are reimbursable expenses that constitute "medical care" under Section 213 of the Internal Revenue Code. Medical reimbursement payments will be issued by the Fund Office in the second quarter of the calendar year or as soon thereafter as administratively feasible.

The Retiree Medical Reimbursement has been approved for one year only. Whether this benefit will be provided in future years, will be determined by the Trustees on a year-to-year basis.

Please keep this Summary of Material Modification with your SPD.

Should you have any questions about these changes, please contact the Fund Office at the above phone number.

Sincerely,

Board of Trustees
Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5,
Washington D.C.

IRON WORKERS TRUST FUND LOCAL NO. 5

WASHINGTON, D.C.

Fund Office: Zenith American Solutions, Administrator, 3 Gateway Center, 401 Liberty Avenue, Ste. 1200, Pittsburgh, PA 15222
Phone: (412) 471-2885 / 1-800-242-8923 / Fax: (412) 395-0002

January 2021

Participant Name
Address
City, State Zip

SUMMARY OF MATERIAL MODIFICATION

The Summary Plan Description (SPD), dated January 1, 2020, for the Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C. ("Plan") has been amended by the Board of Trustees as follows:

1. Out-of-Pocket Maximums

Effective January 1, 2021, the annual out-of-pocket maximums are modified resulting in an overall lower maximum cost sharing for Participants and their families.

The "annual out-of-pocket maximum" is the most an individual or family will pay in a calendar year for medical and prescription drug costs billed by in-network providers. Amounts billed by out-of-network providers over the amount allowed by the Plan will not be applied to the out-of-pocket maximum and are the responsibility of the Participant or dependent patient.

Currently there is an annual out-of-pocket maximum for medical expenses and another annual out-of-pocket maximum for prescription drug expenses. The amendment combines the two separate annual out-of-pocket maximums resulting in an overall lower annual out-of-pocket payment for individuals and their dependents.

Current Annual Out-of-Pocket Maximums		New Annual Out-of-Pocket Maximums
Medical:	\$1,500 per Individual; \$3,000 per Family	Medical and Prescription Combined: \$1,500 per Individual \$3,000 per Family
Prescription:	\$1,000 per Individual; \$2,000 per Family	

2. Dental Benefits

The current dental benefit of \$2,000 per family per calendar year (\$2,000 orthodontia lifetime maximum), with many services being reimbursed at 85% of the allowable charged (orthodontics 50%), has been replaced.

Effective March 1, 2021, the benefit will increase to \$3,000 per family per calendar year (\$2,500 orthodontia lifetime maximum). If you use a Delta Dental participating dentist, many services will be covered at 100% (orthodontics 50%) up to the maximum benefit. If you use a non-participating dentist, most services are covered at 85% up to the maximum benefit. Participants will be provided with additional information about the Delta Dental benefit.

3. Vision Benefits

Effective January 1, 2021, some of the vision care benefit limits offered through Spectera - United Healthcare when you use an in-network provider, will increase as follows (per 12 month period):

	<u>Current Benefit</u>	<u>New Benefit</u>
Frames	\$130	\$200
Contact Lenses Formulary	up to 4 boxes	up to 6 boxes
Contact Lenses Non-Formulary	\$105	\$150

The **out-of-network** benefit for contact lenses within a 12-month period will increase from \$105 to \$150.

4. Retiree Medical Reimbursement (Age 65 and Older)

- a. For expenses incurred in calendar year 2020, the Plan will reimburse up to \$500 for a Medicare-eligible Retiree who meets all of the following eligibility requirements:
 - i. is age 65 or older in calendar year 2020; and
 - ii. participated in the Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C.; the Ironworkers Local No. 16 Health Fund; or the Rodman Local 201 Welfare Fund, for at least ten (10) years; and
 - iii. participated in one of the Health Funds identified in (ii) above within two (2) years of the individual's retirement date or participated in one of these Health Funds as a pre-age 65 Retiree; and

- iv. retired and is receiving a pension benefit from the Iron Workers Local No. 5 and Iron Workers Employers Association Employees Pension Fund; Ironworkers Local No. 16 Pension Fund; or the Rodman Local 201 Pension Fund.
- b. To receive reimbursement, an eligible Retiree must submit receipts for payments incurred in 2020 to the Fund Office in the first quarter of calendar year 2021 (deadline is receipt in the Fund Office or postmarked by March 31, 2021).

Receipts must be for eligible health care expenses including payment of premiums for Medicare Part B, Medicare Advantage, Medicare D Plan or a Medicare Supplement Plan; or payment of health care expenses (including medical, prescription drug, vision care or dental expenses) incurred by the Retiree or the Retiree's Spouse that are not covered by Medicare or other health plan and that are reimbursable expenses that constitute "medical care" under Section 213 of the Internal Revenue Code. Medical reimbursement payments will be issued by the Fund Office in the second quarter of the calendar year or as soon thereafter as administratively feasible.

The Retiree Medical Reimbursement has been approved for one year only. Whether this benefit will be provided in future years, will be determined by the Trustees on a year-to-year basis.

Please keep this Summary of Material Modification with your SPD.

Should you have any questions about these changes, please contact the Fund Office at the above phone number.

Sincerely,

Board of Trustees
Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5,
Washington D.C.

IRON WORKERS TRUST FUND LOCAL No. 5

WASHINGTON, D.C.¹

Oficina del Fondo: Zenith American Solutions, Administrador, 3 Gateway Center, 401 Liberty Avenue, Ste. 1200, Pittsburgh, PA 15222
Teléfono: (412) 471-2885 / 1-800-242-8923 / Fax: (412) 395-0002

RESUMEN DE LA MODIFICACIÓN DE MATERIAL

Fecha:

Inicio de la dirección

Línea 1

Línea 2

Línea 3

Ciudad, Estado, Código Postal

La Descripción Resumida del Plan (SPD), con fecha del 1 de enero de 2020, para el Fondo Fiduciario de Salud de los Trabajadores del Hierro Local No. 5, Washington D.C. ("Plan") ha sido enmendada por la Junta de Fideicomisarios de la siguiente manera:

1. Máximos de Desembolso Personal

A partir del 1 de enero de 2021, los desembolsos máximos anuales se modifican, lo que resulta en un costo compartido máximo general más bajo para los participantes y sus familias.

El "desembolso máximo anual" es lo máximo que pagará una persona o una familia en un año calendario por los costos médicos y medicamentos recetados facturados por los proveedores de la red. Los montos facturados por proveedores fuera de la red por encima del monto permitido por el Plan no se aplicarán al desembolso máximo y son responsabilidad del participante o paciente dependiente.

Actualmente existe un desembolso máximo anual para gastos médicos y otro desembolso máximo anual para gastos de medicamentos recetados. La enmienda combina los dos desembolsos máximos anuales separados que dan como resultado un desembolso anual más bajo para las personas y sus dependientes.

Máximos de Desembolso Anual Actuales		Máximos de Desembolso Anual Nuevo
Médico:	\$1,500 por Individuo; \$3,000 por Familia	Médico y Medicamentos Recetados juntos: \$1,500 por Individuo; \$3,000 por Familia
Medicamentos Recetados	\$1,000 por Individuo \$2,000 por Familia	

2. Beneficios Dentales

Se ha reemplazado el beneficio dental actual de \$2,000 por familia por año calendario (\$2,000 máximo de por vida en ortodoncia), con muchos servicios reembolsados al 85% del cargo permitido (ortodoncia 50%).

A partir del 1 de marzo de 2021, el beneficio aumentará a \$3,000 por familia por año calendario (\$2,500 máximo de por vida en ortodoncia). Si utiliza un dentista participante de Delta Dental, muchos servicios estarán cubiertos al 100% (ortodoncia al 50%) hasta el beneficio máximo. Si utiliza un dentista no participante, la mayoría de los servicios están cubiertos al 85% hasta el

¹ FONDO FIDUCIARIO DE LOS TRABAJADORES DEL HIERRO LOCAL NO. 5 WASHINGTON, D.C.

beneficio máximo. Los participantes recibirán información adicional sobre el beneficio de Delta Dental.

3. Beneficios de la Vista

A partir del 1 de enero de 2021, algunos de los límites de beneficios de atención de la vista ofrecidos a través de Spectera - United Healthcare cuando utiliza un proveedor de la red, aumentarán de la siguiente manera (por período de 12 meses):

	<u>Beneficio Actual</u>	<u>Beneficio Nuevo</u>
Montura [Armazón]	\$130	\$200
Lentes de contacto <i>Formulario</i>	hasta 4 cajas	hasta 6 cajas
Lentes de contacto No incluido en el Formulario	\$105	\$150

El beneficio **fuera de la red** para lentes de contacto dentro de un período de 12 meses aumentará de \$105 a \$150.

4. Reembolso Médico para Jubilados (65 años o Más)

- a. Para los gastos incurridos en el año calendario 2020, el Plan reembolsará hasta \$500 para un Jubilado elegible para Medicare que cumpla con todos los siguientes requisitos de elegibilidad:
 - i. tiene 65 años o más en el año calendario 2020; y
 - ii. participó en el Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C²; el Ironworkers Local No. 16 Health Fund³; o el Rodman Local 201 Welfare Fund⁴ durante al menos diez (10) años; y
 - iii. participó en uno de los Fondos de Salud identificados en (ii) arriba dentro de los dos (2) años posteriores a la fecha de jubilación de la persona o participó en uno de estos Fondos de Salud como Jubilado antes de los 65 años; y
 - iv. iv. jubilado y está recibiendo un beneficio de pensión del Iron Workers Local No. 5 and Iron Workers Employers Association Employees Pension Fund; Ironworkers Local No. 16 Pension Fund; or the Rodman Local 201 Pension Fund.⁵
- b. Para recibir el reembolso, un Jubilado elegible debe presentar los recibos de los pagos efectuados en 2020 a la Oficina del Fondo en el primer trimestre del año calendario 2021 (la fecha límite es el recibo en la Oficina del Fondo o con matasellos del 31 de marzo de 2021).

Los Recibos deben ser por gastos de atención médica elegibles, incluido el pago de primas para la Parte B de Medicare, Medicare Advantage, el Plan Medicare D o un Plan Complementario de Medicare; o el pago de los gastos de atención médica (incluidos los gastos médicos, de medicamentos recetados, de la vista o dentales) incurridos por el Jubilado o el Cónyuge del Jubilado que no están cubiertos por Medicare u otro plan de salud y que son gastos reembolsables que constituyen "atención médica" según la Sección 213 del Internal Revenue Code⁶. Los pagos de reembolso médico serán emitidos por la Oficina del Fondo en el segundo trimestre del año calendario o tan pronto como sea administrativamente factible.

² Fondo Fiduciario de Los Trabajadores del Hierro Local No. 5 Washington, D.C.

³ Fondo de Salud Siderúrgico Local No. 16

⁴ Fondo de Bienestar de Rodman Local 201

⁵ Fondo de Pensiones para Empleados de la Asociación de Empleadores de Trabajadores del Hierro y Trabajadores del Hierro Local No. 5; Fondo de Pensiones de la Local No. 16 de los Trabajadores del Acero; o el Fondo de Pensiones Rodman Local 201.

⁶ Código de Rentas Internas

El Reembolso Médico para Jubilados se aprobó solo por un año. Si este beneficio se proporcionará en años futuros, será determinado por los Fideicomisarios cada año.

Conserve este Resumen de Modificación de Material con su SPD.

Si tiene alguna pregunta sobre estos cambios, comuníquese con la Oficina del Fondo al número de teléfono anterior.

Atentamente,

Junta de Fideicomisarios
Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5,
Washington D.C.

IRON WORKERS TRUST FUND LOCAL NO. 5

WASHINGTON, D.C.

Fund Office: Zenith American Solutions, Administrator, 3 Gateway Center, 401 Liberty Avenue, Ste. 1200, Pittsburgh, PA 15222
Phone: (412) 471-2885 / 1-800-242-8923 / Fax: (412) 395-0002

SUMMARY OF MATERIAL MODIFICATION

The Summary Plan Description (SPD), dated January 1, 2020, for the Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C. (“Plan”) has been amended as follows:

Paragraph 5 under the Section entitled “How Do I Maintain Coverage Under the Plan?” has been amended to clarify that a Surviving Spouse, upon the death of a Participant, may continue eligibility under the Plan by utilizing the Participant’s remaining eligibility under the Participant’s earned Benefit Quarters at the time of the Participant’s death, plus eligibility that is available under the deceased Participant’s Hours Bank, if any. The new Section shall read as follows:

5. Surviving Spouse Coverage

If you and your Spouse are covered under this Plan at the time of your death and your Spouse is not eligible for Medicare coverage, your Spouse may continue to participate as a Surviving Spouse as follows:

- First your Surviving Spouse may utilize any eligibility remaining in any Benefit Quarter for which you earned continuing eligibility through working the required number of hours in the applicable Work Quarter.
- Next your Surviving Spouse may utilize eligibility you have earned in your Hours Bank, if any.
- After your earned eligibility has ended your Surviving Spouse may continue to participate in the Plan as follows:
 - For up to five additional years of self-pay at the applicable self-pay rate. This coverage may terminate prior to the five-year period if your Surviving Spouse becomes eligible for coverage under Medicare, or some other group health insurance program. Your Surviving Spouse must contact the Fund Office if either of these events takes place or he or she may be responsible for reimbursement of claims paid under this Plan after one of the terminating events took place.
 - or**
 - As an alternative to self-pay, your Surviving Spouse may elect COBRA Continuation Coverage as explained in the next section.

The Trustees reserve the right to review and change these Surviving Spouse eligibility rules, as they do all eligibility rules and benefits provided under the Plan. Except for your Surviving Spouse's rights for coverage under COBRA which will be provided as required by law, it is in the Trustees' sole discretion to determine, as they deem appropriate, whether the extended eligibility rules set forth above should be modified or terminated altogether, regardless of whether your Surviving Spouse is currently participating in the Plan under these rules.

The above changes are effective July 1, 2020.

Please keep this Summary of Material Modification with your SPD.

Should you have any questions about these changes, please contact the Fund Office at the above phone number.

Sincerely,

Board of Trustees
Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C.

IRON WORKERS TRUST FUND LOCAL NO. 5

WASHINGTON, D.C.⁷

Oficina del Fondo: Zenith American Solutions, Administrador, 3 Gateway Center, 401 Liberty Avenue, Ste. 1200, Pittsburgh, PA 15222
Teléfono: (412) 471-2885 / 1-800-242-8923 / Fax: (412) 395-0002

RESUMEN DE MODIFICACIÓN MATERIAL

La Summary Plan Description⁸ (SPD), con fecha 1 de enero de 2020, para el Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C.⁹ ("Plan") se ha modificado de la siguiente manera:

El Párrafo 5 en la Sección titulada "¿Cómo Mantengo la Cobertura Bajo el Plan?" se ha enmendado para aclarar que un Cónyuge Sobreviviente, tras la muerte de un Participante, puede continuar la elegibilidad bajo el Plan utilizando la elegibilidad restante del Participante según los Trimestres de Beneficios obtenidos por el Participante en el momento de la muerte del Participante, más la elegibilidad que está disponible bajo el Banco de Horas del Participante fallecido, si corresponde. La nueva sección se leerá como sigue:

5. Cobertura del Cónyuge Sobreviviente

Si usted y su Cónyuge están cubiertos por este Plan en el momento de su muerte y su Cónyuge no es elegible para la cobertura de Medicare, su Cónyuge puede continuar participando como Cónyuge Sobreviviente de la siguiente manera:

- Primero, su Cónyuge Sobreviviente puede utilizar cualquier elegibilidad restante en cualquier Trimestre de Beneficios para el cual obtuvo elegibilidad continua al trabajar la cantidad de horas requeridas en el Trimestre de Trabajo correspondiente.
- Luego, su Cónyuge Sobreviviente puede utilizar la elegibilidad que haya obtenido en su Banco de Horas, si corresponde.
- Después de que su elegibilidad obtenida haya terminado, su Cónyuge Sobreviviente puede continuar participando en el Plan de la siguiente manera:
 - Hasta cinco años adicionales de pago por cuenta propia a la tasa de pago por cuenta propia aplicable. Esta cobertura puede terminar antes del período de cinco años si su Cónyuge Sobreviviente se vuelve elegible para la cobertura de Medicare o de algún otro programa de seguro médico grupal. Su Cónyuge Sobreviviente debe comunicarse con la Oficina del Fondo si ocurren alguno de estos eventos o él o ella pueden ser responsables del reembolso de los reclamos pagados bajo este Plan después de que ocurrió uno de los eventos de terminación.

O bien

⁷ FONDO FIDUCIARIO DE LOS TRABAJADORES DEL HIERRO LOCAL NO. 5 WASHINGTON, D.C.

⁸ Descripción Resumida del Plan

⁹ Fondo Fiduciario de Salud de los Trabajadores del Hierro, Washington D.C.

- Como alternativa al pago por cuenta propia, su Cónyuge Sobreviviente puede elegir la Cobertura de Continuación COBRA como se explica en la siguiente sección.

Los Fideicomisarios se reservan el derecho de revisar y cambiar estas reglas de elegibilidad del Cónyuge Sobreviviente, al igual que todas las reglas de elegibilidad y los beneficios proporcionados por el Plan. Excepto por los derechos de cobertura de su Cónyuge Sobreviviente según COBRA, que se proporcionará según lo requiera la ley, queda a la entera discreción de los Fideicomisarios determinar, según lo consideren apropiado, si las reglas de elegibilidad extendida establecidas anteriormente deben modificarse o cancelarse por completo independientemente de si su Cónyuge Sobreviviente participa actualmente en el Plan según estas reglas.

Los cambios anteriores entran en vigor el 1 de julio de 2020.

Conserve este Resumen de Modificación de Material con su SPD.

Si tiene alguna pregunta sobre estos cambios, comuníquese con la Oficina del Fondo al número de teléfono anterior.

Atentamente,

Junta de Fideicomisarios
Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C.

Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5

Washington D.C. Welfare Fund

Physical Address 7525 SE 24th Street, Suite 200, Mercer Island, WA 98040 • Mailing Address PO Box 34203, Seattle, WA 98124 Phone (877)367-0541 • Fax (206) 441-9110 • Website: www.iw5benefits.org

Administered by
Welfare & Pension Administration Service, Inc.

October 14, 2022

To: All Eligible Participants

The Summary Plan Description (SPD), dated January 1, 2020, for the Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C. ("Plan") has been amended by the Board of Trustees as follows:

1. Hearing Aid Benefit

The hearing aid benefit offered by the Plan is increased effective January 1, 2023. Starting on this date, the Plan will pay for hearing aids up to \$3,000 per ear every two years for Participants and Dependents age 18 and under. For Participants and Dependents age 19 and older, the Plan will pay for hearing aids up to \$3,000 per ear as follows: (1) once every three years; or (2) as needed (no more than once a year) if in the Plan's sole discretion, it is established that a hearing aid is medically necessary.

2. Hours Bank

Effective January 1, 2023, maximum hours that can be banked by a Participant is increased to 720. This will result in Participants being able to maintain eligibility for longer periods of time through use of the Hours Bank.

Once initial eligibility requirements have been satisfied, a Participant must work at least 360 hours in a Work Quarter in order to maintain coverage. There are eight different ways in which a Participant may maintain coverage in the event the Participant does not work the required number of hours in a particular Work Quarter. One way coverage can be maintained is by way of the Hours Bank. The Hours Bank allows Participants to "bank" hours in excess of 360 in Work Quarters that the Participant works more than the required number of hours to maintain eligibility. Currently, the Plan provides for a maximum of 360 hours to be credited to a Participant's Hours Bank. Effective January 1, 2023, the Plan will permit a maximum of 720 hours to be credited to a Participant's Hours Bank.

Please keep this Summary of Material Modification with your SPD.

Should you have any questions about these changes, please contact the Fund Office.

Sincerely,

Board of Trustees
Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C.

Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5

Washington D.C. Welfare Fund

Physical Address 7525 SE 24th Street, Suite 200, Mercer Island, WA 98040 • Mailing Address PO Box 34203, Seattle, WA 98124
Phone (877)367-0541 • Fax (206) 505-9727 • Website: www.iw5benefits.org

Administered by
Welfare & Pension Administration Service, Inc.

March 22, 2023

**To: All Plan Participants of the Iron Workers Health Trust Fund
Local No. 5, Washington D.C. Welfare Fund**

Re: Eligibility Change

This is a Summary of Material Modification describing changes to your health plan adopted by the Board of Trustees. Please be sure that you and your family read this notice carefully and keep it with your benefit booklet for future reference.

The Summary Plan Description (SPD) dated January 1, 2020, for the Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C. ("Plan") has been amended by the Board of Trustees.

Effective January 1, 2023, the first paragraph under the Section entitled "When is My Coverage Effective" has been amended to provide that the Fund may, but is not required, to grant initial eligibility based on a Participant's pay stubs or other proof of hours worked in circumstances where an Employer fails to report hours to the Fund. As amended, this Section shall read as follows:

When is My Coverage Effective?

To become initially eligible for benefits, you must have a minimum of 240 hours worked within two consecutive months, reported and submitted on your behalf by a Participating Employer. Should your Employer fail to report your hours, you can submit proof of hours worked (i.e. pay stubs) to the Fund Office. The Fund may, but is not required, to grant initial eligibility based on your pay stubs or other proof of hours worked.

If 240 Hours Are Worked In	Coverage Will Commence In
January and February	April
February and March	May
March and April	June

Once you have worked the required 240 hours, your coverage will begin on the first day of the second month following the month in which the 240 hours are worked. For example:

If you have fewer than 240 hours in two consecutive months, those hours may not be carried over to any other month. You must work 240 hours within the succeeding two consecutive months before eligibility will commence. The 240 hours worked in any two consecutive months will provide coverage for one month only. You may maintain eligibility month-to-month by continuing to work at least 240 hours in two consecutive months until you work 360 hours in a “Work Quarter” as defined below. Once the 360 hours in a Work Quarter are achieved, the continuing eligibility rules set forth below apply and the 240-hours within two consecutive months eligibility rule no longer applies.

Once your initial eligibility is satisfied, you must work a certain number of hours each Work Quarter to maintain coverage. Refer to “How Do I Maintain Coverage Under This Plan?” below to learn how you maintain coverage. However, if you lose eligibility for a period of 36 consecutive months, the initial eligibility requirements must be satisfied again.

Please keep this Summary of Material Modification with your SPD.

Should you have any questions about these changes, please contact the Fund Office, (877)367-0541, option 4.

Sincerely,

**Board of Trustees
Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5,
Washington D.C.**

BC: OPEIU#8/JWG

P:\Mailings\Individual Trust Fund Mailings (SMM, Benefit Changes, COBRA, etc.)\F57-00\F57-02 - Mailings - 2023 - 03.22 - SMM - Eligibility-Paycheck Stubs.docx

Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5

Washington D.C. Welfare Fund

Physical Address 7525 SE 24th Street, Suite 200, Mercer Island, WA 98040 • Mailing Address PO Box 34203, Seattle, WA 98124
Phone (877)367-0541 • Fax (206) 505-9727 • Website: www.iw5benefits.org

Administered by
Welfare & Pension Administration Service, Inc.

June 29, 2023

**To: All Plan Participants of the Iron Workers Health Trust Fund
Local No. 5, Washington D.C. Welfare Fund**

Re: Retiree Coverage

This is a Summary of Material Modification describing changes to your health plan adopted by the Board of Trustees. Please be sure that you and your family read this notice carefully and keep it with your benefit booklet for future reference.

The Summary Plan Description (SPD), dated January 1, 2020, for the Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C. ("Plan") has been amended by the Board of Trustees.

Effective March 1, 2023, the section entitled "Retiree Coverage" on page 5 of the SPD has been amended to provide requirements for continued participation for non-bargaining unit employees who retire from employment with the Iron Workers Local No. 5. As amended, this Section shall read as follows:

4. Retiree Coverage

As a retiree, you may continue to participate in this Plan up to age 65 by making personal contributions, if you meet the following requirements:

- you must be an eligible Participant in the Health Plan at the time of retirement;
- you must have a minimum of 20 years of service within the bargaining unit of an Employer having a contract with the International Association of Bridge, Structural, Ornamental, and Reinforcing Iron Workers or one or more of its affiliate local Unions, or as a Participant in this Plan as a bargaining unit alumni;
- you must have a minimum of 10 years of service within the bargaining unit of an Employer having a contract with the Iron Workers Local No. 5 or a predecessor Local Union;
- you must not be working in the iron working industry, other than employment for a signatory employer, that does not otherwise disqualify you from retiree coverage because you regain active status;
- you must have retired and be receiving a pension under the IW 5 Pension Plan;
- you must have been available for work at the time of your retirement;
- you must enroll in the Plan; and
- you must make the required Self-Payment.

If, at the time of retirement, you have been out of work due to an injury or you have been deemed disabled and unable to work, the Fund will waive the requirements that you be an eligible Participant in the Plan and available for work at the time of retirement and you will be entitled to retiree coverage. You must have been an eligible Participant at the time the injury or disability occurred, and you must have remained continuously disabled until the time of retirement.

If you retired from employment with the Iron Workers Local No. 5 and, during your employment, you participated in the Plan pursuant to a participation agreement, the Fund will waive the requirements: (1) that you have a minimum of 20 years of service within the bargaining unit or as a bargaining unit alumni; (2) that you must have a minimum of 10 years of service within the bargaining unit of an Employer; and (3) that you must have retired and be receiving a pension under the IW 5 Pension Plan. If you meet the remaining eligibility requirements, you may continue to participate in the Plan as a retiree from employment with the Iron Workers Local No. 5 for a period not to exceed ten years. The cost for your benefits is determined by the Board of Trustees and will change from time to time as deemed necessary by the Trustees.

The Trustees reserve the right to review and change these retiree eligibility rules, as they do all eligibility rules and benefits provided under the Plan. It is in the Trustees' sole discretion to determine, as they deem appropriate, whether these eligibility rules should be modified or retiree coverage be terminated, in whole or in part, regardless of whether you are eligible to retire or have retired and are currently receiving the benefit or have received this benefit in the past.

Please keep this Summary of Material Modification with your SPD.

Should you have any questions about these changes, please contact the Fund Office.

Sincerely,

Board of Trustees

Iron Workers Health Trust Fund Local No. 5, Washington D.C.

Fondo de Previsión Social de Washington D. C. para el Fideicomiso de Salud de Trabajadores Siderúrgicos Local N.º 5

Domicilio real 7525 SE 24th Street, Suite 200, Mercer Island, WA 98040 • Domicilio postal PO Box 34203, Seattle, WA 98124
Teléfono (877) 367-0541 • Fax (206) 505-9727 • Sitio web: www.iw5benefits.org

Administrado por Welfare & Pension Administration Service, Inc.

29 junio 2023

Para: Todos los participantes del Plan del Fondo de Previsión Social de Washington D. C. para el Fideicomiso de Salud de Trabajadores Siderúrgicos Local N.º 5

Re: Cobertura para empleados jubilados

Este es un Resumen de Modificación Sustancial que describe los cambios que adoptó la Junta Directiva para su plan de salud. Tanto usted como su familia deben leer este aviso con atención y conservarlo con el folleto de sus beneficios para consultarlo en el futuro.

La Junta Directiva ha modificado la Descripción Sumaria del Plan (DSP) del Fondo de Previsión Social de Washington D. C. para el Fideicomiso de Salud de Trabajadores Siderúrgicos Local N.º 5 (el "Plan"), que data del 1.º de enero de 2020.

Desde el 1.º de marzo de 2023, el capítulo titulado "Cobertura para empleados jubilados" de la página 5 de la DSP se ha modificado con el fin de establecer requisitos para que puedan seguir participando los empleados no pertenecientes a unidades de negociación que finalicen su relación laboral con Iron Workers Local N.º 5. Con sus modificaciones, dicho capítulo dice lo siguiente:

4. Cobertura para empleados jubilados

Como empleado jubilado, puede seguir haciendo aportes personales para seguir participando en este Plan si cumple con los siguientes requisitos:

- debe cumplir con los requisitos para ser Participante del Plan de Salud en el momento de jubilarse;
- debe contar con un mínimo de 20 años de servicio dentro de la unidad de negociación de un Empleador que tenga contrato con la International Association of Bridge, Structural, Ornamental, and Reinforcing Iron Workers o uno o más de sus Sindicatos locales afiliados, o como Participante de dicho Plan en calidad de exintegrante de una unidad de negociación;
- debe tener un mínimo de 10 años de servicio dentro de la unidad de negociación de un Empleador que tenga contrato con Iron Workers Local N.º 5 o un Sindicato local que lo haya precedido;
- no debe estar trabajando en el sector siderúrgico, salvo que lo haga para un empleador signatario que no le impida de otro modo cumplir con los requisitos para recibir cobertura para empleados jubilados por haber recuperado su condición de empleado activo;
- debe haberse jubilado y estar recibiendo una pensión mediante el Plan de Pensión de IW 5;

- debe haber estado disponible para trabajar en el momento en el que se jubiló;
- debe inscribirse en el Plan; y
- debe hacer el pago por su propia cuenta que se exige.

Si, en el momento de jubilarse, no estaba trabajando debido a una lesión o se lo consideraba discapacitado o incapaz de trabajar, el Fideicomiso no le exigirá que cumpla con los requisitos de encontrarse apto para participar en el Plan y disponible para trabajar en el momento de jubilarse, y usted tendrá derecho a recibir cobertura para empleados jubilados. Debe haber cumplido con los requisitos para Participantes en el momento en el que se produjo la lesión o la discapacidad, y debe haber seguido teniendo la discapacidad sin interrupciones hasta el momento de jubilarse.

Si se jubiló de su empleo con el sindicato Iron Workers Local N.º 5 y, mientras trabajó allí, participó en el Plan de conformidad con un acuerdo de participación, el Fideicomiso no le exigirá que cumpla con los siguientes requisitos: (1) tener un mínimo de 20 años de servicio dentro de la unidad de negociación o como exintegrante de una unidad de negociación; (2) tener un mínimo de 10 años de servicio dentro de la unidad de negociación de un Empleador; y (3) haberse jubilado y estar recibiendo una pensión mediante el Plan de Pensión de IW 5. Si cumple con el resto de los requisitos de participación, puede seguir participando en el Plan como empleado jubilado de Iron Workers N.º 5 durante un período de no más de diez años. La Junta Directiva determina el costo de sus beneficios, el cual cambia cada cierto tiempo conforme dicha Junta lo considera necesario.

La Junta Directiva se reserva el derecho de revisar y modificar estas reglas de participación de empleados jubilados, así como todas las reglas de participación y los beneficios que se brindan mediante el Plan. Queda a discreción exclusiva de la Junta Directiva determinar, conforme lo considere apropiado, si deben modificarse estas reglas de participación o si debe interrumpirse, en todo o en parte, la cobertura del empleado jubilado, independientemente de que usted cumpla con los requisitos para jubilarse o se haya jubilado y en ese momento esté recibiendo el beneficio o haya recibido este beneficio en el pasado.

Sírvase conservar este Resumen de Modificación del Sustancial con su DSP.

Si tiene alguna pregunta sobre estos cambios, comuníquese con la Oficina del Fideicomiso.

Atentamente,

Junta Directiva

Fideicomiso de Salud de Trabajadores Siderúrgicos Local N.º 5, Washington D. C.