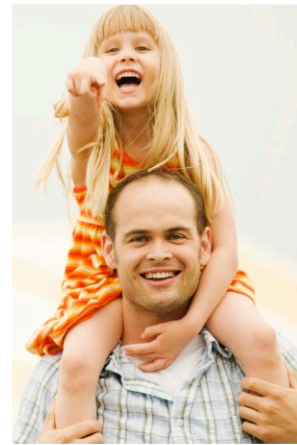




Bricklayers And Allied Craftworkers Local 13 Health Benefits Fund PPO Medical Plan



Amended, Retstated and Effective January 1, 2022

BRICKLAYERS AND ALLIED CRAFTWORKERS

LOCAL 13 HEALTH BENEFITS FUND

SUMMARY PLAN DESCRIPTION

2021

TABLE OF CONTENTS

PART ONE: GENERAL INFORMATION

1.1	Defined Terms used in this Summary Plan Description (“SPD”).....	5
1.2	General information about the Plan	7
1.3	Are the benefits this Plan provides guaranteed to me?.....	8
1.4	Who is responsible for the administration of the Plan ?	8
1.5	Who are the members of the Board of Trustees?.....	8
1.6	Who is the Plan’s legal counsel?.....	8
1.7	How are legal papers served on the Plan ?	8
1.8	How are the benefits this Plan provides paid for?.....	9
1.9	Where are the Plan’s records and reports stored?	9
1.10	Special notices required by law	9
1.11	Special enrollment rights	10
1.12	Open enrollment.....	10
1.13	Employer contributions	10
1.14	Termination of eligibility	10
1.15	Reinstatement upon return from military service	10

PART TWO: ELIGIBILITY FOR ACTIVE PARTICIPANTS

2.1	What are the requirements for Active Participants to become Initially Eligible under the Plan ?...11	
2.2	What are the monthly requirements for Continuing Eligibility under the Plan ?..... 11	
2.3	What happens to hours that I work that exceed the requirements for Continuing Eligibility ?..... 11	
2.4	How do I Continue Eligibility if I don’t work enough hours or if my employer is delinquent?..... 12	
2.5	How can I make self-payments?..... 12	
2.6	How can my coverage terminate, and if it does, how can I reinstate it?	12

PART THREE: ELIGIBILITY FOR NON-BARGAINING UNIT EMPLOYEES

3.1	What are the requirements for Initial Eligibility for Non-Bargaining Unit Employees ?..... 13
3.2	What are the requirements for Non-Bargaining Unit Employees to Continue Eligibility ?..... 13
3.3	Are Dependents of Non-Bargaining Unit Employee eligible for Plan coverage?..... 13

PART FOUR: ELIGIBILITY FOR RETIREES

4.1	What are the Initial Eligibility requirements for Retirees ?..... 13	
4.2	What are the monthly requirements for Retirees to Continue Eligibility ?	13
4.3	May I use any banked hours in my Hour Bank ?	14
4.4	What happens if I die as a Retiree ?	14
4.5	Is Retiree health care coverage available to Dependents ?	14
4.6	What happens to my coverage when I become eligible for Medicare or retire after turning age 65? 14	
4.7	Is Retiree coverage vested?.....	14

PART FIVE: ELIGIBILITY FOR DISABLED PARTICIPANTS

5.1	What are the Initial Eligibility requirements for Disabled Participants ?..... 15	
5.2	What does not qualify as a Disability ?	15

5.3	What are the monthly requirements for Disabled Participants to Continue Eligibility under the Plan ?	15
5.4	When does my eligibility terminate?	15
5.5	If my eligibility terminates, how can I be reinstated?	16

**PART SIX:
ELIGIBILITY FOR DEPENDENTS AND SURVIVING SPOUSES**

6.1	Who qualifies as a Dependent for Initial Eligibility ?	15
6.2	How is coverage available for Dependents under a court order or QMCSO ?	15
6.3	What are the requirements for Dependents to Continue Eligibility under the Plan ?	17
6.4	When does eligibility for Dependents terminate?	17
6.5	If my eligibility terminates, how can I be reinstated?	17
6.6	What coverage is available to a surviving Spouse and his or her Dependent Children ?	17
6.7	What are the costs for COBRA continuation coverage?	17
6.8	How long does COBRA continuation coverage last?	17
6.9	When will coverage for the surviving Spouse and any Dependent Children terminate?	18

**PART SEVEN:
CONTINUATION OF COVERAGE UNDER FMLA & USERRA**

7.1	What coverage is available under the FMLA?	18
7.2	What coverage is available under the USERRA?	18

**PART EIGHT:
CONTINUATION OF COVERAGE UNDER COBRA**

8.1	What is COBRA?	19
8.2	How does an individual become eligible to receive COBRA coverage?	19
8.3	When will I receive information regarding COBRA coverage?	19
8.4	What qualifying events apply to me?	19
8.5	What qualifying events apply to my Dependents ?	19
8.6	What are the notice requirements if I experience a qualifying event?	20
8.7	How long is COBRA coverage available for?	20
8.8	Can my COBRA coverage be extended?	20
8.9	What are the requirements to extend COBRA if I or my Dependents become disabled?	20
8.10	What should I do if SSD status is lost?	21
8.11	Can I extend COBRA coverage again after a second qualifying event?	21
8.12	How do I extend COBRA coverage for the second qualifying event?	21
8.13	How much does COBRA continuation coverage cost?	21
8.14	How long does COBRA coverage last?	22

**PART NINE:
BENEFITS UNDER THIS PLAN**

9.1	Major medical, surgical, and prescription drug benefits	22
9.2	What death benefits are available?	22
9.3	How do I designate Beneficiaries ?	22
9.4	What happens to my death benefits if I do not designate any Beneficiaries ?	22
9.5	What happens if I do not specify how my death proceeds are to be divided?	23
9.6	What if any named Beneficiary is a minor?	23
9.7	What happens if the named Beneficiaries die before me?	23
9.8	Are dental coverage benefits available under the Plan ?	23
9.9	Are there any other benefits offered under the Plan ?	23

**PART TEN:
RESTRICTIONS ON YOUR COVERAGE**

10.1 Are there any exclusions to benefits under the Plan ?	23
10.2 Are there any limitations to benefits under the Plan ?	27
10.3 How does the Plan coordinate benefits with other policies or insurance?	27
10.4 If my Spouse and I are covered on separate plans, which plan covers our Dependent Children ?	28
10.5 What if I am injured in a car or motorcycle accident?	28
10.6 What is the order of coverage under the COB rules?	28
10.7 How are benefits coordinated for out-of-state policies?	29
10.8 How are benefits coordinated if I am on Medicare?	29
10.9 What if I fail to comply with the COB rules of my plans?	29
10.10 Do I have any subrogation rights?	29
10.11 Is there a maximum amount of cost sharing under this Plan ?	29
10.12 Are there any disease and cost management programs?	30

**PART ELEVEN:
HOW TO FILE CLAIMS AND APPEAL DENIALS**

11.1 Defined terms used under this section	31
11.2 What is the standard used by the Claims Administrator to adjudicate Claims and Appeals ?	32
11.3 Within what timeframe do I have to submit Claims to the Claims Administrator ?	32
11.4 What are the notification periods for the different types of Claims ?	32
11.5 How is the time calculated?	33
11.6 If my Claim gets denied, what happens?	33
11.7 If I do not speak English, how are the services and notices provided to me?	33
11.8 If I want to appeal the denial, what do I have to do?	33
11.9 How does the Step 1 Appeals process work?	33
11.10 How does the Step 2 Appeals process work?	34
11.11 Do I have to go through the appeals process?	35
11.12 When can I ask for an external Appeal of a denial by the Board of Trustees?	35
11.13 What are my rights in reference to bringing a civil action under § ERISA 502(a)?	35

**PART TWELVE:
MY RIGHTS AND RESPONSIBILITIES**

12.1 What are my rights under ERISA?	36
12.2 What are my rights under HIPAA, HITECH and GINA?	37
12.3 When do I have to notify the Plan of changes in my life?	37
12.4 How does the plan treat child medical support orders?	38
12.5 If I bring a lawsuit against the Plan , can I sue in any court I want to?	38
12.6 What happens when circumstances or benefits change?	38

APPENDIX A	39
-------------------	----

APPENDIX B	43
-------------------	----

APPENDIX C	55
-------------------	----

PART ONE:
GENERAL INFORMATION

1.1 Defined terms used in this Summary Plan Description (“SPD”):

There are certain terms that will be used in this **SPD** that have a specific meaning. These terms are defined below and will be **bolded** when they appear throughout this **SPD**.

- **Active Participant** – means a Participant that is working in **Covered Employment**, and on whose behalf an Employer makes contributions to this Plan.
- **Association**. The Tile, Marble, and Stone Contractors Association.
- **Beneficiary** – means the person or persons designated by an **Employee, Retiree or Disabled Participant** to receive benefits from the **Plan** in the event of his/her death, or, in the absence of an effective designation, if such designated person or persons shall have died, the first of the following classes of beneficiaries, then surviving, in successive preference, the **Active Participant, Retiree or Disabled Participant's**: (a) **Spouse**; (b) **Child(ren)**; (c) parent(s); (d) brothers and/or sisters; and (e) estate. The term "**Children**" shall include legally adopted **Children**. For purposes of other benefits under the **Plan**, the term **Beneficiary** shall mean the **Participant's** eligible **Spouse or Child**.
- **Benefit Year** – means the calendar year beginning every January 1 and ending every December 31.
- **Child** – means any **Child(ren)** of the **Employee, Retiree or Disabled Participant**, including:
 - A son, daughter, stepchild, adopted **Child**, **Child** lawfully placed for adoption, a **Child** meeting the definition of a “foster **Child**” under applicable law that is lawfully placed with the **Employee, Retiree or Disabled Participant** by an authorizing placing agency or by court order, and is under the age of twenty-six (26). In case of divorce, proof of the **Employee, Retiree or Disabled Participant's** obligation to provide coverage for a **Child** shall be required, such as a judgment of divorce;
 - Any illegitimate children under the age of twenty-six (26), so long as the **Employee, Retiree or Disabled Participant** provides the **Benefits Office** with proof of paternity by presenting a registered birth certificate, naming the **Employee, Retiree or Disabled Participant** as the father, order of filiation, or adoption order;
 - Any handicapped **Child** who is incapable of self-sustaining employment because of a mental or physical handicap; and who the **Employee, Retiree or Disabled Participant** is required by court-order to provide support and maintenance; who is unmarried; and whose handicap began before age twenty-six (26);
 - An individual named under the terms of a **Qualified Medical Child Support Order**; or
 - Any person for whom a court has appointed the **Employee, Retiree or Disabled Participant** as his/her legal guardian; and who is under the age of twenty-six (26).
- **Claim** – means a request for a **Plan** benefit by a **Participant**.
- **Collective Bargaining Agreement or CBA** – means an agreement between an **Employer** and the **Union** to which **Employer** has agreed to provide fringe benefit contributions to the **Plan**.
- **Continuing Eligibility** – means the requirements for a **Participant** to **Continue Eligibility** for benefits under the **Plan** after meeting the requirements for **Initial Eligibility**.
- **Contribution Hours** – means the hours worked in **Covered Employment**, for which an **Employer** has made hourly contributions on your behalf to this **Plan** pursuant to a **Collective Bargaining Agreement**, or other written agreement. Only hours for which contributions are received by the **Plan** will be deemed **Contribution Hours**.
- **Covered Employment** – means employment with an **Employer**, for which the **Employer** has agreed, through a written **Collective Bargaining Agreement** with the **Union**, or other written agreement, to contribute to this **Plan**.
- **Dependent** – means **Spouse**, tax code dependent, **Child** or any other individual who meets the definition of a **Dependent** set forth in the **Plan** and **SPD**.
- **Disabled** – means that as a result of a physical or mental condition, the Board of Trustees find, on the basis of satisfactory medical evidence, that an **Active Participant** is prevented from engaging in **Covered Employment**. Disabilities occurring as a result of any of the following will not meet this definition: (1) use of narcotics; (2) disabilities contracted, suffered, or incurred while the **Participant** was engaged in or resulted from participation in any criminal activity; or (3) comes from a self-inflicted injury that is not the result of a medical condition.
- **Effective Date** - means the effective date of this **SPD**, the effective date of a specific benefit, or the date a **Participant** becomes eligible for benefits.

- **Employee** – means any person who is or has been employed by an **Employer** in **Covered Employment**, or such other employment for which the **Employer** is obligated by a **Collective Bargaining Agreement**, or any other written agreement, to contribute to this **Plan**.
- **Employer** – means any of the following:
- Any member of an employer association and any other individual, partnership, corporation or business entity which is employing the services of individuals performing work that is within the trade jurisdiction of the Union and which has a **Collective Bargaining Agreement** or any other written agreement in effect, requiring contributions to this **Plan**;
 - Any other **Employer** engaged in work coming within the trade, craft and geographical jurisdiction of the **Union**, who is obligated by a **Collective Bargaining Agreement**, or such other written agreement, to make contributions to this **Plan** on behalf of its **Employees**;
 - The **Union**, its affiliated locals or related international bodies, solely to the extent that it acts in the capacity of an **Employer** of its business representative or its **Employees**, provided it agrees to make contributions to the **Plan** on behalf of such **Employees**;
 - Any training or other similar program operated in whole or in part by the **Union**, or with its approval, or in which the **Union** participates;
 - Any board of trustees, committee or other agency established to administer or be responsible for fringe benefit funds, educational or other programs established through collective bargaining by the **Union**, the members of which maintain a collective bargaining relationship with the **Union**;
 - Any council, committee, or other body composed of representatives of one or more labor organizations of which the **Union** is a member and agrees in writing to participate herein; or
 - Any sponsoring employer association, whose members maintain a collective bargaining relationship with the **Union**, solely in its capacity as an **Employer** of **Employees**, on whose behalf it has agreed in writing to make contributions to this **Plan**.

In the case of an **Employer** electing to contribute pursuant to the provisions the last four (4) provisions above, contributions must be uniformly made with respect to all **Employees** of that **Employer**.

- **Employer Contributions** – means those sums required to be paid to the **Plan** pursuant to the governing **Collective Bargaining Agreement** between an **Employer** and the **Union**.
- **Hour Bank** – means an account held in an **Employee’s** name that keeps track of the **Employee’s Hours of Service** worked for any **Employer** for purposes of determining eligibility under the **Plan**.
- **Hours of Service** – means the hours worked in **Covered Employment**, for which an **Employer** has made **Employer Contributions** to the **Plan** pursuant to a **Collective Bargaining Agreement**, or other written agreement.
- **Initial Eligibility** – means the requirements for the **Participant** to become eligible for benefits under the **Plan**.
- **Leave of Absence** – means any leave granted by an **Employer** for reasons of health or public service, including but not limited to leave under the Family Medical Leave Act, for maternity or paternity leave, for service in the Armed Forces of the United States, or other such leave that is approved by the **Active Participant’s Employer**.
- **Medical Provider** – means any of the following:
- A doctor of medicine, osteopathy, chiropractor, podiatry or optometry, legally qualified and licensed to practice medicine, perform surgery, or provide services at the time and place services are performed;
 - A person who is licensed or certified as a psychologist (but not including a person acting within the scope of a partial or limited license or certification);
 - A person who is a member or Fellow of the American Psychological Association if there is no licensure or certification in the jurisdiction where such person renders service; and
 - A physician’s assistant, nurse, or person of a similar position working under the direction of the treating physician. The **Plan** will provide coverage for services administered by a physician’s assistant or an otherwise qualified person working under a physician, however, the **Plan** or its network provider may seek physician verification prior to approving payment for any claims or benefits or audit claims.
- **Medically Necessary** – means health-care services or supplies needed to prevent, diagnose, or treat an illness, injury, condition, disease, or its symptoms and that meet accepted standards of medicine.
- **Non-Bargaining Unit Employee** – means an **Employee** of an **Employer** who is not covered by a **Collective Bargaining Agreement**.

- **Participant** – means an individual who is or was provided coverage under the **Plan** based upon the applicable requirements established by the **Board of Trustees** to be eligible for benefits under this **Plan**.
- **Plan Administrator** – means the **Plan** or such individuals or committee as appointed by the **Plan**.
- **Plan** – means the Bricklayers and Allied Craftworkers Local 13 Health Benefits Fund, or any successor thereto.
- **Plan Year** – means the calendar year, January 1 through December 31.
- **Pension Plan** – means the Bricklayers and Allied Craftworkers Local 13 Defined Contribution Pension Plan.
- **Predecessor Plans** – means the Bricklayers and Allied Craftworkers Local 13 Health Benefits Fund PPO Medical Plan, effective May 1, 2016.
- **Qualified Medical Child Support Order (QMCSO)** – means a medical support order which creates or recognizes the existence of an alternate recipient’s right to receive benefits as a **Dependent Child** under this **Plan** and includes:
 - The name and the last known mailing address (if any) of the **Participant** and the name and mailing address of each alternate recipient covered by the order;
 - A reasonable description of the type of coverage to be provided by the **Plan** to each such alternate recipient or the manner in which such type of coverage is to be determined (not to exceed the level of coverage offered by the **Plan**);
 - The period to which such order applies; and
 - The legal name of this **Plan**.
- **Retiree** – means an individual who has retired from **Covered Employment** and who is receiving pension benefits from a plan sponsored by the **Union** and who meets the **Plan’s** requirements for **Retiree** coverage.
- **Sickness** – means disease, mental, emotional or nervous disorders, and covered pregnancy. A recurrent sickness shall be considered as one sickness. All related sicknesses shall be considered as one sickness. Concurrent sickness shall be deemed to be one sickness unless such sicknesses are totally unrelated.
- **Spouse** – means the individual to whom an **Employee** is legally married to, and shall include same sex spouses. A marriage certificate shall be required as proof of a valid marriage.
- **Union** – means the Bricklayers and Allied Craftworkers Local 13, an affiliated local **Union** of the Bricklayers and Allied Craftworkers Mountain West Administrative Council, or any successor thereto.

1.2 **General Information about the Plan**

The Bricklayer and Allied Craftworkers Local 13 Health Benefit Fund (referred to as the “**Plan**” throughout this document) was created as a result of collective bargaining between the **Employers** that pay into the **Plan** and the **Union**. This **Plan** is a health and welfare plan and is subject to the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (“ERISA”). Federal law requires that a joint Board of Trustees operate this **Plan**. The Association appoints half of the Trustees, while the other half of the Trustees are elected by the **Union**. The Board of Trustees has complete discretionary authority to operate the **Plan** and to make benefit determinations. In some instances, it delegates that authority to third parties, such as the **Plan Administrator**. For more information on the authority and powers of the Board of Trustees, please consult the **Plan** document and the declaration of trust (you can obtain information on how to view these documents by contacting the **Plan Administrator**). This **Plan** is self-funded, meaning the benefits are paid from the assets of the trust. Some ancillary benefits, however, are provided through a policy of insurance. These benefits are described in detail within this **SPD**.

If you are an **Active Participant** working in the field, for each hour that you work, your **Employer** is required to pay the amount under the **CBA** negotiated on your behalf by the **Union** to the **Plan**. Once your **Employer** has paid in enough hours on your behalf, you become eligible for benefits unless you qualify for expedited eligibility, which is discussed later in this **SPD**. If you wish to obtain a copy of the **CBA**, you can request it from the **Plan Administrator**. You can also obtain from the **Plan Administrator** a list of **Employers** and employer organizations that sponsor this **Plan**.

A **Plan Administrator** is a third-party entity that administers the **Plan** on the Board of Trustees’ behalf. For example, the **Plan Administrator** receives **Employer Contributions** from the **Employers**, determines eligibility, in some instances pays claims, and in general is responsible for the day-to-day operation of the **Plan**. The current **Plan Administrator** is Zenith American Solutions. The phone number where you can reach the **Plan Administrator** is (702) 853-9605 and the address is 2250 S. Rancho Dr., Suite 295, Las Vegas, Nevada 89102.

The Plan's federal identification number is 88-0476131. The Plan ID Number is 501.

1.3 Are the benefits this Plan provides guaranteed to me?

No. This **Plan** is different than the **Pension Plan**. **The benefits provided by this Plan are not accrued, guaranteed, or lifetime benefits. The Board of Trustees may amend, change, or discontinue benefits at any time.** If the **Plan** is terminated, any claim for benefits pending at the time of such termination will be considered a priority claim against the remaining assets of the **Plan**, to the extent permitted by law.

1.4 Who is responsible for the Administration of the Plan?

The Board of Trustees, or its designated representatives or agents, will have the fullest possible discretionary authority to administer all aspects of the **Plan's** operations. This includes, but is not limited to, the exclusive right and discretion to interpret all terms and provisions of the **Plan's** governing documents, which include, but are not limited to, the Health & Welfare Plan, the Trust Agreement, this Summary Plan Description, any Summary of Material Modifications, or any document, instrument, or record used to administer the **Plan**, as well as any amendments or modifications to these documents. Such authority and discretion will be to the broadest extent possible as permitted under and/or by the law. Unless otherwise expressly provided by applicable law, the Board of Trustee's determination on all matters related to the **Plan** will be final and binding on all concerned parties.

1.5 Who are the members of the Board of Trustees?

Labor Trustees

Rich Crawford

Bricklayers & Allied Craftworkers Local 13
3900 W. Quail Avenue
Las Vegas, NV 89118

Anthony Ivester

Bricklayers & Allied Craftworkers Local 13
3900 W. Quail Avenue
Las Vegas, NV 89118

Eduardo Zavala

Bricklayers & Allied Craftworkers Local 13
3900 W. Quail Avenue
Las Vegas, NV 89118

Jacob Gonzalez

Bricklayers & Allied Craftworkers Local 13
3900 W. Quail Avenue
Las Vegas, NV 89118

Management Trustees

Mark Fenstermaker

Western Tile & Marble
6285 South Valley View Blvd., Ste A
Las Vegas, NV 89118

Tom McDonald

T Nickolas Co.
3710 W. Sunset Road
Las Vegas, NV 89118

Gilbert Normandeau

Frontier Stone Works
3225 E. Post Rd.
Las Vegas, NV 89120

Matt Hansen

Henderson Masonry
221 Sunpac Ave,
Henderson, NV 89011

1.6 Who is the Plan's legal counsel?

The **Plan's** legal counsel is Novara Tesija, Catenacci, McDonald & Baas P.L.L.C. Their address is 888 W. Big Beaver Road, Suite 600, Troy, Michigan 48084. The firm's phone number is 248-354-0380. The **Plan's** attorneys are responsible for handling all legal matters that affect the **Plan** and its operation.

1.7 How are legal papers served on the Plan?

Legal papers can be served on the **Plan Administrator**, or the **Plan's** legal counsel.

1.8 How are the benefits this Plan provides paid for?

The benefits are self-funded, meaning that the **Plan** pays claims out of its assets. The assets of the **Plan** come from **Employer Contributions**, which are made for each hour worked by **Active Participants**, along with investment earnings on these contributions. However, the Board of Trustees may, at any time, choose to provide some or all of the **Plan's** benefits on an insured basis.

1.9 Where are the Plan's records and reports stored?

The Board of Trustees will keep such records and other data as may be necessary for the proper administration of the **Plan**. Upon receipt of a written request, the Board of Trustees shall furnish you and/or a **Beneficiary** with a copy of the **Plan**, trust agreement, or latest annual report, subject to exceed the lesser of: (1) the actual cost of reproduction; or (2) \$0.25 per page.

1.10 Special notices required by law

Federal law requires that the **Plan** inform you about certain benefits. The **Plan Administrator** also will provide these notices on an annual basis, or with certain benefit statements when required by law.

Rights under the Women's Health and Cancer Rights Act. The **Plan**, as required by the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998, provides benefits for mastectomy-related services, including all stages of reconstruction and surgery to achieve symmetry between the breasts, prostheses, and complications resulting from a mastectomy, including lymphedema. For additional information, please contact the **Plan Administrator**.

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

Non-Discrimination. The **Plan** complies with all applicable civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. The **Plan** does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. The **Plan** further provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters, written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats), and provides free language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, please contact the **Plan Administrator**. If you believe that the **Plan** has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201
Toll Free: 1-800-368-1019
800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Primary Care/OB/GYN Care. The **Plan** does not impose any restrictions on your choice to designate a primary care provider, pediatrician, or require prior approval to obtain OB/GYN care.

1.11 Special enrollment rights

Even if you become eligible for benefits from the **Plan**, you may elect to decline coverage. If you do so, you will not receive money back on your check. However, if you lose the other coverage, you can enroll in coverage again from the **Plan** (special enrollment). **If that happens, you must request reenrollment in the Plan within thirty (30) days of losing the other coverage.**

Special enrollment also allows you to add a new **Dependent** (new **Spouse** or **Child**) as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption. **Newborns are automatically covered from the moment of birth. However, you must provide a copy of the new baby's birth certificate to the Plan Administrator within thirty (30) days of the birth.**

If you are adding a new Spouse, Child, including stepchild, or adopted Child that is not a newborn, you need to notify the Plan Administrator within thirty (30) days of the event (the marriage, date of adoption, etc.). You will also need to provide evidence of the relationship (copy of the marriage license, court order for adoption, etc.). If you have questions or need more information, please contact the **Plan Administrator**. These rights and obligations are also discussed again in detail in Part Thirteen of this **SPD**.

1.12 Open enrollment

Open enrollment is from December 1st through December 31st of each year. Open enrollment is different than special enrollment. Special enrollment lets you or a **Dependent** come back onto the **Plan** at any time during the year and is triggered by a specific event (loss of other health coverage, for example). Open enrollment happens only during December and does not require any specific event to occur. An example of when someone would use open enrollment would be if that person knew that starting the next year, (s)he wanted to drop other coverage and restart coverage with this **Plan**. Another example would be if a person experienced a special enrollment event but missed the thirty (30)-day window to request enrollment or provide the required information, such as a marriage license.

1.13 Employer contributions

Employer Contributions are fringe benefit contributions received by the **Plan** for each hour worked in **Covered Employment** by **Active Participants**. Only contributions actually received by the **Plan** will be counted as **Employer Contributions**. This means that hours you have worked in which contributions are due for, but have not yet been paid to the **Plan**, by your **Employer**, will not be counted as **Employer Contributions** toward eligibility for benefits under this **Plan**.

1.14 Termination of eligibility

Eligibility for benefits under this **Plan** shall terminate on the last day of the month for which you or your **Dependents** have failed to meet any applicable requirement for eligibility. If you are **Continuing Eligibility** by making self-payments (discussed later), eligibility for benefits shall terminate on the last day of the month preceding the month in which you cease making self-payments.

1.15 Reinstatement upon return from military service

Contributions, benefits and service credit with respect to qualified military service will be provided in accordance with Section 414(u) of the Internal Revenue Code, as amended from time to time.

PART TWO:
ELIGIBILITY FOR ACTIVE PARTICIPANTS

2.1 What are the requirements for Active Participants to become Initially Eligible under the Plan?

Active Participants become **Initially Eligible** for benefits on the first day of the second month following the month in which he or she accumulates a minimum of at least three-hundred sixty (360) **Hours of Service** within in any consecutive four (4) month period following the date he or she begins **Covered Employment**.

*Example 1: Alex starts work in February. He works 90 hours in each of the following months: February, March, April and May. Alex will be covered under the **Plan** beginning July 1.*

If an **Active Participant** fails to accumulate 360 **Hours of Service** within four (4) months, the first month's hours will be dropped and the total **Hours of Service** in the next four months will be counted to determine **Initial Eligibility**.

*Example 2: Sue starts work in February. She works 90 hours in February (month 1), 90 hours in March (month 2), 80 hours in April (month 3), and 90 hours in May (month 4). Sue only has 350 **Hours of Service** after the four (4) month period and does not meet the **Initial Eligibility** requirement of 360 **Hours of Service**. Therefore, February (month 1) will be dropped, and the next four (4) months, March through June, will be counted in order to determine Sue's **Initial Eligibility** under the Plan.*

The **Plan Administrator** will determine your eligibility automatically. **Initial Eligibility** rules apply to you if you have terminated coverage or your coverage have been automatically terminated. You cannot make self-payments (discussed below) to establish **Initial Eligibility**.

Once you establish **Initial Eligibility**, you will be eligible for benefits so long as your **Hour Bank** has a minimum of one-hundred twenty (120) **Hours of Service**. Additionally, you will receive a packet of information from the **Plan Administrator**. You should read it carefully and return any forms that you are requested to complete. A failure to return these forms could delay payment of your claims, as many of the forms contain information necessary to process your claims for benefits. Please note other benefits under this **Plan** may have additional eligibility conditions that you need to meet prior to receiving benefits.

2.2 What are the monthly requirements for Continuing Eligibility under the Plan?

After you become **Initially Eligible** for benefits, you **Continue Eligibility** by maintaining at least one-hundred twenty (120) **Hours of Service** each month. All monthly **Hours of Service** in excess of those needed for **Continuing Eligibility** can be used for future eligibility and will be banked in your **Hour Bank**.

Remember, only hours actually paid by your **Employer** count towards eligibility. If your **Employer** fails to pay on time, you will have to **Continue Eligibility** by using any **Hours of Service** that you have accumulated in your **Hour Bank** or by making a self-payment.

2.3 What happens to hours that I work that exceed the requirements for Continuing Eligibility?

Hours of Service received by the **Plan** in one calendar month in excess of 120 **Hours of Service** are credited to your **Hour Bank**. You must maintain a minimum of 120 **Hours of Service** in your **Hour Bank**, but cannot maintain more than 720 **Hours of Service** in your **Hour Bank**. In any month that you do not work at least 120 hours, the **Plan** will automatically take **Hours of Service** from your **Hour Bank** to **Continue Eligibility**. If you do not have enough **Hours of Service** in the **Hour Bank**, you can **Continue Eligibility** by making self-payments. The terms and conditions for making self-payments are described below in Section 2.5.

Please Note, in order to use the Hour Bank, you must be available for work from an Employer unless you are Disabled, retire or take a Leave of Absence. Failure to register on the Union's out of work list, allow your status on the out-of-work list lapse, or maintain your book with the Union, all of these will result in a rebuttable

presumption that you are not available for work. As a result, the balance in your Hour Bank will be forfeited to the Plan, and you will not be eligible to make self-payments. You will then, if eligible, be offered coverage under the COBRA provisions of this Plan. If you lose eligibility under this provision, you may only reestablish eligibility by meeting the Initial Eligibility requirements discussed in Section 2.1. The requirements of this subsection will not apply if you provide evidence of Disability or Leave of Absence.

2.4 How do I Continue Eligibility if I don't work enough hours or if my Employer is delinquent?

If you do not work enough hours to stay eligible or your **Employer** is delinquent in remitting required **Contribution Hours** to the **Plan**, you can still **Continue Eligibility** by either drawing from your **Hour Bank**, by making a self-payment, or using a combination of these methods if you are otherwise eligible to do so. The terms and conditions of making self-payments are described in Section 2.5 below.

2.5 How can I make self-payments?

If you do not work at least 120 hours in a month and do not have enough hours in your **Hour Bank** to continue coverage, you may be able continue coverage by making a full or partial self-payment. A full self-payment is made when made when there are no **Contribution Hours** received on your behalf for a particular month and you have no hours remaining in your **Hour Bank**. Partial self-payments are self-payments that are offset by **Contribution Hours**, hours from your **Hour Bank**, or a combination of these two methods. The current self-payment rate is determined by taking 120 multiplied by the in-force contribution rate under the CBA, which is then reduced by any **Contribution Hours**, hours from the **Hour Bank**, or a combination of these methods. Please note that maximum number of consecutive full self-payments you can make is six (6), after which you will be offered COBRA coverage.

Example: Peter works 120 hours each in January, February, March and April, but does not work any hours in May. He does not have any hours in his Hour Bank. Even if Peter does not find another job with an Employer, provided he is otherwise available for work, registers on the out of work list and maintains his book, he can make full self-payments until October to continue coverage.

If a self-payment is needed to continue coverage, you will receive a notice from the Plan Administrator. **Self-payments are due to the Plan Administrator by the 25th day of each month.**

Hour Bank Buy-Up or “partial self-payments”. If your **Hour Bank** balance falls below the 120 **Hours of Service** required for **Continuing Eligibility**, but not less than one (1) **Hour of Service**, the **Active Participant** may buy up the amount needed to bring the **Hour Bank** balance to 120 **Hours of Service**, i.e. make partial self-payments. The charge for this buy-up provision is the current hourly contribution paid by the **Active Participant’s Contributing Employer** multiplied by the number of **Hours of Service** needed to bring the **Hour Bank** balance to 120 **Hours of Service**. In order to be eligible to **Continuing Eligibility** under this provision, the **Active Participant** must be available for **Covered Employment**, as provided in this Section. There is no limit to the number of partial self-payments that you may make under this provision.

Please note that in order to be eligible to make self-payments, you must be available for work from an Employer unless you are Disabled, retire or are on a Leave of Absence. Failure to register on the Union’s out of work list or to maintain your book with the Union will result in a rebuttable presumption that you are not available for work. As a result, you will not be eligible to make self-payments and the balance in your Hour Bank will be forfeited to the Plan. You will then, if eligible, be offered coverage under the COBRA provisions of the Plan.

2.6 How can my coverage terminate, and if it does, how can I reinstate it?

If your coverage is terminated, you must again meet the requirements for **Initial Eligibility**.

PART THREE:
ELIGIBILITY FOR NON-BARGAINING UNIT EMPLOYEES

3.1 What are the requirements for Initial Eligibility for Non-Bargaining Unit Employees?

Non-Bargaining Unit Employees are employed by an **Employer** but are not working in the field like **Active Participants**. Benefits provided to **Non-Bargaining Unit Employees** are the sole and absolute discretion of the Board and require your **Contributing Employer** to have signed a participation or subscription agreement with the **Plan**. You become eligible for benefits on the first day of the fourth month following the month in which you work 640 hours for an **Employer**. Coverage for **Non-Bargaining Unit Employees** will continue subject to the terms of the applicable participation or subscription agreement.

The **Plan Administrator** will determine your eligibility automatically. In order to be eligible, however, you must complete and return all necessary enrollment forms to the **Plan Administrator**.

3.2 What are the monthly requirements for Non-Bargaining Unit Employees to Continue Eligibility?

After becoming **Initially Eligible** for benefits, you will **Continue Eligibility** subject to the terms of the applicable participant or subscription agreement.

3.3 Are Dependents of Non-Bargaining Unit Employees eligible for Plan coverage?

Yes. A **Non-Bargaining Unit Employee's Dependents** shall be eligible for coverage in accordance with the terms of **Plan** and as described below in Part Six.

PART FOUR:
ELIGIBILITY FOR RETIREES

4.1 What are the Initial Eligibility requirements for Retirees?

In order to qualify for coverage as a **Retiree** you must meet either of the following requirements:

- (a) If you are a **Retiree** and have been covered under the International Health Fund (IHF) for the month December 2000, you will continue to be eligible under the local Las Vegas plan that was effective as of January 1, 2001, provided you continually pay your premiums on a monthly basis; or
- (b) If you do not fall under the criteria set forth in Section 4.1(a) above, but you are an **Active Participant** of a **Contributing Employer** and are not a **Non-Bargaining Unit Employee**, you must meet the following requirements in order to become **Initially Eligible** for coverage as a **Retiree** under the **Plan**:
 - (i) You are either (A) age 55 or older; or (B) covered by Parts A & B of Medicare as a disabled person; and
 - (ii) You have stopped work in the industry; and
 - (iii) You were covered under the **Predecessor Plan** for (A) 120 months out of the last 180 months, (B) 24 months out of the last 60 months, and (C) on the day prior to retirement.

If you meet the requirements above and wish to apply for benefits you must contact the Plan Administrator.

4.2 What are the monthly requirements for Retirees to Continue Eligibility?

Retirees must self-pay for all health care coverage. Coverage is maintained by timely remitting the required self-payment premiums each month. You will be notified by the **Plan Administrator** of the monthly amount due to **Continue**

Eligibility. The self-payment amount is established and subject to change by the Board of Trustees. You may make arrangements between this **Plan** and other pension, annuity or similar plans for direct payment of premiums.

Self-payments are due by the 25th of each month. If you fail to make a timely self-payment, you will lose your coverage and it cannot be reinstated.

4.3 May I use any banked hours in my Hour Bank?

Yes, you may use all hours in the **Hour Bank** to **Continue Eligibility** before being required to make self-payments.

4.4 What happens if I die as a Retiree?

In the event of your death, your **Dependents** have the right to election continuation of coverage under COBRA in the event of your death.

4.5 Is Retiree health care coverage available to Dependents?

Yes. A **Retiree’s Dependents** shall be eligible for coverage in accordance with the terms of **Plan** and as described below in Section Seven.

4.6 What happens to my coverage when I become eligible for Medicare, or if I retire after turning age 65?

Retirees are required to enroll in Parts A and B of Medicare when eligible to do so. For coordination of benefits purposes, the **Plan** will process claims for **Retirees** eligible for Medicare as if the **Retiree** enrolled in Parts A and B. The Medicare coordination of benefit rules are summarized below:

COVERAGE	PRIMARY	SECONDARY
At least one Contributing Employer has 20 or more Employees , and the Participant or Spouse of a Participant is 65 or older	This Plan	Medicare
Retired Participant or Spouse of a Retired Participant , who is 65 or older	Medicare	This Plan
At least one Contributing Employer has 100 or more Employees , and the Dependent or Participant is Disabled	This Plan	Medicare
No Contributing Employer has 100 or more Employees , and the Dependent or Participant is Disabled	Medicare	This Plan
Participant or Dependent with End-Stage Renal Disease (ESRD)	This Plan for the first 30 months of Medicare eligibility. In month 31, Medicare will be primary.	Medicare for the first 30 months of Medicare eligibility. In month 31, this Plan will be secondary.

4.7 Is Retiree coverage vested?

No, coverage is not a vested or guaranteed benefit for **Retirees**. At the Board of Trustees’ discretion, it may be expanded, reduced or cancelled at any time.

PART FIVE:
ELIGIBILITY FOR DISABLED PARTICIPANTS

5.1 What are the Initial Eligibility requirements for Disabled Participants?

If you are an **Active Participant** and you become **Disabled**, you will establish **Initial Eligibility** for up to 12 months of **Disability** coverage within a 24-month period if you meet the definition of **Disabled** as described in Section 1.1, you are unable to work more than thirty (30) days due to being **Disabled**, and you are under the care of a physician for the entire duration of your **Disability**. You must fill out and submit any requested application and enrollment forms to the **Plan** within thirty (30) days of a diagnosis of **Disability** prior to beginning coverage. You must establish proof of your **Disability** in at least one of the following ways:

- (a) By providing evidence of your **Disability** under the Nevada Industrial Insurance Act for an injury arising out of work in the industry; or
- (b) By providing written certification from your physician that you are continuously and completely prevented by injury or sickness from performing without accommodation the essential job functions of your occupation in the industry.

The Board of Trustees, in its discretion, may require a second opinion from a physician of Disability.

5.2 What does not qualify as a Disability?

Conditions or injuries resulting from any of the following, do not qualify as **Disabled** under the **Plan**:

- (a) War or act of war, including armed aggression resisted by the armed forces of any country, combination of countries or international organization, whether or not war is declared;
- (b) Service (other than active duty service for two months or less for training purposes only) in the armed forces of any country or international organization;
- (c) Intentionally self-inflicted injuries, unless the source of the injuries is a protected source under applicable law;
- (d) Injuries due to an accident, caused in whole or in part by illegal drug use, alcohol or the illegal use of prescription drugs; or
- (e) Injuries sustained while performing work in the same trade or craft covered by a collective bargaining agreement, pursuant to which contributions are made the **Plan** for an employer who is not signatory to the **Plan** by any such agreement.

No benefits will be provided under this Section 4.3 during any period in which you are gainfully employed in any capacity. Additionally, no benefits will be provided for any portion of the period of disability during which you do not reside in the service area as defined by the Plan.

5.3 What are the monthly requirements for Disabled Participants to Continue Eligibility under the Plan?

Once you meet the requirements for **Initial Eligibility**, you stay eligible by making timely self-payments to the **Plan** at the rates and under conditions established from time to time by the Board of Trustees. Additionally, during the **Disability** period, your Hour Bank will be frozen.

5.4 When does my eligibility terminate?

If you are **Disabled**, your coverage could terminate in one of two ways:

- If you exhaust 12 months of **Disability** coverage within a 24-month period; or
- If you return to **Covered Employment**, your eligibility will terminate under the **Plan**, and you must again meet the **Initial Eligibility** requirements under the terms of the **Plan** if you wish to receive health and welfare benefits.

If your eligibility terminates, it will terminate on the first day of the month following the month in which you are no longer eligible for coverage under the **Plan**. After your eligibility terminates, you will then be eligible for COBRA coverage.

5.5 If my eligibility terminates, how can I be reinstated?

If you are a **Disabled Participant**, and your eligibility terminates, you cannot be reinstated. However, if you return to **Covered Employment** and are no longer **Disabled**, but you then become **Disabled** again, you must again meet the requirements for **Initial Eligibility** discussed in Section 5.2 in order to receive benefits under this **Plan**. Please note, any subsequent **Disability** after returning to **Covered Employment** must occur more than 30 days after recovering from the initial **Disability** in order to be classified as a second **Disability** period. If you become **Disabled** less than 30 days after recovering from the initial **Disability**, the subsequent **Disability** will be considered part of the same **Disability** period, unless such subsequent **Disability** lasts less than ten (10) days and is from a different or unrelated cause.

PART SIX: **ELIGIBILITY FOR DEPENDENTS AND SURVIVING SPOUSES**

6.1 Who qualifies as a Dependent for Initial Eligibility?

An eligible **Dependent** includes any of the following:

- Your **Spouse**;
- Your son, daughter, stepchild, adopted **Child**, **Child** lawfully placed for adoption, or **Child** meeting the definition of a “foster **Child**” under applicable law that is lawfully placed with you by an authorizing placing agency or by court order, and is under the age of twenty-six (26). A copy of the order of adoption, guardianship or placement order must be provided to the Benefits Office;
- Each handicapped **Child**, who is incapable of self-sustaining employment because of a mental or physical handicap, and who is dependent on you for support and maintenance. He or she will remain your **Dependent Child** and be eligible for coverage so long as: you remain eligible for benefits as a **Retiree**, early **Retiree** or **Disabled Participant**; (b) your **Dependent Child** is unmarried; and (c) such incapacity began before the date the **Child’s** coverage would otherwise terminate under the Plan (for example, the disability began before the **Child** was age twenty-six (26). Proof of the **Child’s** incapacity must be submitted to the **Plan** office within thirty-one (31) days of the date such **Dependent’s** coverage would have otherwise terminated; or
- An individual through a valid order of a court, by the Board of Trustees to be a QMCSO under applicable federal law, which creates or recognizes the right of an alternate recipient to benefits as your eligible **Dependent** under the **Plan**.

6.2 How is coverage available for Dependents under a court order or QMCSO?

The **Plan** will provide benefits otherwise available in accordance with any valid order of a court, determined by the Board of Trustees to be a QMCSO under applicable law, which creates or recognizes the right of an alternate recipient to benefits as an eligible **Dependent** under the **Plan**. A QMCSO must create or recognize an alternative recipient’s right to receive benefits for which an eligible **Dependent** is eligible to receive under this **Plan**, provide a reasonable description of the benefits of this **Plan**, and the period to which the QMCSO applies is specified. The **Plan** office will establish reasonable methods to notify individuals affected by the order, segregate any amounts payable under the order, determine whether the order is qualified and distribute the benefits under the QMCSO. Any payment made by the **Plan** under a QMCSO or reimbursement for expenses paid by the **Dependent Child** or the **Dependent Child’s** custodial parent or legal guardian will be made in accordance with applicable law.

6.3 What are the requirements for Dependents to Continue Eligibility under the Plan?

Dependents will **Continue Eligibility** for coverage as long the **Employee, Retiree or Disabled Participant Continues Eligibility** under the **Plan**, and as long as you continue to meet the definition of a **Dependent** under this **Plan**.

6.4 When does eligibility for Dependents terminate?

If you are a **Dependent** of an **Employee, former Employee or Disabled Participant**, your coverage will terminate if the **Employee, former Employee or Disabled Participant** fails to meet **Continuing Eligibility** requirements under the **Plan** or you no longer meet the definition of a **Dependent** under this **Plan**.

6.5 If my eligibility terminates, how can I be reinstated?

If you are a **Dependent** and your coverage terminates because the **Employee, former Employee or Disabled Participant** fails to meet **Continuing Eligibility** requirements under the **Plan** and your eligibility terminates, your coverage will be reinstated if the **Employee, former Employee or Disabled Participant** again meets the **Plan's Initial Eligibility** requirements. If you are a **Dependent** and your coverage terminates because you no longer meet the definition of a **Dependent** under this **Plan**, your coverage cannot be reinstated.

6.6 What coverage is available to a surviving Spouse and his or her Dependent Child?

Surviving **Spouses** and their **Dependent Children** are eligible for COBRA continuation coverage.

6.7 What are the costs for COBRA Continuation Coverage?

Surviving **Spouses** and their eligible **Dependent Children** may receive a reduced rate for COBRA continuation coverage during the first year of coverage. To qualify for a reduced rate, a surviving **Spouse** and the deceased **Employee, former Employee or Disabled Participant** must have been married for at least one year at the time of his or her death. However, if the surviving **Spouse** is eligible for coverage from his or her employer or remarries, the surviving **Spouse** will no longer be eligible for the reduced rate.

Coverage after the first year of COBRA coverage will be at the prevailing COBRA rate charged by the **Plan**.

6.8 How long does COBRA continuation coverage last?

The first year of COBRA coverage for surviving **Spouses** and their **Dependent Children** will be at a subsidized rate determined by the Board of Trustees. To qualify for the subsidized rate, at the time of **Active Participant, early Retiree or Retiree's** death, he or she must have been married to the surviving **Spouse** for at least one (1) year. Eligibility for the subsidized rate will immediately end upon the surviving **Spouse's** remarriage or eligibility for coverage from his or her employer.

For all surviving **Spouses** and their **Dependent Children**, COBRA coverage for surviving **Spouses** and their **Dependent Children** may last up to thirty-six (36) months. If a surviving **Spouse** requires coverage for a period longer than 36 months, the surviving **Spouse** and his or her **Dependent Children** may remain on the **Plan** for an additional twelve (12) months as long as:

- (a) The surviving **Spouse** must not have remarried;
- (b) The surviving **Spouse** must not be eligible for coverage from his or her employer; and
- (c) The surviving **Spouse** timely returns the election form to the **Plan Administrator** notifying the **Plan Administrator** that he or she wishes to continue COBRA coverage for an additional twelve (12) months.

The cost for the additional 12 months of coverage will be at the prevailing COBRA rate charged by the **Plan**. Additionally, the surviving **Spouse** must attest to the **Plan Administrator** that he or she meets the above eligibility requirements. Coverage for this additional 12 months will immediately end upon the surviving **Spouse's** remarriage or eligibility for coverage from his or her employer.

6.9 When will coverage for the surviving Spouse and any Dependent Children terminate?

Coverage for surviving **Spouses** and their **Dependent Children** will terminate upon the occurrence of any of the following events:

- (a) When the surviving **Spouse** becomes eligible for coverage as through his or her employer;
- (b) Upon remarriage of the surviving **Spouse**;
- (c) When the **Dependent Child** no longer meets this **Plan's** definition of **Dependent**; or
- (d) At the end of the thirty-six month period, or forth-eight month period if the surviving **Spouse** and **Dependent Child** were determined eligible for the additional twelve (12) months of COBRA coverage.

PART SEVEN: **CONTINUATION OF COVERAGE UNDER FMLA AND USERRA**

7.1 What coverage is available under FMLA?

A contributing **Employer** which is a “covered employer” as that term is defined by the Family Medical Leave Act (“FMLA”) will, in order to provide or continue coverage for an eligible **Participant**, immediately notify the **Plan Administrator** when such **Participant** has been granted family or medical leave.

Both the **Employer** and you, as the **Participant**, must provide the notices, information and documentation as may be required by the Board of Trustees and under the law. The **Plan** will continue coverage during the period of any leave for which you are eligible for under the provisions of the FMLA, provided: (1) the **Employer** timely remits the required payments under the **Plan** for such coverage; and (2) both the **Employer** and you comply with all applicable requirements established by the Board of Trustees.

7.2 What coverage is available under USERRA?

Under the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act (“USERRA”), if you leave **Covered Employment** to enter service in the armed forces, or other uniformed services of the United States, the Plan will provide coverage for you and your **Dependents**, free of charge, for up to five (5) years. Additionally, **Contribution Hours** accrued in your **Hour Bank** will be frozen, and you may elect to continue coverage for all benefits under the Plan, except death benefits and accidental death and dismemberment benefits, for a period which is the lesser of: (1) the twenty-four (24)-month period beginning on the last day of **Covered Employment**; or (2) the day the **Participant** fails to apply for or return to **Covered Employment**.

If you elect to continue coverage, you will be charged the monthly COBRA premium rate, as described herein, unless your period of service is less than thirty-one (31) days, in which case coverage will be provided at no additional cost.

You must return to **Covered Employment** or register on the **Union's** out-of-work list within ninety (90) days of your discharge under honorable conditions from the services or within twenty-four (24) months of discharge if you are recovering from an illness or injury incurred during or aggravated by your service. Upon return to **Covered Employment** or registration on the **Union's** out-of-work list, your **Hour Bank**, if any, will be restored. You will also be eligible for coverage without having to re-establish eligibility. However, if the period of military service exceeds five (5) years, you must again establish **Initial Eligibility** before coverage will be reinstated.

PART EIGHT:
CONTINUATION OF COVERAGE UNDER COBRA

8.1 What is COBRA?

The Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (“COBRA”) offers **Participants** the opportunity to temporarily extend their health care coverage at group rates, in certain instances, after coverage under the **Plan** would normally end.

8.2 How does an individual become eligible to receive COBRA coverage?

To be eligible for coverage under COBRA, you must experience a qualifying event. Persons who experience a qualifying event are called qualified beneficiaries under COBRA and can elect COBRA coverage provided they comply with the **Plan’s** notice requirements.

8.3 When will I receive information regarding COBRA?

The Plan Office will provide COBRA information in the following two (2) instances:

- Within the first ninety (90) days of you and your **Dependents** receiving coverage under this **Plan**, you will receive a general notice that describes your rights under COBRA; and
- If a qualifying event occurs, you and your **Dependents** will receive an election notice within fourteen (14) days of receiving notice that the qualifying event has occurred. Such election notice will describe your COBRA rights and how to elect COBRA coverage.

8.4 What qualifying events apply to me?

If you are an **Employee, Retiree or Disabled Participant**, you become a qualified beneficiary and are entitled to elect COBRA coverage if any of the following events occur and cause you to lose coverage under the **Plan**: (a) your employment terminates for any reason other than "gross misconduct"; (b) you experience a reduction in hours of employment; or (c) for **Retirees and Disabled Participants** only, your former **Employer** files a Chapter 11 Bankruptcy Reorganization petition.

8.5 What qualifying events apply to my Dependents?

The following are qualifying events for a **Spouse or Child** if their occurrence causes loss of coverage under the **Plan**:

- The **Employee, Retiree or Disabled Participant’s** death;
- The **Employee’s** termination of employment for reasons other than gross misconduct;
- A reduction in the **Employee’s** hours of employment;
- The **Participant’s** divorce or legal separation;
- The **Participant’s** eligibility for Medicare;
- Your **Child** ceases to be an eligible **Dependent** under the **Plan** (i.e., turns age 26). (Note, a **Child** born to or placed for adoption with you as a covered **Participant** during the COBRA coverage period will be considered a qualified beneficiary, entitled to coverage under the **Plan**); or
- Upon the filing by the **Retiree or Disabled Participant’s** former **Employer** of a Chapter 11 Bankruptcy Reorganization petition.

8.6 What are the notice requirements if I experience a qualifying events?

When you experience a qualifying event, written notice is required to the **Plan** office. The type of qualifying event dictates whether you or your **Employer** or former **Employer** has to provide the notice and within what time frame. These requirements are discussed in detail below:

If the qualifying event is due to divorce, marital separation, or loss of dependency status, you must notify the **Plan** office within sixty (60) days starting from the latest of (a) the date the qualifying event occurred; (b) the date the **Participant** or **Dependent** would lose coverage under the **Plan** as a result of the qualifying event; or (c) the date the **Participant** or **Dependent** is informed (through furnishing of the **SPD** or COBRA general notice) of the responsibility to notify the **Plan**. In the case of divorce or legal separation, the **Participant** or **Dependent** must provide the **Plan** with a copy of the decree of divorce or legal separation to qualify for COBRA continuation coverage.

*Example 1: A judgment of divorce for Adam and Claire is entered on June 1. Claire wishes to continue coverage under the **Plan**. Claire notifies the Plan Office of her divorce within before July 31. Claire qualifies for COBRA continuation coverage under the **Plan**.*

*Example 2: Tom is the stepchild of James. James and Tom's mother are divorced, with the judgment of divorce being entered on August 15. Tom and his mother provide written notice to the **Plan** office within 60 days of August 15 since there are two events that occur in this example to different persons: Tom losing status as a **Dependent** and his mother getting a divorce. Tom and his mother qualify for COBRA continuation coverage under the **Plan**.*

For all other qualifying events, your **Employer** or former **Employer** must notify the **Plan** office within thirty (30) days starting from the latest of (a) the date the qualifying event occurred; (b) the date the **Participant** or **Dependent** would lose coverage under the **Plan** as a result of the qualifying event; or (c) the date the **Participant** or **Dependent** is informed (through furnishing of the **SPD** or COBRA general notice) of the responsibility to notify the **Plan**. Failure to notify the **Plan** office within the time specified will result in termination of your or your **Dependent's** group health care coverage as of the date of the qualifying event.

8.7 How long is the COBRA coverage available for?

If you are a **Participant** who experiences a reduction in hours worked or is terminated from employment for reasons other than gross misconduct, you are entitled to maintain COBRA coverage for a maximum of eighteen (18) months.

If your **Dependents** lose coverage (due to your death, divorce, legal separation, or eligibility for Medicare), they will be entitled to maintain COBRA coverage for a maximum of thirty-six (36) months.

8.8 Can my COBRA coverage be extended?

Yes. Once you start coverage through COBRA, you may qualify to extend your COBRA coverage for a total period of twenty-nine (29) months for the following reasons; (a) you are found to be disabled as determined by the Social Security Administration (“SSA”); and (b) there is a second qualifying event during the first eighteen (18) months of coverage under COBRA.

8.9 What are the requirements to extend COBRA if I or my Dependents become disabled?

In order to be eligible for the extension, you must notify the **Plan** office in writing of the SSD award within the first eighteen (18) months of your COBRA coverage and within sixty (60) days of the last of the following events to occur:

- The date the SSA determined you were disabled;

- The date which coverage was lost due to a reduction in hours or termination of employment (i.e. the qualifying event);
- The date on which a qualified beneficiary (such as your **Spouse** or **Child**) would lose coverage as a result of your loss of coverage due to your termination or reduction in hours (i.e. the qualifying event); or
- The date the qualified beneficiary is informed (by provision of the **SPD** or COBRA general notice) of the responsibility to notify the **Plan** and the procedures for doing so.

*Example: John is laid off on February 1, 2020 but does not make a self-payment and elects COBRA. He is injured in a fall on March 15, 2020 and applies for SSD. John is determined to be disabled by the SSA on May 1, 2020. He provides notice to the **Plan** office within 60 days of May 1, 2020. John is eligible for the extension because: (1) the disability began before the 61st day of losing coverage due to his layoff (the fall occurred on March 15) and (2) the notice of his disability was provided within the first 18 months of COBRA coverage (i.e. before August 1, 2021) and within 60 days of the SSA determining that John was disabled.*

If you fail to timely provide the notice, you will not be eligible for the extension. The notice should include the name of the person receiving the coverage, information about the disability, and a copy of the letter from the SSA.

8.10 What should I do if my SSD status is lost?

If you are awarded SSD status, but the SSA later determines that you are no longer disabled, you must notify the **Plan** office within thirty (30) days from the date the SSA notifies you that it no longer considers you disabled. The notice should include the name of the person receiving the coverage and a copy of the letter from the SSA notifying you that you are no longer considered disabled.

8.11 Can I extend my COBRA coverage again after a second qualifying event?

Yes. If a second qualifying event occurs while you and your family are on COBRA due to your termination or reduction in hours (i.e. the first qualifying event), you and your **Dependents** may be entitled to an additional eighteen (18) months of coverage under COBRA, for a total coverage period of thirty-six (36) months. Second qualifying events that would give rise to this extension for your **Dependents** are (a) your death; (b) you becoming eligible for Medicare; (c) your divorce or legal separation from your **Spouse**; or (d) if a **Dependent Child** no longer qualifies as a **Dependent** under the **Plan** (i.e., turns age 26). The second qualifying event must cause a loss of coverage as if the first qualifying event had not occurred in order for the extension to be offered.

8.12 How do I extend COBRA coverage for the second qualifying event?

You must provide the **Plan** office with written notice of the second qualifying event within sixty (60) days of the later of: (a) the date of the second qualifying event; (b) the date that your **Spouse** or **Child** would lose coverage under the **Plan** due to the second qualifying event (such as turning age 26); or (c) the date you or your **Spouse** or **Child** is informed (by provision of the **SPD** or COBRA general notice) of the responsibility to notify the **Plan**.

Example: Matt, his wife, and son are receiving coverage through COBRA due to Matt being laid off. Prior to the end of the initial 18 months of coverage under COBRA ending, Matt and his wife divorce. The judgment of divorce is entered on June 1. Matt's wife must provide notice within 60 days of June 1 to receive an extension of coverage.

If you fail to timely provide the notice, you will **not** be eligible for the extension. The notice should include the name of the person receiving the coverage and information about the second qualifying event.

8.13 How much does COBRA continuation coverage cost?

The cost of COBRA continuation coverage, excluding short-term disability benefits (unless you elect to pay a premium for such benefits), for eighteen (18) months, will be determined by the Board of Trustees from time to time, but

will not exceed one-hundred two percent (102%) of the applicable health insurance premium. The Board of Trustees may charge up to one hundred fifty percent (150%) of the applicable health insurance premium for COBRA coverage in excess of eighteen (18) months for disabled qualified beneficiaries.

8.14 How long does COBRA coverage last?

The length of coverage depends on the type of qualifying event. For your reference, below is a table that summarizes COBRA qualifying events and the length of coverage available, including any extensions you may qualify for:

Qualifying Event	Maximum Continuation Period		
	Employee	Spouse	Child
Reduction in work hours	18 months	18 months	18 months
Termination (other than for misconduct)	18 months	18 months	18 months
You are determined to be disabled by the SSA	29 months	29 months	29 months
You die	N/A	36 months	36 months
You and your Spouse divorce	N/A	36 months	36 months
Your child no longer qualifies as a Dependent	N/A	N/A	36 months

PART NINE: **BENEFITS UNDER THIS PLAN**

9.1 Major medical, surgical and prescription drug benefits

Major medical, surgical, and prescription drug benefits include, but are not limited to, hospital, surgical, in-hospital physician, diagnostic services, psychiatric, hospice, ambulance, prescription drug and related services. You can find comprehensive list in *Appendix A*, which also includes the applicable cost sharing requirements (i.e. co-payments, deductibles, coinsurance) for these benefits.

9.2 What death benefits are available?

The **Plan** has contracted with an insurance company, to cover **Active Participants** and their **Spouses** and **Dependents**, in the case of death or dismemberment. The **Plan** will provide certain death benefits in the form of basic life insurance, supplemental life insurance and dependent life insurance. The current amount of coverage is described in the Schedule of Benefits attached as *Appendix C*.

9.3 How do I designate Beneficiaries?

In your application for insurance, you may name as many **Beneficiaries** as you would like to receive your death benefit. You may, from time to time, change your list of **Beneficiaries**, subject to any legal restrictions. Any designations and/or changes to the list of **Beneficiaries**, must be made in writing, signed by you and filed with the **Plan**. Only those **Beneficiaries** on written record with the **Plan** at the time of your termination of service will receive the applicable life insurance benefits.

9.4 What happens to my death benefits if I do not designate any Beneficiaries?

If you have not designated any **Beneficiaries**, the proceeds will pass in descending order to the following individuals (provided there are no laws contradicting this list):

1. Your surviving **Spouse**; then to
2. Your surviving children, in equal shares; but if there are no survivors, then to
3. Your surviving parent or parents, in equal shares; but if there are no survivors, then to
4. Your surviving siblings, in equal shares; but if there are no survivors, then to
5. Your estate.

9.5 What happens if I do not specify how my death benefit proceeds are to be divided?

If you have named two (2) or more **Beneficiaries** but do not specify how the proceeds of the death benefit will be divided amongst them, the **Beneficiaries** who survive you will be entitled to receive equal shares of the benefit.

9.6 What if any named Beneficiary is a minor?

If any **Beneficiary** is a minor or is not able to provide a valid release for any payment due, insurance proceeds will be payable to the legally appointed guardian. Any such payment will be for the sole benefit of such **Beneficiary** and will release the insurance company of any further liability.

9.7 What happens if the named Beneficiaries die before me?

In the instance that any named **Beneficiaries** die before you, the insurance proceeds will be paid to the surviving named **Beneficiaries** in equal shares, unless you specify in writing differently and provided there are no laws contradicting this list.

9.8 Are dental benefits available under the Plan?

Yes. The **Plan** provides both dental benefits as well as basic vision benefits. The schedule of benefits for dental coverage is attached hereto as *Appendix B*.

9.9 Are there any other benefits offered under the Plan?

The Board of Trustees may, in its sole discretion and from time to time, add such other benefits, or modify existing benefits, as they deem appropriate.

PART TEN:
RESTRICTIONS ON YOUR COVERAGE

10.1 Are there any exclusions to benefits under the Plan?

Yes, the Plan will not provide the following benefits (the exclusion applies to all benefits except life insurance):

1. Services or supplies for which coverage is not specifically provided in this **Plan**, complications resulting from non-covered services, or services which are not **Medically Necessary**, whether or not recommended or provided by a **Medical Provider**.
2. Services that are not prior authorized when required, unless they are **Medically Necessary**, in which case they will be covered at 50% of what would have been covered if they had been prior authorized.
3. Any charges for non-emergency services provided outside the United States.
4. Any services provided before the **Effective Date** or after the termination of this **Plan**. This includes admission to an inpatient facility when the admission began before the **Effective Date** or extended beyond the termination date of the **Plan**.
5. Personal comfort, hygiene or convenience items such as a hospital television, telephone, or private room when not **Medically Necessary**. Housekeeping or meal services as part of home healthcare. modifications to a place of residence, including equipment to accommodate physical handicaps or disabilities.
6. Dental or orthodontic splints or dental prostheses, or any treatment on or to teeth, gums, or jaws and

other services customarily provided by a dentist.

Treatment of pain or infection known or thought to be due to a dental condition and in close proximity to the teeth or jaw; surgical correction of malocclusion; maxillofacial orthognathic surgery, oral surgery (except as provided herein), orthodontia treatment, pre-prosthetic surgery and any procedure involving osteotomy of the jaw, including outpatient hospital or ambulatory surgical services, anesthesia and related costs when determined by the **Plan** to relate to a dental condition.

Charges for dental services in connection with temporomandibular joint dysfunction are also not covered unless they are determined to be **Medically Necessary**. Such dental-related services are subject to the limitation shown in the benefit schedule.

7. Except for reconstructive surgery following a mastectomy, cosmetic procedures to improve appearance without restoring a physical bodily function. Cosmetic procedures include:
 - (a) surgery for sagging or extra skin;
 - (b) any augmentation or reduction procedures;
 - (c) rhinoplasty and associated surgery; and
 - (d) any procedures utilizing an implant which does not alter physiologic functions unless **Medically Necessary**.

Psychological factors (example: for self-image, difficult social or peer relations) do not constitute restoring a physical bodily function and are not relevant to such determinations.

8. The following infertility services and supplies are excluded, in addition to any other infertility services or supplies determined by the **Plan** not to be **Medically Necessary**:
 - (a) Advanced reproductive techniques such as embryo transplants, in vitro fertilization, GIFT and ZIFT procedures, assisted hatching, intracytoplasmic sperm injection, egg retrieval via laparoscope or needle aspiration, sperm preparation, specialized sperm retrieval techniques, sperm washing except prior to artificial insemination if required;
 - (b) Home pregnancy or ovulation tests;
 - (c) Sonohysterography;
 - (d) Monitoring of ovarian response to stimulants;
 - (e) CT or MRI of sella turcica unless elevated prolactin level;
 - (f) Evaluation for sterilization reversal;
 - (g) Laparoscopy;
 - (h) Ovarian wedge resection;
 - (i) Removal of fibroids, uterine septae and polyps;
 - (j) Open or laparoscopic resection, fulguration, or removal of endometrial implants;
 - (k) Surgical lysis of adhesions; and
 - (l) Surgical tube reconstruction.

9. Reversal of surgically performed sterilization or subsequent resterilization.

10. Elective abortions.

11. Amniocentesis, except when **Medically Necessary** under the guidelines of the American College of Obstetrics and Gynecology.

12. Any services or supplies rendered in connection with **Participant** acting as or utilizing the services of a surrogate mother.

13. Third-party physical exams for employment, licensing, insurance, school, camp, sports or adoption purposes.

Immunizations related to foreign travel. Expenses for medical reports, including presentation and preparation. Exams or treatment ordered by a court, or in connection with legal proceedings are not covered.

14. Except as provided herein, weight reduction procedures are excluded. Also excluded are any weight loss programs, whether or not recommended, provided or prescribed by a **Medical Provider**.
15. Except as provided herein, any human or animal transplant (organ, tissue, skin, blood, blood transfusions of bone marrow), whether human-to-human or involving a non-human device, artificial organs, or prostheses.
16. Any and all hospital, **Medical Provider**, laboratory or x-ray services in any way related to any excluded transplant service, procedure or treatment.
17. Treatment of:
 - (a) Marital or family problems;
 - (b) Occupational, religious, or other social maladjustments;
 - (c) Chronic behavior disorders;
 - (d) Codependency;
 - (e) Impulse control disorders;
 - (f) Organic disorders;
 - (g) Learning disabilities or mental retardation or any severe mental illness as defined in this Plan, except as otherwise covered under herein or required by law or regulation.

In no event would any of the above not be covered by the **Plan** if required to be covered by law or regulation.

18. Institutional care which is determined through the **Plan's** prior authorization and utilization review process to be for the primary purpose of controlling **Participant's** environment and custodial care, domiciliary care, convalescent care (other than skilled nursing care) or rest cures.
19. Vision exams to determine refractive errors of vision and eyeglasses or contact lenses other than as specifically covered in this **Plan**. Coverage is provided for vision exams only when required to diagnose an Illness or Injury.
20. Any prescription corrective lenses (eyeglasses or contact lenses) or frames following post-cataract surgical service which include, but are not limited to the following:
 - (a) Coated lenses;
 - (b) Cosmetic contact lenses;
 - (c) Costs for lenses and frames in excess of the Plan allowance;
 - (d) No-line bifocal or trifocal lenses;
 - (e) Oversize lenses;
 - (f) Plastic multi-focal lenses;
 - (g) Tinted or photochromic lenses;
 - (h) Two (2) pairs of lenses and frames in lieu of bifocal lenses and frames; or
 - (i) All prescription sunglasses.

21. Hearing exams to determine the need for or the appropriate type of hearing aid or similar devices, other than as specifically covered in this **Plan**. Coverage is provided for hearing exams only when required to diagnose an illness or injury. Hearing aids or similar devices are also excluded.
22. Ecological or environmental medicine. Use of chelation, orthomolecular substances; use of substances of animal, vegetable, chemical or mineral origin not specifically approved by the FDA as effective for treatment; electrodiagnosis; Hahnemannian dilution and succession; magnetically energized geometric patterns;

replacement of metal dental fillings; laetrile or gerovital.

23. Pain management invasive procedures as defined by the **Plan's** protocols for chronic, intractable pain unless prior authorized by the **Plan** and provided by a **Medical Provider** who is a pain management specialist. Any prior authorized pain management procedures will be subject to the applicable facility and professional copayments and/or coinsurance amount as set forth in the benefit schedule. Viscosupplementaion with hyaluronic acid medications (knee gel injections) do not require prior authorization, but must be performed in a medical office setting by a Physician Assistant.
24. Acupuncture or hypnosis.
25. Treatment of an illness or injury caused by or arising out of a riot, declared or undeclared war or act of war, insurrection, rebellion, armed invasion or aggression.
26. Treatment of an occupational illness or injury which is any illness or injury arising out of or in the course of employment for pay or profit.
27. Travel and accommodations, whether or not recommended or prescribed by a **Medical Provider**, other than as specifically covered in this **Plan**.
28. Outpatient prescription drugs, nutritional supplements, vitamins, herbal medicines, appetite suppressants, self-injectable and orphan drugs, and other over-the-counter drugs, except as specifically covered herein, prescription drug benefits. This includes drugs and supplies for a patient's use after discharge from a hospital. Drugs and medicines approved by the FDA for experimental or investigational use or any drug that has been approved by the FDA for less than nine (9) months unless prior authorized by the **Plan**.
29. Care for conditions that federal, state or local law requires to be treated in a public facility.
30. Any equipment or supplies that condition the air. Arch supports, support stockings, special shoe accessories or corrective shoes unless they are an integral part of a lower- body brace. Heating pads, hot water bottles, wigs and their care and other primarily nonmedical equipment.
31. Any service or supply in connection with routine foot care, including the removal of warts, corns, or calluses, the cutting and trimming of toenails, or foot care for flat feet, fallen arches and chronic foot strain, in the absence of severe systemic disease.
32. Special formulas, food supplements other than as specifically covered in this **Plan** or special diets on an outpatient basis.
33. Services, supplies or accommodations provided without cost to the **Participant** or for which the **Participant** is not legally required to pay.
34. Milieu therapy, biofeedback, behavior modification, sensitivity training, hydrotherapy, electrohypnosis, electrosleep therapy, electronarcosis, narcosynthesis, rolffing, residential treatment, vocational rehabilitation and wilderness programs.
35. Experimental or investigational treatment or devices as determined by the **Plan**.
36. Sports medicine treatment plans intended to primarily improve athletic ability.
37. Radial keratotomy or any surgical procedure for the improvement of vision when vision can be made adequate through the use of glasses or contact lenses.

38. Any services given by a **Medical Provider** to himself or to members of his family.
39. Ambulance services when not **Medically Necessary**. Air Ambulance services when not **Medically Necessary** and the Participant could be safely transported by ground Ambulance or other means.
40. Late discharge billing and charges resulting from a canceled appointment or procedure.
41. Telemetry readings, EKG interpretations when billed separately from the EKG procedure. Arterial blood gas interpretations when billed separately from the procedure.
42. Autologous blood donations.
43. Healthcare services or supplies required due to committing or an attempt to commit a felony.
44. Services received in connection with a clinical trial or study, which include the following:
 - (a) Drugs and medicines approved by the FDA for experimental or investigational use, except when prescribed to treat cancer or chronic fatigue syndrome under a **Plan**-approved clinical trial or study;
 - (b) Any portion of the clinical trial or study that is customarily paid for by a government or a biotechnical, pharmaceutical or medical industry;
 - (c) Healthcare services that are specifically excluded from coverage under this **Plan** regardless of whether such services are provided under the clinical trial or study;
 - (d) Healthcare services that are customarily provided by the sponsors of the clinical trial or study free of charge to the **Participant** in the clinical trial or study;
 - (e) Extraneous expenses related to participation in the clinical trial or study including, but not limited to, travel, housing and other expenses that a **Participant** may incur;
 - (f) Any expenses incurred by a person who accompanies the **Participant** during a clinical trial or study;
 - (g) Any item or service that is provided solely to satisfy a need or desire for data collection or analysis that is not directly related to the clinical management of the **Participant**; and
 - (h) Any cost for the management of research relating to the clinical trial or study.
45. Gender reassignment surgery and therapy.

10.2 Are there any limitations to benefits under the Plan?

The Board of Trustees, in its sole discretion and as it deems appropriate, can modify the eligibility requirements at any time, or eliminate such benefits in their entirety. No retroactive claim to benefits will be recognized in case of such modification or elimination of coverage except as required by law.

10.3 How does the Plan coordinate benefits with other policies or insurance?

Coordination of benefits (“COB”) sets out rules for order of payment of covered charges when two (2) or more plans cover the same individual. The purpose of these rules is to avoid duplicate or overlapping payments of benefits resulting in unjust overpayments. The COB rules apply generally to all benefits payable from this **Plan** other than death and accidental death and dismemberment benefits. The plan that pays first (primary plan), will pay as if there were no other plans involved. The other plans (secondary plans) will pay the balance due up to 100% of the allowable expenses.

If your employer provides a health care plan other than this **Plan**, that employer’s health insurance program will become the primary insurance carrier. Only after full compliance and denial by another plan will this **Plan** pay the remaining amounts, provided the services are covered under this **Plan**.

*Example: John’s son Mike is 23 years old. Mike is covered under the **Plan**, but he also is covered under his employer’s plan. Mike needs to have a shoulder surgery. The coverage from Mike’s employer will pay for the surgery as if Mike did not have any other insurance. If there is any balance left over, then this **Plan** will provide coverage, if any, that is available for Mike’s procedure. Mike will also be responsible for payment of any deductible, co-payments, or coinsurance required under the **Plan** that is applicable to the benefit provided to him.*

10.4 If my Spouse and I are covered on separate plans, which plan covers our Dependent Children?

If you both you and your **Spouse** are entitled to benefits under separate group health insurance programs, and both plans cover your **Dependent Children**, then the insurance plan that covers the individual with the earliest birthday in the year will be considered the primary insurance carrier for the **Dependent Children**.

Example: Eric’s birthday is in June, but his wife, Natasha’s, birthday is in April, then Natasha’s insurance plan will be primary.

If the birthdays of the two policyholders are on the same date, the policy of plan that has been in effect the longest will be primary. This **Plan** will pay benefits according to its applicable schedule of benefits if it is considered to primary. Otherwise, the other plan will be required to pay the benefits up to the maximum amount payable in accordance with its schedule of benefits, then this Plan will pay any remaining amounts not covered by the other plan up to, and in accordance with, its schedule of benefits so that, in the aggregate, no more than 100% of the “covered charges” are paid.

10.5 What if I am injured in a car or motorcycle accident?

In the case of a car accident, this **Plan** provides only secondary, or “excess” coverage, for medical claims resulting from, or related to, a motor vehicle accident. This **Plan** directly disavows coverage and shifts the burden to the automotive insurance carrier for any and all claims for which the claimant had any no-fault, third-party, or any other insurance coverage (including uninsured motorist coverage) applicable to such motor vehicle related claim, up to the amount of coverage available from all such policy(ies). **You should review your auto insurance policy with your insurance agent or carrier of insurance to ensure you have selected the proper coverage options for your policy.**

The **Plan** will only provide coverage once all other sources of coverage (such as coverage from another driver’s motor vehicle coverage or another motor vehicle policy in the household) have been exhausted. In other words, the **Plan** provides benefits only as a last resort, and only after all other sources of coverage have been exhausted.

10.6 What is the order of coverage under the COB rules?

For ease of reference, this **Plan** generally determines its order of coverage using the following rules:

COVERAGE TYPE	PRIMARY	SECONDARY
Coverage under two employer-provided plans	Other employer-provided plan	This Plan
Employer provided coverage	Plan covering individual as an employee	Plan covering individual as spouse or dependent
Coverage for a Dependent Child	Plan covering parent whose birthday is earlier in the year	Plan covering parent whose birthday is later in the year
Coverage for a Dependent Child with divorced parents with court order	Plan of the parent as specified as primary insurer under Judgement of Divorce	Other parent’s plan
Coverage for a Dependent Child with divorced parents without court order	Plan covering parent with physical custody	Plan of Spouse with physical custody

Motor vehicle coverage	Motor vehicle plan	This Plan
------------------------	--------------------	------------------

10.7 How are benefits coordinated for out-of-state policies?

If one of the policies or plans is issued in another state that does not use birthdays for coordination of benefits and each policy or plan by its terms is secondary, then the out-of-state policy or plan shall be secondary. Each policy or plan will then be responsible for a maximum of fifty percent (50%) of his/her allowed expense or benefit.

10.8 How are benefits coordinated if I am on Medicare?

Under certain circumstances, Medicare is the primary plan and this **Plan** is the secondary plan. The table below explains when Medicare is primary. **When Medicare is primary, your claims are filed with Medicare first.** After Medicare makes payment, the **Plan** will coordinate benefits with Medicare.

COVERAGE	PRIMARY	SECONDARY
The Employer has 20 or more Employees , and the Participant or his/her Spouse is 65 or older	This Plan	Medicare
The Employer has less than 20 Employees , and the Participant or his/her Spouse is 65 or older	Medicare	This Plan
The Employer has 100 or more Employees , and the Participant or Dependent is Disabled	This Plan	Medicare
The Employer has less than 100 Employees , and the Participant or Dependent is Disabled	Medicare	This Plan
Participant or Dependent with End-Stage Renal Disease (ESRD)	This Plan is primary for the first 30 months after you become eligible for Medicare.	Medicare will become primary on the 31 st month after you become eligible for Medicare.

10.9 What if I fail to comply with the COB rules of my plans?

Any person eligible for benefits under this **Plan** that is also is eligible for benefits under another health maintenance organization, preferred provider organization, or similar type of plan, which requires that health care services be obtained only from certain designated **Medical Provider** and/or organizations, and there is a failure to comply with the requirements of such policy or plan, then you will be subject to additional cost-sharing. Only when benefits are denied under another health care plan, after complying with all its requirements for eligibility and for coverage, will coverage be provided under this **Plan**.

10.10 Do I have any subrogation rights?

Yes. The **Plan** has subrogation rights, which means that if it pays benefits on your behalf and you later recover money or other property from a third party to compensate you, your rights to that recovery are “subrogated” to the **Plan** up to the amount of benefits the **Plan** provided to you. The **Plan** also is automatically granted a lien against any settlement, judgment, or other payment that you may receive. By receiving benefits, you also agree to assist the **Plan** in preserving its subrogation and lien rights.

The **Plan** may require you to sign a subrogation or similar agreement before paying claims, which would provide that in order to continue receiving benefits under the **Plan**, you must cooperate with the **Plan** in terms of fully disclosing any third-party recovery (such as a payout from an auto insurance policy, workers’ compensation claim, judgement from a lawsuit, etc.) that would cover the cost of any benefits received under the **Plan**. Failure to do so will result in legal action against you or your **Dependents**. Your **Plan** benefits will be suspended pending full recovery by the **Plan**. The **Plan** may also offset the money it is due from future benefits to you or your **Dependents**.

10.11 Is there a maximum amount of cost sharing under this Plan?

Yes. The Maximum Out-of-Pocket Limit (called a “MOOP Limit”) is the total maximum amount you or your family can be required to pay during the **Benefit Year**. **This amount includes deductibles, copayments and coinsurance, for covered services that you obtain in-network. The MOOP Limit does not include premiums/self-payments, amounts balance billed, or amounts paid for non-covered services or services you obtain out of network.** Once the maximum limit is reached for the **Benefit Year**, the **Plan** begins to pay one-hundred percent (100%) of the approved amount for in-network covered services. For 2021, the limit is \$5,200 per person.

10.12 Are there any disease and cost management programs?

Certain procedures and drugs are subject to disease management programs. There are several of these programs in place, and each is described in detail below. To obtain more information on each program, you can visit www.anthem.com.

Prior Authorization. The program helps to ensure the appropriate usage of certain medications by applying Food and Drug Administration (“FDA”) approved indications and manufacturer guidelines for using certain drugs. Certain medical procedures may also have to be authorized in advance. A list of services and medications subject to the Prior Authorization Program is available from the **Plan Administrator**. The Prior Authorization Program is not applicable to emergency services. The **Plan’s** Prior Authorization Programs for each class of **Participants** established, administered, and maintained by Anthem Blue Cross Blue Shield.

Step Therapy. This program addresses **Participants** using prescription drugs to treat certain chronic or ongoing medical conditions. Many of the drugs used to manage these conditions have serious side effects. The Step Therapy Program is designed to ensure that the condition is being managed with a medication that is safe, medically appropriate and cost effective. It also aids the Plan in controlling the costs of prescription drug coverage. Prescription drugs that are placed under the Step Therapy Program generally require a **Participant** to have failed therapy with one or more alternative drugs before coverage for the drug included within the Step Therapy Program will be approved. The Step Therapy Program can be bypassed in whole or in part if the treating **Medical Provider** establishes that certain clinical criteria has been met. A list of medications subject to step therapy, as well a list of the clinical criteria to bypass the program, is available from the **Plan Administrator**. The **Plan’s** Step Therapy Program is established, administered, and maintained by Anthem Blue Cross Blue Shield.

Quantity Limits & Mail-Order Program. Certain medications will only be dispensed in quantity limits that are set by the drug’s manufacturer, the FDA, or the pharmacy benefits manager. In addition, certain medications may be required to be filled through the **Plan’s** mail-order pharmacy. The **Plan’s** mail order program and quantity limit programs are part of the **Plan’s** prescription drug formulary, and are established, administered, and maintained by Anthem Blue Cross Blue Shield.

Establishment of Formulary. The **Plan** has contracted with a pharmacy benefit manager that is responsible for establishing the **Plan’s** prescription drug formulary. The formulary sets forth the tiering of covered prescription drugs and identifies what drugs are, and are not, included within the formulary and therefore covered by the **Plan**. The prescription drug formulary is established, maintained, and administered by Anthem Blue Cross Blue Shield.

Case Management. In selected cases involving high-risk, complicated, or high-cost treatment, professional advisers from the **Plan’s** vendors will offer, on a voluntary basis, counsel and education regarding alternative treatment options and methods to improve clinical outcomes. The **Plan’s** Case Management Programs are established, administered, and maintained by ICM – Innovative Care Management.

Utilization Review. Utilization review is a process to make sure that the care you receive is medically necessary, delivered in the most appropriate location, and follows common medical practice. The **Plan’s** Utilization Review Programs are established, administered, and maintained by ICM – Innovative Care Management.

Other Programs. The Plan may also implement additional disease management and wellness programs that are necessary to ensure that participants are provided with an appropriate medical care and to help control costs.

PART ELEVEN:
HOW TO FILE CLAIMS AND APPEAL DENIALS

11.1 Defined terms used under this section:

The following defined terms will be used under Part Eleven of the SPD.

- **Adverse Benefit Determination** – means any of the following: a denial, reduction, **Rescission**, termination of, or failure to provide or make payment (in whole or in part) of a **Claim**, including any such a denial, reduction, termination of, or failure to provide or make payment (in whole or in part) that is based upon a **Participant’s** eligibility to participate in the **Plan** or resulting from the application of any utilization review, as well as a failure to cover an item or service for which benefits are otherwise provided because it is determined to be experimental, investigational, or not medically necessary or appropriate. A **Rescission** of coverage is included in this definition, irrespective of whether the **Rescission** had an adverse effect on any particular benefit at that time. **Rescissions** shall be treated in accordance with 45 CFR §147.128, as amended, and any person affected by a **Rescission** shall receive thirty (30) days advance written notice.
- **Final Adverse Benefit Determination** – means an **Adverse Benefit Determination** that has been upheld by the Board of Trustees at the completion of the internal appeals process.
- **Appeal** – means an appeal of an **Adverse Benefit Determination** that is filed in accordance with this **Plan’s** procedures for filing an **Appeal**.
- **Claims Administrator** – Means the entity responsible for processing and adjudicating **Claims** or **Appeals**, and for providing notices to **Participants**, **Beneficiaries** of **Claim** determinations and adjudications, as well as appeal determinations. For certain benefits, the **Claims Administrator** may be a different entity than the **Plan Administrator**.
- **Claim** – Means a request for a plan benefit or benefits made by a **Claimant** in accordance with this **Plan’s** procedures for filing or appealing a **Claim** for benefits. In order to be considered properly submitted, a **Claim** must generally name a specific **Claimant**, identify a specific medical condition or symptom, identify a specific treatment, service, or product for which approval is requested, and be received by a person or organizational unit of the **Claims Administrator** that is customarily responsible for handling benefit matters.
- **Claimant** – Means a person, or his authorized representative, who has submitted a **Claim** for a plan benefit in accordance with this **Plan’s** procedures for filing or appealing a **Claim** for benefits.
- **Concurrent Care Claims** – means any **Claim** regarding an ongoing course of treatment to be provided over a period of time or number of treatments, which has previously been approved by the **Plan**.
- **Post-Service Claims** – means any **Claim** that is not a “**Pre-service**”, “**Urgent Care**”, or “**Concurrent Care**” **Claim**.
- **Pre-Service Claims** – means any **Claim** that, under the terms of the **Plan**, conditions receipt of the benefit, in whole or in part, on approval of the benefit in advance of obtaining medical care.
- **Rescission** – means a cancellation of coverage that has a retroactive effect and that is not the result of fraud or an intentional misrepresentation of a material fact. Cancellation of coverage due to non-payment of premiums or contributions toward the cost of coverage, including self-payments or COBRA premiums, is not a **Rescission**.
- **Urgent Care Claims** – means any **Claim** for medical care or treatment which cannot be decided under normal time frames because: (i) it can seriously jeopardize the life or health of the **Claimant** or the ability of the **Claimant** to regain maximum function, or (ii) in the opinion of a physician with knowledge of the **Claimant’s** medical condition, would subject the **Claimant** to severe pain that cannot be adequately managed without the care or treatment that is the subject of the **Claim**. Any **Claim** that a physician with knowledge of the **Claimant’s** medical condition determines if an “**Urgent Care**” **Claim** shall be treated as an “**Urgent Care**” **Claim** by the **Plan**. Otherwise, the determination regarding whether a **Claim** involves “**Urgent Care**” shall be made by an individual acting on behalf of the **Claims Administrator** applying the judgment of a prudent layperson that possesses an average knowledge of health and medicine.

11.2 What is the standard used by the Claims Administrator to adjudicate Claims and Appeals?

The **Claims Administrator** shall ensure that all **Claims** and **Appeals** are adjudicated in a manner designed to ensure the independence and impartiality of the persons involved in the benefit determination. The **Claims Administrator** shall further ensure decisions regarding hiring, compensation, termination, promotion, or similar matters are not made based upon the likelihood that the individual would support the denial of benefits.

11.3 Within what timeframe do I have to submit Claims to the Claim Administrator?

Unless another time period is provided by this Plan, you must file **Claims** for benefits with the **Claims Administrator** within one (1) year of their occurrence. The Board of Trustees may waive this requirement where it is found that medical exigencies prevented you from timely presenting the **Claim**.

Except where a different time period for determination is provided (as described below), the **Claims Administrator** must notify you of its decision with respect to a **Claim** no later than ninety (90) days after its receipt of the **Claim**. If the **Claims Administrator** determines that special circumstances require an extension of time for processing the **Claim**, the **Claims Administrator** may extend the time to reach a decision up to an additional ninety (90) days. Written notice of the extension will be furnished to you prior to the termination of the initial ninety (90) day period, and will explain the circumstances requiring an extension of time, as well as identify the time and date by which the **Claims Administrator** expects to reach a decision.

11.4 What are the notification periods for the different types of Claims?

There are different types of **Claims** that are decided based on the urgency of the **Claim** or when the **Claim** is submitted (before your service or after you have received it).

Urgent Care Claims will be decided within seventy-two (72) hours after receipt of a properly submitted **Claim**. If more information, you will be notified within twenty-four (24) hours of receipt of the **Claim**, and will have forty-eight (48) hours to provide the information. You will be notified of your decision either within forty-eight (48) hours of the receipt of the requested information, or at the end of the initial forty-eight (48) hours given to you to provide it. Oral notice of the decision may be provided, but written notice will be provided within three (3) days of the oral notification.

Pre-Service Claims will be decided within fifteen (15) days of receipt of the **Claim**. If more time is needed, this period may be extended by fifteen (15) days. You will be notified prior to the expiration of the initial fifteen (15)-day period if an extension is needed with a notice explaining the reason for the delay and providing an estimate of when the **Claim** will be decided. If more information is required to decide your **Claim**, then you will be given forty-five (45) days to provide the information. The **Claim** will then be decided within fifteen days (15) of receiving the requested information or within the initial forty-five (45)-day period to provide the information, whichever occurs first.

Post-Service Claims will be decided within thirty (30) days of the receipt of the **Claim**. If more time is needed to decide your **Claim**, then it may extend the period by an additional fifteen (15) days. You will be notified prior to the end of the initial thirty (30)-day period if an extension is needed with a notice explaining the reason for the delay and providing an estimate of when the **Claim** will be decided. If more information is required to decide your **Claim**, you will be given forty-five (45) days to provide the information. The **Claim** will then be decided within fifteen (15) days of receiving the requested information or within the initial forty-five (45)-day period to provide the information, whichever occurs first.

Concurrent Care Claim will be decided at a time sufficiently in advance of the reduction or termination to allow you to appeal that decision. If you request to extend a course of treatment approved, you will be notified within twenty-four (24) hours after receipt of your request for that extension, if you requested the extension at least twenty-four (24) hours prior to the expiration of the approved period of time or number of treatments.

Disability Claims will generally be decided within forty-five (45) days after the receipt of the **Claim**. If more time is needed to decide your **Claim**, then this period can be extended by thirty (30) days. If additional time is still

needed, then this timeframe may be extended by an additional thirty (30) days. The notice will explain the reasons for the second notice and will give you an estimate of when the **Claim** will be decided. If more information is required to decide your **Claim** during this extension period, you will be given forty-five (45) days to provide it. The **Claim** will then be decided within thirty (30) days of you supplying the information, or by the end of the forty-five (45)-day period you had to supply that information, whichever time period expires first.

11.5 How is time calculated?

The time periods for review start when a **Claim** is filed correctly (i.e. identifies the **Claimant** & condition and is sent to the proper department of the **Claims Administrator**), even if some additional information is needed to decide the **Claim**. If an extension of time is needed, the time period to decide a **Claim** is generally suspended until the additional information needed is provided, or the period of time given to you to provide the information expires.

11.6 If my Claim gets denied, what happens?

The denial of a **Claim** is called an **Adverse Benefit Determination**. In the event this happens, you will receive a notice that will explain the reasons for denying your **Claim** and it will reference the section of the **Plan** document or schedule of benefits upon which the denial is based. It will also explain your rights to file a civil action under ERISA, which is the federal law that regulates employee benefit plans. If applicable, the notice will also advise you of any additional information which is needed to make a further determination of your claim. The notice will also explain to you the process for filing an appeal, including an expedited appeal if your claim is of an urgent nature.

11.7 If I do not speak English, how are the services and notices provided to me?

All notices will be made in a culturally and linguistically appropriate manner. If you live in a county where ten percent (10%) or more of the population is literate in the same non-English language, then all notices and applicable services will be provided in such language.

11.8 If I want to appeal the denial, what do I have to do?

Appeals from **Adverse Benefit Determinations** are divided into **two (2)** steps, and are referred as **Step 1 Appeals** and **Step 2 Appeals**. **Step 1 Appeals** are reviewed by the **Claims Administrator** (please remember that who the **Claims Administrator** is depends on what kind of **Claim** it is, i.e. medical, dental or prescription drugs). If your **Step 1 Appeal** gets denied, you can file a **Step 2 Appeal** that is reviewed by the Board of Trustees.

If your **Step 1 Appeal** is denied, this is called an **Adverse Benefit Determination** and you will receive a notice. This is not a **Final Adverse Benefit Determination**. The notice will explain your rights and the procedures on how you may appeal that denial to the Board of Trustees. This is called a **Step 2 Appeal**.

11.9 How does the Step 1 Appeals process work?

You have **one-hundred eighty (180) days** from date of your **Claim** denial to make your appeal in writing. You may submit your appeal yourself, or you may have an authorized representative submit the **Appeal** on your behalf. In addition, once your **Appeal** has been timely filed, you:

1. Can review necessary and pertinent documents on which the denial in whole or in part is based and may submit written comments, documents, records, and other information relating to the claim for benefits; and
2. Will be provided, upon request and free of charge, reasonable access to, and copies of, all documents, records, and other information relevant to your **Claim** for benefits. A document is considered relevant to your **Claim** if the document: (a) was relied upon in making the benefit determination; (b) was submitted, considered or generated in the course of making the benefit decision; or (c) demonstrates compliance in making the benefit decision with the requirement that the benefit determination must follow the terms of the Plan and be consistent when applied to similarly-situated claimants.

In addition, when considering your **Appeal**, the **Claims Administrator**:

1. Will take into account all comments, documents, records, and other information you submit relating to your **Claim**, without regard to whether such information was submitted or considered in the initial benefit determination by the **Claims Administrator**;
2. Will not afford deference to the initial denial of your **Claim**;
3. Will ensure a different person than the individual who initially denied your **Claim**, including his/her subordinate, considers your **Appeal**, provided he/she is a fiduciary of the **Plan**. Also, the individual considering your **Appeal** will not be a subordinate of the person who initially denied your **Claim**;
4. Will consult with an independent health care professional who has appropriate training and experience in the field of medicine involved in the medical judgment when your **Appeal** is based in whole or in part on a medical judgment, including determinations with regard to whether a certain treatment, drug, or other item is experimental, investigational, or not medically necessary or appropriate. The health care professional shall be an individual who is neither an individual who was consulted in connection with the initial denial, nor the subordinate of any such individual. The **Claims Administrator** will provide you the identity of this individual even if their opinion is not relied upon when considering your **Appeal**;
5. If the request for review involves an **Urgent Care Claim**, will offer an expedited review process whereby the request may be provided by you orally or in writing; and all information, may be provided to you by telephone, facsimile, or any other similar method; and
6. For disability claims only, if a decision is based upon any new evidence, will provide you with the new evidence in advance of the date on which the notice of the **Adverse Benefit Determination** is due

You will be notified of the decision from a Step 1 **Appeal** within the following timeframes:

Type of Appeal	Urgent	Pre-Service	Post-Service	Disability
Notification of Decision	72 hours	15 days	30 days	45 days*

**The timeframe for deciding disability appeals may be extended by an additional forty-five (45) days. If such an extension is needed, you will be notified prior to the expiration of the initial 45-day period. The notice will explain the reasons for the extension, identify any information needed, and the date a decision is expected to be made.*

The period for review for Step 1 **Appeals** will begin when the **Appeal** is filed in accordance with the **Plan's** procedures. If an extension of time is necessary, the period for rendering a decision will be delayed to the time that the notification of the extension is sent to you.

If your Step 1 **Appeal** is denied, this is also called an **Adverse Benefit Determination**. You will receive a notice detailing the reasons for the denial, informing you of your right to file a Step 2 **Appeal** with the Board of Trustees, the rights and time limits under which you may bring a civil action, and also describing your other rights under the Plan and ERISA. The notice will also discuss procedures if your claim is of an urgent nature.

11.10 How does the Step 2 Appeals process work?

Following the denial of a Step 1 Appeal, you will have **one-hundred eighty (180) days** from the date of the denial to submit your **Claim** to the Board of Trustees. While the notice of the **Adverse Benefit Determination** will also advise you specifically what you need to do, in general your request for a Step 2 **Appeal** needs to:

1. Be submitted to the **Claims Administrator** within **one-hundred eighty (180) days** of the date your Step 1 **Appeal** was denied;
2. Be in writing, state your name, address, and the fact that you are appealing the denial of your Step 1 **Appeal**; and
3. Give the date of the Step 1 **Appeal** you filed that was denied and that you are appealing.

When the Board of Trustees reviews your Step 2 **Appeal**, any new evidence or additional rationale that is considered, relied upon, generated by (or at the direction of) the Board of Trustees (or its professional advisors) will be provided to you automatically and free of charge. This information will further be provided to you before the Board of Trustees makes a decision on your **Appeal** so that you have an opportunity to respond to it. If this new evidence or additional rationale is received too late for you to have a reasonable opportunity to respond to it before the Board of Trustees is required to decide your appeal, the time for issuing a final decision on your **Claim** will be suspended for a reasonable period of time until you have responded to the new evidence or rationale, or failed to respond within the time given to you. In this instance, a decision will be made as soon as possible, taking into account any medical exigencies.

If the Board of Trustees denies your appeal, this is called a **Final Adverse Benefit Determination**. You will receive a notice explaining the reason for the decision, and advising you of your rights relative to the decision under ERISA, including the right to an external **Appeal** (external **Appeals** are discussed later in this Section). You will also be notified if your **Claim** is approved. You will receive notice of the Board of Trustees’ decision generally within the following time frames:

Type of Appeal	Urgent	Pre-Service	Post-Service	Disability
Notification of Decision	72 hours	15 days	30 days	45 days*

**The timeframe for deciding disability appeals may be extended by additional forty-five (45) days. If such an extension is needed, you will be notified prior to the expiration of the initial forty-five (45)-day period. The notice will explain the reasons for the extension, identify any information needed, and the date a decision is expected to be made.*

11.11 Do I have to go through the appeals process?

You are generally required to exhaust the internal **Claims** and **Appeals** processes of this Plan before you are permitted to seek external appeal or file a lawsuit with respect to your claim. However, if the **Claims Administrator** or the Board of Trustees fails to **strictly** adhere to the claims and appeals process outlined in this section with respect to a disability determination, and its error is of a serious nature, you can be deemed to have exhausted the internal appeals process and can proceed directly to requesting an external appeal or filing a civil action in court under ERISA.

However, if the error of the **Claims Administrator** or the Board of Trustees is only minor or “de minimis,” then you must complete the internal appeals process first before proceeding with an external **Appeal** (an outside review, this is discussed in more detail later in his **SPD**) or filing a lawsuit. A minor error is, generally, one that is not material and does not prejudice the outcome or the review of your appeal, or that is part of a good faith exchange of information between you and the **Claims Administrator** or the Board of Trustees. In these instances, you must complete both levels of the internal appeals process before seeking an external **Appeal** or filing a lawsuit. If you believe the claims process has not been strictly adhered to, you may request a statement from the **Claims Administrator** or the Board of Trustees. The **Claims Administrator** or the Board of Trustees will provide you with a response within ten (10) days. If you pursue an External **Appeal** or a lawsuit, and a court or the entity that considers the external **Appeal** rejects your assertion that the **Claims Administrator** or the Board of Trustees did not strictly adhere to the claims process, you will be able to return to the internal **Claims** and **Appeals** processes of this **Plan**.

11.12 When can I ask for an external Appeal of a denial by the Board of Trustees?

Appeals from decisions made by the Board of Trustees are called external **Appeals**. However, not all decisions of the Board of Trustees are eligible for external **Appeal**. Only the following types of **Claims** are eligible: (a) **Claims** involving an exercise of medical judgment; (b) **Claims** that result in a **Rescission** of coverage; or (c) coding errors, but only to the extent a coding error involved an exercise of medical judgment. **Claims** regarding the application of other provisions of this **Plan**, for example, whether or not you met the eligibility requirements, are not subject to an external **Appeal**.

11.13 What are my rights in reference to bringing a civil action under ERISA § 502(a)?

You must file a lawsuit to challenge any denial by the **Plan** of your right to current or future benefits within one

(1) year after your **Claim** for benefits (or to establish a right to future benefits) is finally denied by the **Plan**. Other Plan-based lawsuits must be brought within one (1) year after they accrue.

The Plan requires that **Participants** and **Beneficiaries** pursue all **Plan**-based benefit claims and appeals procedures before filing a lawsuit to obtain **Plan** benefits.

The One (1) Year Limit. The one (1) year limit begins on the date your right to **Plan** benefits is fixed (without judicial action). For example, the one (1)-year limit will begin:

- On the day following the date on which the **Plan** finally denies your **Claim** for benefits (or right to future benefits).
- On the day following the last day for you to appeal a **Plan** denial of your **Claim** for benefits or future benefits (if you decide not to appeal that denial).
- On the day following the last date on which you could file a **Claim** for benefits under the **Plan** (if you do not file a **Claim** before the applicable claim-filing deadline).

The one (1)-year limit does not apply to **Plan**-related rights that you have that are not based on the **Plan** itself. For example, the one (1) year limit does not apply to **Claims** that **Plan** fiduciaries have violated their ERISA-imposed fiduciary duties.

Need to Use Plan Claims and Appeals Procedures. The **Plan** requires **Participants** and **Beneficiaries** to exhaust internal **Plan** remedies before filing a court action to vindicate **Plan**-based rights. If you do not file a benefit **Claim** or take permitted appeals from denied **Claims**, you may be prevented from filing a lawsuit to enforce your rights.

Future Notices about these Limits. The Board of Trustees will provide you with periodic additional notice of the limit at least annually and at other appropriate times (e.g., in letters from the **Plan** itself concerning your benefit claims). But these requirements apply even though all **Plan** communications may not remind you of them.

PART TWELVE: **MY RIGHTS AND RESPONSIBILITIES?**

12.1 What are my rights under ERISA?

As a **Participant** in this Plan, you are entitled to certain rights and protections under the Employee Retirement Income Security Act of 1974, also called “ERISA.” ERISA provides that all plan **Participants** are entitled to:

1. Examine, without charge, all plan documents, including insurance contracts and collective bargaining agreements, and copies of the latest annual report (Form 5500 series) and updated summary plan description and insurance contracts and any documents filed by the Plan with the U.S. Department of Labor, such as detailed financial reports, etc. This examination may take place at the **Plan Administrator’s** office and at other specified locations such as the work site or the union hall.
2. Obtain, upon written request to the **Plan Administrator**, copies of documents governing the **Plan**, including insurance contracts and collective bargaining agreements, and copies of the latest annual report (Form 5500 series) and updated summary plan description. The **Plan Administrator** may make a reasonable charge for the copies.
3. Receive a summary of the plan’s annual financial report. The **Plan Administrator** is required by law to furnish each **Participant** with a copy of this summary annual report.
4. Continue health care coverage for yourself, **Spouse** or **Dependents** if there is a loss of coverage under the **Plan** as a result of a qualifying event. You or your **Dependents** may have to pay for such coverage.
5. Review this summary plan description and the documents governing the **Plan** on the rules governing your COBRA continuation coverage rights.
6. Obtain a statement telling you what rights you have with respect to benefits offered by the **Plan**. THIS STATEMENT MUST BE REQUESTED IN WRITING AND IS NOT REQUIRED TO BE GIVEN MORE THAN ONCE A YEAR. The **Plan** must provide this statement free of charge.

In addition to creating rights for **Participants**, ERISA imposes duties upon the people who are responsible for the operation of the **Plan**. The people (the Board of Trustees) 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 plan benefit or exercising your rights under ERISA. In addition:

1. If your **Claim** for a benefit is denied in whole or in part, you have a right to know why this was done, to obtain copies of documents relating to the decision without charge, and to appeal any denial, within certain time schedules.
2. Under ERISA, there are steps you can take to enforce your rights. For instance, if you request materials from the **Plan** and do not receive them within thirty (30) days, you may file a 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 one-hundred ten dollars (\$110) a day until you receive the materials, unless the materials were not sent because of reasons beyond the control of the **Plan Administrator**.
3. If you have a **Claim** for benefits that is denied or ignored, in whole or in part, you may file suit in a state or federal court. In addition, if you disagree with the Plan’s decision or lack thereof concerning the qualified status of a domestic relations order or a medical child support order, you may file suit in federal court.
4. 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, you may file suit in federal court. If the **Plan’s** fiduciaries misuse the **Plan’s** money, or if you are discriminated against for asserting your rights, you may seek assistance from the U.S. Department of Labor, or you may file suit in a federal court. The court will decide who should pay court costs and legal fees. If you are successful, the court may order the person you have sued to pay these costs and fees. If you lose, the court may order you to pay these costs and fees if, for example, it finds your claim is frivolous.

If you have any questions about this statement, or about your rights under ERISA, you should first contact the **Plan Administrator** and then contact the nearest Area Office of the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor listed in your telephone directory or the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

12.2 What are my rights under HIPAA, HITECH, and GINA?

The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”) and The Health Information Technology for Economic and Clinical Health (“HITECH”) Act, enacted as part of the American Recovery and Reinvestment Act of 2009, require that health plans protect the confidentiality of your private health information. A complete description of your rights under HIPAA can be found in the **Plan’s** privacy notice, which was distributed to you upon enrollment and is available from the **Plan Administrator**. If you have questions about the privacy of your health information please contact the **Plan’s** legal counsel, set forth above. If you wish to file a complaint under HIPAA, please contact the **Plan Administrator**. In addition, under the Genetic Information Non-Discrimination Act (“GINA”), the **Plan** will not discriminate on the basis of and cannot request genetic information when making determinations regarding your eligibility for coverage.

12.3 When do I have to notify the Plan of changes in my life?

Under some circumstances, you will be required to notify the **Plan Administrator** of certain events. Your failure to do so may affect your coverage. These events also qualify as “special enrollment” events that allow you to add persons to coverage outside of the normal enrollment period. Accordingly, the **Plan Administrator** must be notified of any changes regarding the following:

1. **Marriage**. To add a **Spouse** and any eligible **Dependents** to coverage, the marriage must be reported within thirty (30) days. A copy of the certificate of marriage must be filed with the **Plan Administrator**. The **Spouse** and any eligible **Dependents** will then be covered from the moment of marriage.

2. **New Children.** To add a **Dependent Child** to coverage, the birth must be reported within thirty (30) days. A copy of the birth certificate must be filed with the **Plan Administrator**. The **Dependent Child**, however, is always covered from the moment of birth.
3. **Adoptions.** Adoption or placement of a **Child** must be reported within thirty (30) days to add the **Dependent Child** as an eligible **Dependent** and a copy of the legal adoption papers or court order for placement must be filed with the **Plan Administrator**. Coverage will then be effective as of the date of the adoption or placement for adoptions.
4. **Foster Children.** Placement of a foster child must be reported within thirty (30) days to add the **Dependent Child**. A copy of the entry of the court order must also be filed with the **Plan Administrator**. Upon the foster **Child** leaving the care of the **Participant**, the **Plan Administrator** must be notified within thirty (30) days of this event and coverage will end on the last day of the month in which this event occurs.
5. **Change of Address.** Any change of address must be reported immediately.
6. **Name Change.** Any name change must be reported immediately.
7. **Deaths.** Deaths should be reported immediately. A certified copy of the death certificate is required.
8. **Divorce.** Divorce must be reported immediately and a copy of the judgment of divorce must be filed in the **Plan Administrator**. A former **Spouse** is no longer eligible for benefits as of the date of the divorce, except as provided under COBRA. The **Plan** will take action to recoup payments made and coverage provided due to a failure to provide notice of a divorce. Eligible **Dependent Children** will continue to be covered if they continue to qualify as **Dependent Children** under this **Plan**.
9. **26th Birthday.** **Children** attaining the age of twenty-six (26) are no longer eligible for coverage as of the last day of the month in which they turn age twenty-six (26). Once no longer eligible for coverage, such **Dependents** may elect continuation of coverage under the COBRA provision of the **Plan**.
10. **Change of Employment Status.** If you or your **Spouse** switches employers, returns from a **Leave of Absence**, moves to full or part-time employment, you must notify the **Plan Administrator** within thirty (30) days.

12.4 How does the Plan treat Child medical support orders?

Where a court has issued a **Child** medical support order, the **Plan** is required to honor this order if the order meets the requirements of federal law. For a copy of the written procedures for seeking a determination from the **Plan** as to whether an order is “qualified,” contact the **Plan Administrator**.

12.5 If I bring a lawsuit against the Plan, can I sue in any court I want to?

No. Any lawsuits filed against this **Plan** or its Board of Trustees must be brought in the Federal District Court for the District of Nevada.

12.6 What happens when circumstances or benefits change?

If changes are made to the provisions of this **Plan** or the coverage it provides, you will receive a notice from the **Plan Administrator**. These notices are typically referred to as a “Summary of Material Modifications” or “SMM” for short. While the Board of Trustees has broad authority to make changes, it may not amend the **Plan** in a way that would: (1) authorize or permit any part of the plan assets to be used for purposes other than the exclusive benefit of the **Participants** or their **Beneficiaries**; or (2) cause any part of the **Plan’s** assets to revert to the **Employers**. The **Plan** may also be terminated, in whole or in part, merged, or combined with another plan. The Board may also terminate the **Plan** when a **Collective Bargaining Agreement** requiring **Employer Contributions** no longer exists.

APPENDIX A

MEDICAL AND PRESCRIPTION DRUG BENEFITS FOR ALL PARTICIPANTS IN THE BRICKLAYERS AND ALLIED CRAFTWORKERS LOCAL 13 HEALTH BENEFIT FUND

Summary of Cost Sharing Provisions

	In-Network	Out-of-Network
Deductible (deductibles do not apply to prescription drugs)	\$0	\$500 Individual \$1,500 Family
Office Visits	\$15 Primary Care Office Visits \$30 Specialist Office Visits	40% Co-insurance for Primary Care Office Visits 40% Co-insurance for Specialist Office Visits
Out of Pocket Maximum (includes deductibles, copayments and Co-insurance)	\$5,200 person/year	No Maximum
	In-Network	Out-of-Network
Preventive Services		
Health Maintenance Exam	No Charge	Not Covered
Annual Gynecological Exam	No Charge	Not Covered
Well-Baby and Well-Child Exam	No Charge	Not Covered
Immunizations	No Charge	Not Covered
Routine Mammogram	No Charge	Not Covered
Additional Preventive Services	Preventive Services not listed above but required by the Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (PPACA) will be covered in-network at no charge.	Not Covered
	In-Network	Out-of-Network
Hospital Care		
Facility Fee (i.e. hospital room) (prior authorization required)	\$400 Copay per admission	40% Co-insurance
Physician/surgeon fees (prior authorization required)	\$100 Copay per surgery	40% Co-insurance
Gastric Bypass Surgery (excludes malabsorptive procedures; maximum lifetime benefit is \$5,000; must have BMI over 40kg/m or 35kg/m with significant co-morbidities; must be at least 18 years old; must show documentation that dietary attempts were ineffective; prior authorization required; must submit to psychological exam) –	50% of usual and customary rate	Not Covered –
Organ and Tissue Transplant Services	\$400 Copay per admission; \$100 Copay per surgery; Transportation/lodging/meals (\$10,000 combined limit per transplant benefit period with \$200 daily limit for lodging and meals); \$15,000 maximum per member per transplant benefit period for organ/tissue procurement;	Not Covered

	50% of usual customary rate for retransplantation	
Outpatient Surgery (prior authorization required)	\$50 Copay per admission for facility fee/ASC \$50 Copay per surgery for physician/surgeon fees \$150 Copay per surgery for Anesthesia No Charge per surgery for Assistant Surgical Services	40% co-insurance for facility fees 40% Co-insurance for physician/surgeon fees 40% Co-insurance for Anesthesia 40% Co-insurance for Assistant Surgical Services
Alternatives to Hospital Care	In-Network	Out-of-Network
Skilled Nursing Care (100-day maximum per calendar year; prior authorization required)	\$400 Copay per admission	40% Co-insurance
Hospice Care (prior authorization required)	\$400 Copay per admission; no charge for outpatient services	Not Covered.
Home Health Care (prior authorization required; out-of-network coverage limited to 30 visits per calendar year)	\$0 Copay per visit	40% Co-insurance
Rehabilitation Services (prior authorization required for inpatient services; coverage is limited to a combined in-network and out-of-network benefit of 60 visits per calendar year)	\$15 Copay per visit for outpatient services \$400 per admission for inpatient services	40% Co-insurance
Physician Office Services	In-Network	Out-of-Network
Primary care visit to treat an injury or illness	\$15 Copay (\$0 Copay for telemedicine benefit)	40% Co-insurance
Specialist Visit	\$30 Copay	40% Co-insurance
Preventive care / screening / immunization	No Charge	Not Covered
Other Practitioner Visit (prior authorization required; chiropractic care limited to 20 visits per year from in-network provider and limited to \$1,000 per year and a \$5,000 lifetime limit from out-of-network provider)	\$30 Copay per visit	40% Co-insurance
Maternity Services	In-Network	Out-of-Network
Preventive Pre-Natal and Post-Natal Care	No Charge	Not Covered
Childbirth/delivery services (c-section)	\$400 Copay per admission \$150 for anesthesia \$100 Copay per surgery	40% co-insurance
Childbirth/delivery services (natural birth)	\$400 Copay per admission \$150 for anesthesia	40% co-insurance
Office Visits	\$15 Copay	40% co-insurance (deductible does not apply for routine prenatal care)
Diagnostic Services	In-Network	Out-of-Network
Laboratory and Pathology Tests	\$15 Copay per test	40% Co-insurance
Diagnostic Tests and X-Rays	\$15 Copay per test	40% Co-insurance

Imaging Tests (CT/PET scans, MRIs) (prior authorization required)	\$750 Copay per PET Scan \$30 Copay per MRI or CT Scan	40% Co-insurance
Emergency Medical Care*	In-Network	Out-of-Network
Hospital Emergency Room (Copay waived if admitted)	\$75 Copay per visit (deductible does not apply; waived if admitted)	\$75 Copay per visit (deductible does not apply; waived if admitted)
Urgent Care Center	\$20 Copay	\$40 Copay (deductible does not apply)
Emergency care transportation services (Benefits will be provided in accordance with 29 CFR 2590.715-2719A(b)(3)(i))	\$50 Copay per trip (ground services only; deductible does not apply) 50% Co-insurance per trip for air services only	\$50 Copay per trip (ground services only; deductible does not apply) 50% Co-insurance per trip for air services only
Other Services	In-Network	Out-of-Network
Durable Medical Equipment (“DME”) (prior authorization required; out-of-network lifetime limit of \$4,000)	\$100 Copay per device or 50% Co-insurance of purchase or rental price (whichever is lower)	40% Co-insurance
Foot Orthotics/Inserts	\$750 – benefit needs to be revisited – allow is only \$129 for last claim	40% Co-insurance
Prosthetics	\$750 Copay per device	40% Co-insurance
Compression Stockings	No charge	40% Co-insurance
Medical Supplies	No charge	40% Co-insurance
In-Patient Mental Health Care (prior authorization required; partial care therapy must be for a minimum of 4 hours per session)	\$400 Copay per admission	40% Co-insurance
In-Patient Substance Abuse Care (prior authorization required; partial care therapy must be for a minimum of 4 hours per session)	\$400 Copay per admission	40% Co-insurance
Out-Patient Mental Health Care (prior authorization required; partial care therapy must be for a minimum of 4 hours per session; includes Attention Deficit Disorder (ADD) & Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) therapies)	\$15 Copay per group therapy visit \$30 Copay per individual, family and partial care therapy visit (\$0 Copay for telemedicine benefit)	40% co-insurance
Out-Patient Substance Abuse Care (prior authorization required; partial care therapy must be for a minimum of 4 hours per session)	\$15 Copay per group therapy visit \$30 Copay per individual, family and partial care therapy visit	40% co-insurance
COVID-19 Services		
Diagnostic Testing (for Active Participants only, this includes tests required by local, state, federal or applicable authority to return to or continue work at a	No Charge	

jobsite)	
Items or Services leading to COVID-19 Testing	No Charge
Medical Management Techniques	Not imposed

Prescription Drug Benefits*

	In-Network		Out-of-Network	
	30 Day Supply (retail)	90 Day Supply (mail order)	30 Day Supply	90 Day Supply
Tier 1: Generic Drugs	\$7 Copay per fill	\$14 Copay per fill	Not Covered	Not Covered
Tier 2: Preferred Brand Drugs	\$30 Copay per fill	\$60 Copay per fill	Not Covered	Not Covered
Tier 3: Non-Preferred Brand Drugs	\$50 Copay per fill	Not Covered	Not Covered	Not Covered

* Prior authorization required for certain medications; Participant pays cost of services if prior authorization or step therapy is not obtained for certain medications; mandatory generic applies when a generic is available.

APPENDIX B
DENTAL BENEFITS FOR:

ACTIVE PARTICIPANTS, CLASS O PARTICIPANTS, DISABLED PARTICIPANTS, AND DEPENDENTS



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.

Bricklayers and Allied Craftworkers - Schedule of Benefits

Member Co-pay applies when a LIBERTY Dental Plan Contracted Dentist provides the services.

Plan Pays (Out-of-Network Tier) applies when an Out-of-Network Dentist provides the services.

Annual Maximum: In-Network (Member Co-Pay) Tier = No Maximum
Out-of-Network (Plan Pays) Tier = No Maximum

- ✓ The Plan offers you a choice of where you receive your dental care. When you choose to receive your care from an In-Network LIBERTY Dental Plan contracted provider, your costs will be limited by the amount identified in the first column (In-Network Member Copay). If you wish to receive care from an Out-of-Network provider, the second column (Out-of-Network Plan Pays) identifies the amount LIBERTY Dental Plan would pay for services and you will be responsible to pay any amount over the Plan pays.
- ✓ Provider office pre-assignment is not required. When a LIBERTY Dental Plan Contracted Dentist provides service, your office will initiate a treatment plan or will initiate the speciality referral process with LIBERTY Dental Plan if the services are dentally necessary and outside the scope of general dentistry.
- ✓ Member Co-payments are payable to the dental office at the time services are rendered.
- ✓ This Schedule does not guarantee benefits. All services are subject to eligibility and dental necessity at the time of service.
- ✓ Dental procedures not listed as covered benefits are available at the dental office's usual and customary fee.

CDT Code	Description	In-Network Member Pays	Out-of-Network Plan Pays	Limitations:
Diagnostic Services				
D0120	Periodic oral evaluation	\$0.00	\$32.00	1 (D0120) every 6 months
D0140	Limited oral evaluation	\$0.00	\$27.00	
D0145	Oral evaluation under age 3	\$0.00	\$27.00	
D0150	Comprehensive oral evaluation	\$0.00	\$32.00	
D0160	Oral evaluation, problem focused	\$0.00	\$32.00	
D0170	Re-evaluation, limited, problem focused	\$0.00	\$28.00	
D0171	Re-evaluation, post operative office visit	\$0.00	\$0.00	
D0180	Comprehensive periodontal evaluation	\$0.00	\$28.00	1 (D0180) every 36 months per location
D0191	Assessment of a patient	\$0.00	\$18.00	
D0210	Intraoral, complete series of radiographic images	\$0.00	\$56.00	1 (D0210) every 36 months
D0220	Intraoral, periapical, first radiographic image	\$0.00	\$14.00	
D0230	Intraoral, periapical, each add 1 radiographic image	\$0.00	\$14.00	
D0240	Intraoral, occlusal radiographic image	\$0.00	\$13.00	
D0250	Extra-oral 2D projection radiographic image, stationary radiation source	\$0.00	\$15.00	
D0251	Extra-oral posterior dental radiographic image	\$0.00	\$15.00	
D0270	Bitewing, single radiographic image	\$0.00	\$10.00	2 of (D0270-D0277) every 12 months
D0272	Bitewings, two radiographic images	\$0.00	\$13.00	
D0273	Bitewings, three radiographic images	\$0.00	\$17.00	
D0274	Bitewings, four radiographic images	\$0.00	\$20.00	
D0277	Vertical bitewings, 7 to 8 radiographic images	\$0.00	\$20.00	
D0310	Sialography	\$0.00	\$50.00	
D0330	Panoramic radiographic image	\$0.00	\$33.00	1 (D0330) every 36 months
D0340	2D cephalometric radiographic image, measurement and analysis	\$0.00	\$40.00	
D0415	Collection of microorganisms for culture	\$0.00	\$23.00	
D0416	Viral culture	\$0.00	\$23.00	
D0425	Caries susceptibility tests	\$0.00	\$23.00	
D0460	Pulp vitality tests	\$0.00	\$6.00	
D0470	Diagnostic casts	\$0.00	\$21.00	
D0502	Other oral pathology procedures, by report	\$0.00	\$0.00	
D0999	Unspecified diagnostic procedure, by report	\$0.00	\$20.00	
Preventive Services				
D1110	Prophylaxis, adult	\$0.00	\$55.00	1 of (D1110, D1120, D4346) every 6 months
D1120	Prophylaxis, child	\$0.00	\$40.00	
D1206	Topical application of fluoride varnish	\$0.00	\$15.00	1 of (D1206, D1208) every 6 months though age 17
D1208	Topical application of fluoride, excluding varnish	\$0.00	\$12.00	
D1310	Nutritional counseling for control of dental disease	\$0.00	\$10.00	
D1330	Oral hygiene instruction	\$0.00	\$8.00	
D1351	Sealant, per tooth	\$0.00	\$16.00	1 (D1351) per tooth every 36 months. Limited to the 1st and 2nd permanent molars, for members through age 16
D1510	Space maintainer, fixed, unilateral, per quadrant	\$0.00	\$84.00	1 of (D1510, D1520) per quad every 60 months
D1516	Space maintainer, fixed, bilateral, maxillary	\$0.00	\$156.00	1 of (D1516, D1526) every 60 months
D1517	Space maintainer, fixed, bilateral, mandibular	\$0.00	\$156.00	1 of (D1517, D1527) every 60 months
D1520	Space maintainer, removable, unilateral, per quadrant	\$0.00	\$101.00	1 of (D1510, D1520) per quad every 60 months
D1526	Space maintainer, removable, bilateral, maxillary	\$0.00	\$147.00	1 of (D1516, D1526) every 60 months
D1527	Space maintainer, removable, bilateral, mandibular	\$0.00	\$147.00	1 of (D1517, D1527) every 60 months
D1551	Re-cement or re-bond bilateral space maintainer, maxillary	\$0.00	\$13.00	
D1552	Re-cement or re-bond bilateral space maintainer, mandibular	\$0.00	\$13.00	
D1553	Re-cement or re-bond unilateral space maintainer, per quadrant	\$0.00	\$13.00	
D1556	Removal of fixed unilateral space maintainer, per quadrant	\$0.00	\$13.00	
D1557	Removal of fixed bilateral space maintainer, maxillary	\$0.00	\$13.00	
D1558	Removal of fixed bilateral space maintainer, mandibular	\$0.00	\$13.00	
D1575	Distal shoe space maintainer, fixed, per quadrant	\$0.00	\$84.00	
Restorative Services				
D2140	Amalgam, one surface, primary or permanent	\$0.00	\$42.00	1 of (D2140-D2394) per tooth per surface every 24 months
D2150	Amalgam, two surfaces, primary or permanent	\$0.00	\$60.00	
D2160	Amalgam, three surfaces, primary or permanent	\$0.00	\$73.00	
D2161	Amalgam, four or more surfaces, primary or permanent	\$0.00	\$87.00	
D2330	Resin-based composite, one surface, anterior	\$0.00	\$42.00	
D2331	Resin-based composite, two surfaces, anterior	\$0.00	\$63.00	



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers - Schedule of Benefits

CDT Code	Description	In-Network Member Pays	Out-of-Network Plan Pays	Limitations:	
Restorative Services (continued)					
D2332	Resin-based composite, three surfaces, anterior	\$0.00	\$72.00	1 of (D2140-D2394) per tooth per surface every 24 months	
D2335	Resin-based composite, four or more surfaces, involving incisal angle	\$0.00	\$84.00		
D2391	Resin-based composite, one surface, posterior	\$40.00	\$0.00		
D2392	Resin-based composite, two surfaces, posterior	\$50.00	\$0.00		
D2393	Resin-based composite, three surfaces, posterior	\$75.00	\$0.00		
D2394	Resin-based composite, four or more surfaces, posterior	\$75.00	\$0.00		
D2410	Gold foil, one surface	\$25.00	\$0.00		
D2420	Gold foil, two surfaces	\$34.00	\$0.00		
D2430	Gold foil, three surfaces	\$45.00	\$0.00		
D2510	Inlay, metallic, one surface	\$85.00	\$80.00		1 of (D2510-D2794, D2960-D2962, D6205-D6794) per tooth every 5 year period
D2520	Inlay, metallic, two surfaces	\$115.00	\$110.00		
D2530	Inlay, metallic, three or more surfaces	\$125.00	\$160.00		
D2610	Inlay, porcelain/ceramic, one surface	\$85.00	\$80.00		
D2620	Inlay, porcelain/ceramic, two surfaces	\$115.00	\$110.00		
D2630	Inlay, porcelain/ceramic, three or more surfaces	\$125.00	\$165.00		
D2710	Crown, resin-based composite (indirect)	\$42.00	\$154.00		
D2712	Crown, ½ resin-based composite (indirect)	\$42.00	\$160.00		
D2720	Crown, resin with high noble metal	\$59.00	\$336.00		
D2721	Crown, resin with predominantly base metal	\$60.00	\$252.00		
D2722	Crown, resin with noble metal	\$63.00	\$286.00		
D2740	Crown, porcelain/ceramic	\$66.00	\$336.00		
D2750	Crown, porcelain fused to high noble metal	\$73.00	\$370.00		
D2751	Crown, porcelain fused to predominantly base metal	\$66.00	\$269.00		
D2752	Crown, porcelain fused to noble metal	\$70.00	\$302.00		
D2753	Crown, porcelain fused to titanium and titanium alloys	\$73.00	\$0.00		
D2790	Crown, full cast high noble metal	\$73.00	\$319.00		
D2791	Crown, full cast predominantly base metal	\$64.00	\$235.00		
D2792	Crown, full cast noble metal	\$69.00	\$269.00		
D2794	Crown, titanium and titanium alloys	\$73.00	\$269.00		
D2910	Re-cement or re-bond inlay, onlay, veneer, or partial coverage	\$6.00	\$25.00	1 of (D2921) per tooth in a lifetime	
D2915	Re-cement or re-bond indirectly fabricated/prefabricated post & core	\$6.00	\$24.00		
D2920	Re-cement or re-bond crown	\$7.00	\$25.00		
D2921	Reattachment of tooth fragment, incisal edge or cusp	\$0.00	\$42.00		
D2928	Prefabricated porcelain/ceramic crown, permanent tooth	\$28.00	\$100.00		
D2929	Prefabricated porcelain/ceramic crown, primary tooth	\$25.00	\$73.00		
D2930	Prefabricated stainless steel crown, primary tooth	\$14.00	\$67.00		
D2931	Prefabricated stainless steel crown, permanent tooth	\$17.00	\$94.00		
D2932	Prefabricated resin crown	\$14.00	\$50.00		
D2933	Prefabricated stainless steel crown with resin window	\$25.00	\$73.00		
D2934	Prefabricated esthetic coated stainless steel crown, primary tooth	\$14.00	\$64.00	1 of (D2928-D2934) per tooth every 5 year period	
D2940	Protective restoration	\$0.00	\$23.00		
D2950	Core buildup, including any pins when required	\$14.00	\$50.00		
D2951	Pin retention, per tooth, in addition to restoration	\$6.00	\$16.00		
D2952	Post and core in addition to crown, indirectly fabricated	\$22.00	\$106.00		
D2953	Each additional indirectly fabricated post, same tooth	\$22.00	\$75.00		
D2954	Prefabricated post and core in addition to crown	\$16.00	\$84.00		
D2955	Post removal	\$0.00	\$0.00		
D2960	Labial veneer (resin laminate), direct	\$55.00	\$60.00		
D2961	Labial veneer (resin laminate), indirect	\$75.00	\$60.00		
D2962	Labial veneer (porcelain laminate), indirect	\$90.00	\$90.00	1 of (D2510-D2794, D2960-D2962, D6205-D6794) per tooth every 5 year period	
D2980	Crown repair necessitated by restorative material failure	\$20.00	\$20.00		
D2981	Inlay repair necessitated by restorative material failure	\$0.00	\$20.00		
D2983	Veneer repair necessitated by restorative material failure	\$0.00	\$20.00		
D2999	Unspecified restorative procedure, by report	\$0.00	\$20.00		
Endodontic Services					
D3110	Pulp cap, direct (excluding final restoration)	\$0.00	\$17.00		1 of (D3346-D3348) per tooth in a lifetime
D3120	Pulp cap, indirect (excluding final restoration)	\$0.00	\$13.00		
D3220	Therapeutic pulpotomy (excluding final restoration)	\$0.00	\$45.00		
D3222	Partial pulpotomy, apexogenesis, permanent tooth, incomplete root	\$0.00	\$40.00		
D3230	Pulpal therapy, anterior, primary tooth (excluding final restoration)	\$0.00	\$25.00		
D3240	Pulpal therapy, posterior, primary tooth (excluding final restoration)	\$0.00	\$35.00		
D3310	Endodontic therapy, anterior tooth (excluding final restoration)	\$0.00	\$118.00		
D3320	Endodontic therapy, premolar tooth (excluding final restoration)	\$0.00	\$151.00		
D3330	Endodontic therapy, molar tooth (excluding final restoration)	\$60.00	\$269.00		
D3346	Retreatment of previous root canal therapy, anterior	\$0.00	\$118.00		
D3347	Retreatment of previous root canal therapy, premolar	\$0.00	\$151.00		
D3348	Retreatment of previous root canal therapy, molar	\$60.00	\$269.00		
D3351	Apexification/recalcification, initial visit	\$9.00	\$44.00		
D3352	Apexification/recalcification, interim medication replacement	\$0.00	\$0.00		
D3353	Apexification/recalcification, final visit	\$0.00	\$0.00		
D3410	Apicoectomy, anterior	\$32.00	\$118.00		
D3421	Apicoectomy, premolar (first root)	\$64.00	\$235.00		
D3425	Apicoectomy, molar (first root)	\$96.00	\$277.00		
D3426	Apicoectomy, (each additional root)	\$50.00	\$92.00		



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers - Schedule of Benefits

CDT Code	Description	In-Network Member Pays	Out-of-Network Plan Pays	Limitations:
Endodontic Services (continued)				
D3430	Retrograde filling, per root	\$50.00	\$50.00	
D3450	Root amputation, per root	\$23.00	\$75.00	
D3910	Surgical procedure for isolation of tooth with rubber dam	\$0.00	\$0.00	
D3920	Hemisection, not including root canal therapy	\$21.00	\$67.00	
D3999	Unspecified endodontic procedure, by report	\$0.00	\$20.00	
Periodontal Services				
D4210	Gingivectomy or gingivoplasty, four or more teeth per quadrant	\$0.00	\$101.00	
D4211	Gingivectomy or gingivoplasty, one to three teeth per quadrant	\$0.00	\$34.00	
D4240	Gingival flap procedure, four or more teeth per quadrant	\$0.00	\$101.00	
D4241	Gingival flap procedure, one to three teeth per quadrant	\$0.00	\$34.00	
D4249	Clinical crown lengthening, hard tissue	\$0.00	\$0.00	
D4260	Osseous surgery, four or more teeth per quadrant	\$56.00	\$336.00	1 of (D4260, D4261) per site/quad every 36 months
D4261	Osseous surgery, one to three teeth per quadrant	\$37.00	\$88.00	
D4270	Pedicle soft tissue graft procedure	\$61.00	\$101.00	
D4277	Free soft tissue graft, first tooth	\$61.00	\$134.00	
D4278	Free soft tissue graft, each additional tooth	\$0.00	\$25.00	
D4322	Splint, intra-coronal; natural teeth or prosthetic crowns	\$25.00	\$45.00	
D4323	Splint, extra-coronal; natural teeth or prosthetic crowns	\$25.00	\$45.00	
GUIDELINE:				
No more than two (2) quadrants of periodontal scaling and root planing per appointment/ per day are allowable.				
D4341	Periodontal scaling and root planing, four or more teeth per quadrant	\$0.00	\$64.00	1 of (D4341, D4342) per site/quad every 24 months
D4342	Periodontal scaling and root planing, one to three teeth per quadrant	\$0.00	\$17.00	
D4346	Scaling in presence of moderate or severe inflammation, full mouth after evaluation	\$20.00	\$55.00	1 of (D1110, D1120, D4346) every 6 months
D4355	Full mouth debridement to enable comprehensive evaluation and diagnosis, subsequent visit	\$0.00	\$34.00	1 (D4355) every 36 months
D4910	Periodontal maintenance	\$0.00	\$34.00	1 (D4910) every 3 months
D4999	Unspecified periodontal procedure, by report	\$0.00	\$20.00	
Removable Prosthodontic Services				
D5110	Complete denture, maxillary	\$93.00	\$420.00	1 of (D5110-D5283) per arch every 5 year period
D5120	Complete denture, mandibular	\$93.00	\$420.00	
D5130	Immediate denture, maxillary	\$93.00	\$420.00	
D5140	Immediate denture, mandibular	\$93.00	\$420.00	
D5211	Maxillary partial denture, resin base	\$63.00	\$168.00	
D5212	Mandibular partial denture, resin base	\$65.00	\$168.00	
D5213	Maxillary partial denture, cast metal, resin base	\$80.00	\$420.00	
D5214	Mandibular partial denture, cast metal, resin base	\$77.00	\$420.00	
D5221	Immediate maxillary partial denture, resin base	\$63.00	\$168.00	
D5222	Immediate mandibular partial denture, resin base	\$65.00	\$168.00	
D5223	Immediate maxillary partial denture, cast metal framework, resin denture base	\$80.00	\$420.00	
D5224	Immediate mandibular partial denture, cast metal framework, resin denture base	\$77.00	\$420.00	
D5225	Maxillary partial denture, flexible base	\$63.00	\$200.00	
D5226	Mandibular partial denture, flexible base	\$65.00	\$200.00	
D5282	Removable unilateral partial denture, one piece cast metal, maxillary	\$100.00	\$0.00	
D5283	Removable unilateral partial denture, one piece cast metal, mandibular	\$100.00	\$0.00	
D5410	Adjust complete denture, maxillary	\$0.00	\$17.00	6 of (D5410-D5422) per arch every 12 months
D5411	Adjust complete denture, mandibular	\$0.00	\$17.00	
D5421	Adjust partial denture, maxillary	\$10.00	\$17.00	
D5422	Adjust partial denture, mandibular	\$10.00	\$17.00	
D5511	Repair broken complete denture base, mandibular	\$5.00	\$50.00	
D5512	Repair broken complete denture base, maxillary	\$5.00	\$50.00	
D5520	Replace missing or broken teeth, complete denture	\$5.00	\$34.00	
D5611	Repair resin partial denture base, mandibular	\$10.00	\$50.00	
D5612	Repair resin partial denture base, maxillary	\$10.00	\$50.00	
D5621	Repair cast partial framework, mandibular	\$9.00	\$80.00	
D5622	Repair cast partial framework, maxillary	\$9.00	\$80.00	
D5630	Repair or replace broken retentive clasping materials, per tooth	\$11.00	\$80.00	
D5640	Replace broken teeth, per tooth	\$13.00	\$50.00	
D5650	Add tooth to existing partial denture	\$8.00	\$50.00	
D5660	Add clasp to existing partial denture, per tooth	\$17.00	\$75.00	
D5670	Replace all teeth & acrylic on cast metal frame, maxillary	\$57.00	\$106.00	
D5671	Replace all teeth & acrylic on cast metal frame, mandibular	\$59.00	\$106.00	
D5710	Rebase complete maxillary denture	\$35.00	\$156.00	
D5711	Rebase complete mandibular denture	\$35.00	\$156.00	
D5720	Rebase maxillary partial denture	\$30.00	\$134.00	
D5721	Rebase mandibular partial denture	\$28.00	\$134.00	
D5730	Reline complete maxillary denture, direct	\$16.00	\$90.00	2 of (D5730-D5761) per arch every 12 months
D5731	Reline complete mandibular denture, direct	\$16.00	\$90.00	
D5740	Reline maxillary partial denture, direct	\$16.00	\$78.00	
D5741	Reline mandibular partial denture, direct	\$16.00	\$78.00	
D5750	Reline complete maxillary denture, indirect	\$27.00	\$134.00	
D5751	Reline complete mandibular denture, indirect	\$27.00	\$134.00	
D5760	Reline maxillary partial denture, indirect	\$28.00	\$134.00	
D5761	Reline mandibular partial denture, indirect	\$28.00	\$134.00	
D5810	Interim complete denture, maxillary	\$55.00	\$0.00	



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers - Schedule of Benefits

CDT Code	Description	In-Network Member Pays	Out-of-Network Plan Pays	Limitations:
Removable Prosthodontic Services (continued)				
D5811	Interim complete denture, mandibular	\$55.00	\$0.00	
D5820	Interim partial denture, maxillary	\$28.00	\$150.00	
D5821	Interim partial denture, mandibular	\$27.00	\$150.00	
D5850	Tissue conditioning, maxillary	\$8.00	\$25.00	
D5851	Tissue conditioning, mandibular	\$8.00	\$25.00	
D5862	Precision attachment, by report	\$50.00	\$70.00	
D5863	Overdenture, complete, maxillary	\$125.00	\$275.00	
D5864	Overdenture, partial, maxillary	\$125.00	\$0.00	
D5865	Overdenture, complete, mandibular	\$125.00	\$275.00	
D5866	Overdenture, partial, mandibular	\$125.00	\$0.00	
D5876	Add metal substructure to acrylic full denture (per arch)	\$60.00	\$0.00	
D5899	Unspecified removable prosthodontic procedure, by report	\$0.00	\$0.00	
Fixed Prosthodontic Services				
D6205	Pontic, indirect resin based composite	\$42.00	\$160.00	
D6210	Pontic, cast high noble metal	\$67.00	\$325.00	
D6211	Pontic, cast predominantly base metal	\$58.00	\$235.00	
D6212	Pontic, cast noble metal	\$64.00	\$269.00	
D6214	Pontic, titanium, and titanium alloys	\$67.00	\$320.00	
D6240	Pontic, porcelain fused to high noble metal	\$69.00	\$370.00	
D6241	Pontic, porcelain fused to predominantly base metal	\$63.00	\$302.00	
D6242	Pontic, porcelain fused to noble metal	\$66.00	\$319.00	
D6243	Pontic, porcelain fused to titanium and titanium alloys	\$66.00	\$0.00	
D6245	Pontic, porcelain/ceramic	\$66.00	\$0.00	
D6250	Pontic, resin with high noble metal	\$62.00	\$325.00	
D6251	Pontic, resin with predominantly base metal	\$58.00	\$235.00	
D6252	Pontic, resin with noble metal	\$61.00	\$302.00	
D6545	Retainer, cast metal for resin bonded fixed prosthesis	\$33.00	\$134.00	
D6549	Resin retainer, for resin bonded fixed prosthesis	\$85.00	\$80.00	
D6602	Retainer inlay, cast high noble metal, two surfaces	\$120.00	\$0.00	
D6603	Retainer inlay, cast high noble metal, three or more surfaces	\$120.00	\$0.00	
D6604	Retainer inlay, cast base metal, two surfaces	\$120.00	\$0.00	
D6605	Retainer inlay, cast base metal, three or more surfaces	\$120.00	\$0.00	
D6606	Retainer inlay, cast noble metal, two surfaces	\$120.00	\$0.00	
D6607	Retainer inlay, cast noble metal, three or more surfaces	\$120.00	\$0.00	
D6624	Retainer inlay, titanium	\$120.00	\$0.00	
D6710	Retainer crown, indirect resin based composite	\$42.00	\$160.00	
D6720	Retainer crown, resin with high noble metal	\$69.00	\$325.00	
D6721	Retainer crown, resin with predominantly base metal	\$66.00	\$252.00	
D6722	Retainer crown, resin with noble metal	\$62.00	\$286.00	
D6740	Retainer crown, porcelain/ceramic	\$62.00	\$275.00	
D6750	Retainer crown, porcelain fused to high noble metal	\$73.00	\$395.00	
D6751	Retainer crown, porcelain fused to predominantly base metal	\$69.00	\$269.00	
D6752	Retainer crown, porcelain fused to noble metal	\$72.00	\$325.00	
D6753	Retainer crown, porcelain fused to titanium and titanium alloys	\$72.00	\$0.00	
D6780	Retainer crown, ¾ cast high noble metal	\$72.00	\$319.00	
D6784	Retainer crown ¾, titanium and titanium alloys	\$72.00	\$0.00	
D6790	Retainer crown, full cast high noble metal	\$74.00	\$319.00	
D6792	Retainer crown, full cast noble metal	\$70.00	\$286.00	
D6794	Retainer crown, titanium and titanium alloys	\$74.00	\$304.00	
D6930	Re-cement or re-bond fixed partial denture	\$10.00	\$30.00	
D6940	Stress breaker	\$25.00	\$65.00	
D6950	Precision attachment	\$50.00	\$70.00	
D6980	Fixed partial denture repair, restorative material failure	\$20.00	\$20.00	
D6999	Unspecified fixed prosthodontic procedure, by report	\$0.00	\$20.00	
Oral & Maxillofacial Services				
D7111	Extraction, coronal remnants, primary tooth	\$0.00	\$34.00	
D7140	Extraction, erupted tooth or exposed root	\$0.00	\$45.00	
D7210	Extraction, erupted tooth requiring removal of bone and/or sectioning of tooth	\$0.00	\$67.00	
D7220	Removal of impacted tooth, soft tissue	\$17.00	\$92.00	
D7230	Removal of impacted tooth, partially bony	\$23.00	\$120.00	
D7240	Removal of impacted tooth, completely bony	\$30.00	\$168.00	
D7241	Removal impacted tooth, complete bony, complication	\$31.00	\$165.00	
D7250	Removal of residual tooth roots (cutting procedure)	\$14.00	\$62.00	
D7260	Oroantral fistula closure	\$50.00	\$0.00	
D7261	Primary closure of a sinus perforation	\$50.00	\$130.00	
D7270	Tooth reimplantation and/or stabilization, accident	\$25.00	\$0.00	
D7280	Exposure of an unerupted tooth	\$14.00	\$65.00	
D7282	Mobilization of erupted/malpositioned tooth	\$14.00	\$65.00	
D7283	Placement, device to facilitate eruption, impaction	\$150.00	\$0.00	
D7285	Incisional biopsy of oral tissue, hard (bone, tooth)	\$30.00	\$55.00	
D7286	Incisional biopsy of oral tissue, soft	\$30.00	\$45.00	
D7287	Exfoliative cytological sample collection	\$0.00	\$25.00	
D7288	Brush biopsy, transepithelial sample collection	\$0.00	\$35.00	
D7290	Surgical repositioning of teeth	\$65.00	\$55.00	

1 of (D2510-D2794, D2960-D2962, D6205-D6794) per tooth every 5 year period



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers - Schedule of Benefits

CDT Code	Description	In-Network Member Pays	Out-of-Network Plan Pays	Limitations:
Oral & Maxillofacial Services (continued)				
D7291	Transseptal fiberotomy/supra crestal fiberotomy, by report	\$15.00	\$55.00	
D7310	Alveoplasty with extractions, four or more teeth per quadrant	\$13.00	\$65.00	
D7311	Alveoplasty with extractions, one to three teeth per quadrant	\$9.00	\$40.00	
D7320	Alveoplasty, w/o extractions, four or more teeth per quadrant	\$14.00	\$90.00	
D7321	Alveoplasty, w/o extractions, one to three teeth per quadrant	\$9.00	\$56.00	
D7340	Vestibuloplasty, ridge extension (2nd epithelialization)	\$0.00	\$187.00	
D7350	Vestibuloplasty, ridge extension	\$0.00	\$312.00	
D7410	Excision of benign lesion, up to 1.25 cm	\$25.00	\$100.00	
D7450	Removal, benign odontogenic cyst/tumor, up to 1.25 cm	\$25.00	\$100.00	
D7451	Removal, benign odontogenic cyst/tumor, greater than 1.25 cm	\$0.00	\$0.00	
D7460	Removal, benign nonodontogenic cyst/tumor, up to 1.25 cm	\$80.00	\$100.00	
D7471	Removal of lateral exostosis, maxilla or mandible	\$38.00	\$100.00	
D7472	Removal of torus palatinus	\$38.00	\$100.00	
D7473	Removal of torus mandibularis	\$38.00	\$100.00	
D7485	Reduction of osseous tuberosity	\$38.00	\$100.00	
D7510	Incision & drainage of abscess, intraoral soft tissue	\$8.00	\$60.00	
D7511	Incision & drainage of abscess, intraoral soft tissue, complicated	\$8.00	\$64.00	
D7520	Incision & drainage of abscess, extraoral soft tissue	\$0.00	\$0.00	
D7521	Incision & drainage of abscess, extraoral soft tissue, complicated	\$0.00	\$0.00	
D7530	Remove foreign body, mucosa, skin, tissue	\$20.00	\$67.00	
D7540	Removal of reaction producing foreign bodies, musculoskeletal system	\$20.00	\$27.00	
D7550	Partial ostectomy/osteostrectomy for removal of non-vital bone	\$25.00	\$27.00	
D7560	Maxillary sinusotomy for removal of tooth fragment or foreign body	\$0.00	\$0.00	
D7910	Suture of recent small wounds up to 5 cm	\$0.00	\$27.00	
D7961	Buccal / labial frenectomy (frenulectomy)	\$25.00	\$67.00	
D7962	Lingual frenectomy (frenulectomy)	\$25.00	\$67.00	
D7963	Frenuloplasty	\$25.00	\$67.00	
D7970	Excision of hyperplastic tissue, per arch	\$25.00	\$50.00	
D7971	Excision of pericoronal gingiva	\$25.00	\$35.00	
Orthodontic Services				
Orthodontic Services Guidelines:				
*Orthodontic services are covered for dependent children up to age 19.				
*Procedures D0330, D0340, D0470 for orthodontic purposes are included in the fee for D8080, Comprehensive Orthodontic Treatment.				
*The plan benefits cover up to 24 months of orthodontic treatment.				
D0330	Panoramic radiographic image	\$0.00	\$0.00	
D0340	2D cephalometric radiographic image, measurement and analysis	\$0.00	\$0.00	
D0470	Diagnostic casts	\$0.00	\$0.00	
D8080	Comprehensive orthodontic treatment of the adolescent dentition	\$350.00	\$0.00	
D8670	Periodic orthodontic treatment visit	\$850.00	\$0.00	
D8680	Orthodontic retention (removal of appliances, construction and placement of retainer(s))	\$150.00	\$0.00	
Adjunctive General Services				
D9110	Palliative (emergency) treatment, minor procedure	\$0.00	\$27.00	
D9120	Fixed partial denture sectioning	\$20.00	\$20.00	
D9311	Consultation with a medical health care professional	\$0.00	\$0.00	
D9420	Hospital or ambulatory surgical center call	\$25.00	\$30.00	
D9430	Office visit, observation, regular hours, no other services	\$0.00	\$20.00	
D9440	Office visit, after regularly scheduled hours	\$25.00	\$40.00	
D9450	Case presentation, detailed & extensive treatment	\$0.00	\$10.00	
D9930	Treatment of complications, post surgical, unusual, by report	\$0.00	\$10.00	
D9941	Fabrication of athletic mouthguard	\$0.00	\$20.00	
D9942	Repair and/or reline of occlusal guard	\$5.00	\$48.00	
D9943	Occlusal guard adjustment	\$5.00	\$17.00	
D9944	Occlusal guard, hard appliance, full arch	\$125.00	\$25.00	
D9945	Occlusal guard, soft appliance, full arch	\$25.00	\$25.00	
D9950	Occlusion analysis, mounted case	\$8.00	\$69.00	
D9951	Occlusal adjustment, limited	\$8.00	\$42.00	
D9952	Occlusal adjustment, complete	\$24.00	\$80.00	
D9999	Unspecified adjunctive procedure, by report	\$0.00	\$20.00	



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc. Bricklayers and Allied Craftworkers - Schedule of Benefits

Limitations:

1. Replacement of an existing full and partial denture is covered once per arch every 5 years if the appliance cannot be made functional through relining or repair.
2. The replacement of an amalgam or resin restoration in less than twelve months by the same contracted dentist or office is not chargeable to the Plan or the member.
3. Procedures that appear to have a poor prognosis as determined by a licensed LIBERTY dentist consultant are not covered.
4. Fabricated crowns, onlays and inlays may be covered when a tooth with a good prognosis requires restoration but has insufficient remaining structure to reliably retain a filling. Coverage for these procedures limited to members age 16 and over.
5. For treatment plans involving 7 or more units of crowns and/or fixed partial dentures (bridges), contracted providers may charge an additional \$200 co-payment per unit. In such cases, the first 6 units, are covered at the specified member co-payment amount only, as documented in this Schedule of Benefits.
6. Fixed partial dentures (bridges) are covered when: replacing a "like-for-like" existing fixed partial denture with identical pontics and abutment teeth with good prognosis; abutment teeth qualify for crowns on their own merit, there is only one missing permanent tooth in a full arch and the bridge would have opposing teeth in the opposite arch.
7. Pediatric referrals, if authorized by LIBERTY, are covered only for dependent children through the age of 6 unless the child qualifies under the American with Disabilities Act (ADA).

Exclusions:

1. Any procedure not specifically listed as a Covered Benefit.
2. Replacement of lost or stolen prosthetics or appliances including partial dentures, full dentures, and orthodontic appliances.
3. General anesthesia, analgesia, intravenous/intramuscular sedation or the services of an anesthesiologist.
4. Treatment started prior to coverage or after termination of coverage.
5. Procedures, appliances, or restorations to treat temporomandibular joint dysfunctions (e.g. adjustments/corrections to the facial bones), congenital or developmental situations (including supernumerary teeth) or medically induced dental disorders, including but not limited to: myofunctional treatment (e.g. speech therapy), or myoskeletal dysfunctions, unless otherwise covered as an orthodontic benefit.
6. Services for cosmetic purposes or for conditions that are a result of hereditary developmental defects, such as cleft palate, upper and lower jaw malformations, congenitally missing teeth and teeth that are discolored or lacking enamel.
7. Procedures which are determined not to be dentally necessary consistent with professionally recognized standards of dental practice.
8. Procedures performed on natural teeth solely to increase vertical dimension or restore occlusion.
9. The removal of asymptomatic, unerupted third molars (or other teeth) that appear to have an unimpeded pathway to eruption and no active pathology.
10. Procedures or appliances that are provided by a dentist who specializes in prosthodontic services.
11. Services for restoring tooth structure lost from wear (abrasion, erosion, attrition or abfraction), for rebuilding occlusion or maintaining chewing surfaces or teeth that are out of alignment or for stabilizing teeth. Examples of such treatment are equilibration and periodontal splinting.
12. Any routine dental services performed by a dentist or dental specialist in an inpatient/outpatient hospital setting.
13. Consultations for non-covered services.

Orthodontic Exclusions:

1. Orthodontic services performed by an out of network provider
 2. Replacement of lost or stolen orthodontic appliances
 3. Lost, stolen or broken appliances
 4. Orthodontic treatment started prior to member's effective date of coverage unless covered through an orthodontic takeover provision.
 5. Extractions for orthodontic purposes, (will not be applied if extraction is consistent with professionally recognized standards of dental practice or arises in the context of an
 6. Treatment in progress at the time of eligibility, unless included as an orthodontic rider to the groups benefits.
 7. Temporomandibular joint syndrome (TMJ) surgical orthodontics
 8. Myofunctional therapy
 9. Treatment of cleft palate
 10. Treatment of micrognathia
 11. Treatment of macroglossia
 12. Changes in orthodontic treatment necessitated by accident of any kind.
 13. Orthodontic coverage is limited to 24 months of treatment, followed by 24 months of retention office visits.
 14. Services provided after the 24th month of treatment and/or retention is the responsibility of the patient at a fee not to exceed \$125 per month.
 15. In the event of termination the patient is responsible for the usual fee of the treating dentist pro-rated over the remainder of treatment and/or retention.
-



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.

Bricklayers and Allied Craftworkers (Out-of-State) - Schedule of Benefits

Member Co-pay applies when a LIBERTY Dental Plan Contracted Dentist provides the services.

Plan Pays (Out-of-Network Tier) applies when an Out-of-Network Dentist provides the services.

**Annual Maximum: In-Network (Member Co-Pay) Tier = No Maximum
Out-of-Network (Plan Pays) Tier = No Maximum**

- ✓ The Plan offers you a choice of where you receive your dental care. When you choose to receive your care from an In-Network LIBERTY Dental Plan contracted provider, your costs will be limited by the amount identified in the first column (In-Network Member Copay). If you wish to receive care from an Out-of-Network provider, the second column (Out-of-Network Plan Pays) identifies the amount LIBERTY Dental Plan would pay for services and you will be responsible to pay any amount over the Plan pays.
- ✓ Members have the freedom to visit a contracted dental office to utilize covered benefits or to choose a non-network dentist in their area. The Member's dental office will initiate a treatment plan or recommend the Member see a specialist if the services are dentally necessary and outside the scope of general dentistry. Members may directly refer to a dental specialist.
- ✓ Member Co-payments are payable to the dental office at the time services are rendered.
- ✓ This Schedule does not guarantee benefits. All services are subject to eligibility and dental necessity at the time of service.
- ✓ Dental procedures not listed as covered benefits are available at the dental office's usual and customary fee.

CDT Code	Description	In-Network Member Pays	Out-of-Network Plan Pays	Limitations:
Diagnostic Services				
D0120	Periodic oral evaluation	\$0.00	\$32.00	1 (D0120) every 6 months
D0140	Limited oral evaluation	\$0.00	\$27.00	
D0145	Oral evaluation under age 3	\$0.00	\$27.00	
D0150	Comprehensive oral evaluation	\$0.00	\$32.00	
D0160	Oral evaluation, problem focused	\$0.00	\$32.00	
D0170	Re-evaluation, limited, problem focused	\$0.00	\$28.00	
D0171	Re-evaluation, post operative office visit	\$0.00	\$0.00	
D0180	Comprehensive periodontal evaluation	\$0.00	\$28.00	1 (D0180) every 36 months per location
D0191	Assessment of a patient	\$0.00	\$18.00	
D0210	Intraoral, complete series of radiographic images	\$0.00	\$56.00	1 (D0210) every 36 months
D0220	Intraoral, periapical, first radiographic image	\$0.00	\$14.00	
D0230	Intraoral, periapical, each add '1' radiographic image	\$0.00	\$14.00	
D0240	Intraoral, occlusal radiographic image	\$0.00	\$13.00	
D0250	Extra-oral 2D projection radiographic image, stationary radiation source	\$0.00	\$15.00	
D0251	Extra-oral posterior dental radiographic image	\$0.00	\$15.00	
D0270	Bitewing, single radiographic image	\$0.00	\$10.00	2 of (D0270-D0277) every 12 months
D0272	Bitewings, two radiographic images	\$0.00	\$13.00	
D0273	Bitewings, three radiographic images	\$0.00	\$17.00	
D0274	Bitewings, four radiographic images	\$0.00	\$20.00	
D0277	Vertical bitewings, 7 to 8 radiographic images	\$0.00	\$20.00	
D0310	Sialography	\$0.00	\$50.00	
D0330	Panoramic radiographic image	\$0.00	\$33.00	1 (D0330) every 36 months
D0340	2D cephalometric radiographic image, measurement and analysis	\$0.00	\$40.00	
D0415	Collection of microorganisms for culture	\$0.00	\$23.00	
D0416	Viral culture	\$0.00	\$23.00	
D0425	Caries susceptibility tests	\$0.00	\$23.00	
D0460	Pulp vitality tests	\$0.00	\$6.00	
D0470	Diagnostic casts	\$0.00	\$21.00	
D0502	Other oral pathology procedures, by report	\$0.00	\$0.00	
D0999	Unspecified diagnostic procedure, by report	\$0.00	\$20.00	
Preventive Services				
D1110	Prophylaxis, adult	\$0.00	\$55.00	1 of (D1110, D1120, D4346) every 6 months
D1120	Prophylaxis, child	\$0.00	\$40.00	
D1206	Topical application of fluoride varnish	\$0.00	\$15.00	1 of (D1206, D1208) every 6 months though age 17
D1208	Topical application of fluoride, excluding varnish	\$0.00	\$12.00	
D1310	Nutritional counseling for control of dental disease	\$0.00	\$10.00	
D1330	Oral hygiene instruction	\$0.00	\$8.00	
D1351	Sealant, per tooth	\$0.00	\$16.00	1 (D1351) per tooth every 36 months. Limited to the 1st and 2nd permanent molars, for members through age 16
D1510	Space maintainer, fixed, unilateral, per quadrant	\$0.00	\$84.00	1 of (D1510, D1520) per quad every 60 months
D1516	Space maintainer, fixed, bilateral, maxillary	\$0.00	\$156.00	1 of (D1516, D1526) every 60 months
D1517	Space maintainer, fixed, bilateral, mandibular	\$0.00	\$156.00	1 of (D1517, D1527) every 60 months
D1520	Space maintainer, removable, unilateral, per quadrant	\$0.00	\$101.00	1 of (D1510, D1520) per quad every 60 months
D1526	Space maintainer, removable, bilateral, maxillary	\$0.00	\$147.00	1 of (D1516, D1526) every 60 months
D1527	Space maintainer, removable, bilateral, mandibular	\$0.00	\$147.00	1 of (D1517, D1527) every 60 months
D1551	Re-cement or re-bond bilateral space maintainer, maxillary	\$0.00	\$13.00	
D1552	Re-cement or re-bond bilateral space maintainer, mandibular	\$0.00	\$13.00	
D1553	Re-cement or re-bond unilateral space maintainer, per quadrant	\$0.00	\$13.00	
D1556	Removal of fixed unilateral space maintainer, per quadrant	\$0.00	\$13.00	
D1557	Removal of fixed bilateral space maintainer, maxillary	\$0.00	\$13.00	
D1558	Removal of fixed bilateral space maintainer, mandibular	\$0.00	\$13.00	
D1575	Distal shoe space maintainer, fixed, per quadrant	\$0.00	\$84.00	
Restorative Services				
D2140	Amalgam, one surface, primary or permanent	\$0.00	\$42.00	1 of (D2140-D2394) per tooth per surface every 24 months
D2150	Amalgam, two surfaces, primary or permanent	\$0.00	\$60.00	
D2160	Amalgam, three surfaces, primary or permanent	\$0.00	\$73.00	
D2161	Amalgam, four or more surfaces, primary or permanent	\$0.00	\$87.00	
D2330	Resin-based composite, one surface, anterior	\$0.00	\$42.00	
D2331	Resin-based composite, two surfaces, anterior	\$0.00	\$63.00	



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers (Out-of-State) - Schedule of Benefits

CDT Code	Description	In-Network Member Pays	Out-of-Network Plan Pays	Limitations:
Restorative Services (continued)				
D2332	Resin-based composite, three surfaces, anterior	\$0.00	\$72.00	1 of (D2140-D2394) per tooth per surface every 24 months
D2335	Resin-based composite, four or more surfaces, involving incisal angle	\$0.00	\$84.00	
D2391	Resin-based composite, one surface, posterior	\$40.00	\$0.00	
D2392	Resin-based composite, two surfaces, posterior	\$50.00	\$0.00	
D2393	Resin-based composite, three surfaces, posterior	\$75.00	\$0.00	
D2394	Resin-based composite, four or more surfaces, posterior	\$75.00	\$0.00	
D2410	Gold foil, one surface	\$25.00	\$0.00	
D2420	Gold foil, two surfaces	\$34.00	\$0.00	
D2430	Gold foil, three surfaces	\$45.00	\$0.00	
D2510	Inlay, metallic, one surface	\$85.00	\$80.00	
D2520	Inlay, metallic, two surfaces	\$115.00	\$110.00	
D2530	Inlay, metallic, three or more surfaces	\$125.00	\$160.00	
D2610	Inlay, porcelain/ceramic, one surface	\$85.00	\$80.00	
D2620	Inlay, porcelain/ceramic, two surfaces	\$115.00	\$110.00	
D2630	Inlay, porcelain/ceramic, three or more surfaces	\$125.00	\$165.00	
D2710	Crown, resin-based composite (indirect)	\$42.00	\$154.00	1 of (D2510-D2794, D2960-D2962, D6205-D6794) per tooth every 5 year period
D2712	Crown, ½ resin-based composite (indirect)	\$42.00	\$160.00	
D2720	Crown, resin with high noble metal	\$59.00	\$336.00	
D2721	Crown, resin with predominantly base metal	\$60.00	\$252.00	
D2722	Crown, resin with noble metal	\$63.00	\$286.00	
D2740	Crown, porcelain/ceramic	\$66.00	\$336.00	
D2750	Crown, porcelain fused to high noble metal	\$73.00	\$370.00	
D2751	Crown, porcelain fused to predominantly base metal	\$66.00	\$269.00	
D2752	Crown, porcelain fused to noble metal	\$70.00	\$302.00	
D2753	Crown, porcelain fused to titanium and titanium alloys	\$73.00	\$0.00	
D2790	Crown, full cast high noble metal	\$73.00	\$319.00	
D2791	Crown, full cast predominantly base metal	\$64.00	\$235.00	
D2792	Crown, full cast noble metal	\$69.00	\$269.00	
D2794	Crown, titanium and titanium alloys	\$73.00	\$269.00	
D2910	Re-cement or re-bond inlay, onlay, veneer, or partial coverage	\$6.00	\$25.00	
D2915	Re-cement or re-bond indirectly fabricated/prefabricated post & core	\$6.00	\$24.00	
D2920	Re-cement or re-bond crown	\$7.00	\$25.00	
D2921	Reattachment of tooth fragment, incisal edge or cusp	\$0.00	\$42.00	1 (D2921) per tooth in a lifetime
D2928	Prefabricated porcelain/ceramic crown, permanent tooth	\$28.00	\$100.00	1 of (D2928-D2934) per tooth every 5 year period
D2929	Prefabricated porcelain/ceramic crown, primary tooth	\$25.00	\$73.00	
D2930	Prefabricated stainless steel crown, primary tooth	\$14.00	\$67.00	
D2931	Prefabricated stainless steel crown, permanent tooth	\$17.00	\$94.00	
D2932	Prefabricated resin crown	\$14.00	\$50.00	
D2933	Prefabricated stainless steel crown with resin window	\$25.00	\$73.00	
D2934	Prefabricated esthetic coated stainless steel crown, primary tooth	\$14.00	\$64.00	
D2940	Protective restoration	\$0.00	\$23.00	
D2950	Core buildup, including any pins when required	\$14.00	\$50.00	1 of (D2950) per tooth every 5 year period
D2951	Pin retention, per tooth, in addition to restoration	\$6.00	\$16.00	
D2952	Post and core in addition to crown, indirectly fabricated	\$22.00	\$106.00	
D2953	Each additional indirectly fabricated post, same tooth	\$22.00	\$75.00	
D2954	Prefabricated post and core in addition to crown	\$16.00	\$84.00	
D2955	Post removal	\$0.00	\$0.00	
D2960	Labial veneer (resin laminate), direct	\$55.00	\$60.00	1 of (D2510-D2794, D2960-D2962, D6205-D6794) per tooth every 5 year period
D2961	Labial veneer (resin laminate), indirect	\$75.00	\$60.00	
D2962	Labial veneer (porcelain laminate), indirect	\$90.00	\$90.00	
D2980	Crown repair necessitated by restorative material failure	\$20.00	\$20.00	
D2981	Inlay repair necessitated by restorative material failure	\$0.00	\$20.00	
D2983	Veneer repair necessitated by restorative material failure	\$0.00	\$20.00	
D2999	Unspecified restorative procedure, by report	\$0.00	\$20.00	
Endodontic Services				
D3110	Pulp cap, direct (excluding final restoration)	\$0.00	\$17.00	
D3120	Pulp cap, indirect (excluding final restoration)	\$0.00	\$13.00	
D3220	Therapeutic pulpotomy (excluding final restoration)	\$0.00	\$45.00	
D3222	Partial pulpotomy, apexogenesis, permanent tooth, incomplete root	\$0.00	\$40.00	
D3230	Pulpal therapy, anterior, primary tooth (excluding final restoration)	\$0.00	\$25.00	
D3240	Pulpal therapy, posterior, primary tooth (excluding final restoration)	\$0.00	\$35.00	
D3310	Endodontic therapy, anterior tooth (excluding final restoration)	\$0.00	\$118.00	1 of (D3346-D3348) per tooth in a lifetime
D3320	Endodontic therapy, premolar tooth (excluding final restoration)	\$0.00	\$151.00	
D3330	Endodontic therapy, molar tooth (excluding final restoration)	\$60.00	\$269.00	
D3346	Retreatment of previous root canal therapy, anterior	\$0.00	\$118.00	
D3347	Retreatment of previous root canal therapy, premolar	\$0.00	\$151.00	
D3348	Retreatment of previous root canal therapy, molar	\$60.00	\$269.00	
D3351	Apexification/recalcification, initial visit	\$9.00	\$44.00	
D3352	Apexification/recalcification, interim medication replacement	\$0.00	\$0.00	
D3353	Apexification/recalcification, final visit	\$0.00	\$0.00	
D3410	Apicoectomy, anterior	\$32.00	\$118.00	
D3421	Apicoectomy, premolar (first root)	\$64.00	\$235.00	
D3425	Apicoectomy, molar (first root)	\$96.00	\$277.00	
D3426	Apicoectomy, (each additional root)	\$50.00	\$92.00	



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers (Out-of-State) - Schedule of Benefits

CDT Code	Description	In-Network Member Pays	Out-of-Network Plan Pays	Limitations:
Endodontic Services (continued)				
D3430	Retrograde filling, per root	\$50.00	\$50.00	
D3450	Root amputation, per root	\$23.00	\$75.00	
D3910	Surgical procedure for isolation of tooth with rubber dam	\$0.00	\$0.00	
D3920	Hemisection, not including root canal therapy	\$21.00	\$67.00	
D3999	Unspecified endodontic procedure, by report	\$0.00	\$20.00	
Periodontal Services				
D4210	Gingivectomy or gingivoplasty, four or more teeth per quadrant	\$0.00	\$101.00	
D4211	Gingivectomy or gingivoplasty, one to three teeth per quadrant	\$0.00	\$34.00	
D4240	Gingival flap procedure, four or more teeth per quadrant	\$0.00	\$101.00	
D4241	Gingival flap procedure, one to three teeth per quadrant	\$0.00	\$34.00	
D4249	Clinical crown lengthening, hard tissue	\$0.00	\$0.00	
D4260	Osseous surgery, four or more teeth per quadrant	\$56.00	\$336.00	1 of (D4260, D4261) per site/quad every 36 months
D4261	Osseous surgery, one to three teeth per quadrant	\$37.00	\$88.00	
D4270	Pedicle soft tissue graft procedure	\$61.00	\$101.00	
D4277	Free soft tissue graft, first tooth	\$61.00	\$134.00	
D4278	Free soft tissue graft, each additional tooth	\$0.00	\$25.00	
D4322	Splint, intra-coronal; natural teeth or prosthetic crowns	\$25.00	\$45.00	
D4323	Splint, extra-coronal; natural teeth or prosthetic crowns	\$25.00	\$45.00	
GUIDELINE:				
No more than two (2) quadrants of periodontal scaling and root planing per appointment/ per day are allowable.				
D4341	Periodontal scaling and root planing, four or more teeth per quadrant	\$0.00	\$64.00	1 of (D4341, D4342) per site/quad every 24 months
D4342	Periodontal scaling and root planing, one to three teeth per quadrant	\$0.00	\$17.00	
D4346	Scaling in presence of moderate or severe inflammation, full mouth after evaluation	\$20.00	\$55.00	1 of (D1110, D1120, D4346) every 6 months
D4355	Full mouth debridement to enable comprehensive evaluation and diagnosis, subsequent visit	\$0.00	\$34.00	1 (D4355) every 36 months
D4910	Periodontal maintenance	\$0.00	\$34.00	1 (D4910) every 3 months
D4999	Unspecified periodontal procedure, by report	\$0.00	\$20.00	
Removable Prosthodontic Services				
D5110	Complete denture, maxillary	\$93.00	\$420.00	1 of (D5110-D5283) per arch every 5 year period
D5120	Complete denture, mandibular	\$93.00	\$420.00	
D5130	Immediate denture, maxillary	\$93.00	\$420.00	
D5140	Immediate denture, mandibular	\$93.00	\$420.00	
D5211	Maxillary partial denture, resin base	\$63.00	\$168.00	
D5212	Mandibular partial denture, resin base	\$65.00	\$168.00	
D5213	Maxillary partial denture, cast metal, resin base	\$80.00	\$420.00	
D5214	Mandibular partial denture, cast metal, resin base	\$77.00	\$420.00	
D5221	Immediate maxillary partial denture, resin base	\$63.00	\$168.00	
D5222	Immediate mandibular partial denture, resin base	\$65.00	\$168.00	
D5223	Immediate maxillary partial denture, cast metal framework, resin denture base	\$80.00	\$420.00	
D5224	Immediate mandibular partial denture, cast metal framework, resin denture base	\$77.00	\$420.00	
D5225	Maxillary partial denture, flexible base	\$63.00	\$200.00	
D5226	Mandibular partial denture, flexible base	\$65.00	\$200.00	
D5282	Removable unilateral partial denture, one piece cast metal, maxillary	\$100.00	\$0.00	
D5283	Removable unilateral partial denture, one piece cast metal, mandibular	\$100.00	\$0.00	
D5410	Adjust complete denture, maxillary	\$0.00	\$17.00	6 of (D5410-D5422) per arch every 12 months
D5411	Adjust complete denture, mandibular	\$0.00	\$17.00	
D5421	Adjust partial denture, maxillary	\$10.00	\$17.00	
D5422	Adjust partial denture, mandibular	\$10.00	\$17.00	
D5511	Repair broken complete denture base, mandibular	\$5.00	\$50.00	
D5512	Repair broken complete denture base, maxillary	\$5.00	\$50.00	
D5520	Replace missing or broken teeth, complete denture	\$5.00	\$34.00	
D5611	Repair resin partial denture base, mandibular	\$10.00	\$50.00	
D5612	Repair resin partial denture base, maxillary	\$10.00	\$50.00	
D5621	Repair cast partial framework, mandibular	\$9.00	\$80.00	
D5622	Repair cast partial framework, maxillary	\$9.00	\$80.00	
D5630	Repair or replace broken retentive clasping materials, per tooth	\$11.00	\$80.00	
D5640	Replace broken teeth, per tooth	\$13.00	\$50.00	
D5650	Add tooth to existing partial denture	\$8.00	\$50.00	
D5660	Add clasp to existing partial denture, per tooth	\$17.00	\$75.00	
D5670	Replace all teeth & acrylic on cast metal frame, maxillary	\$57.00	\$106.00	
D5671	Replace all teeth & acrylic on cast metal frame, mandibular	\$59.00	\$106.00	
D5710	Rebase complete maxillary denture	\$35.00	\$156.00	
D5711	Rebase complete mandibular denture	\$35.00	\$156.00	
D5720	Rebase maxillary partial denture	\$30.00	\$134.00	
D5721	Rebase mandibular partial denture	\$28.00	\$134.00	
D5730	Reline complete maxillary denture, direct	\$16.00	\$90.00	
D5731	Reline complete mandibular denture, direct	\$16.00	\$90.00	
D5740	Reline maxillary partial denture, direct	\$16.00	\$78.00	
D5741	Reline mandibular partial denture, direct	\$16.00	\$78.00	
D5750	Reline complete maxillary denture, indirect	\$27.00	\$134.00	
D5751	Reline complete mandibular denture, indirect	\$27.00	\$134.00	
D5760	Reline maxillary partial denture, indirect	\$28.00	\$134.00	
D5761	Reline mandibular partial denture, indirect	\$28.00	\$134.00	
D5810	Interim complete denture, maxillary	\$55.00	\$0.00	2 of (D5730-D5761) per arch every 12 months



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers (Out-of-State) - Schedule of Benefits

CDT Code	Description	In-Network Member Pays	Out-of-Network Plan Pays	Limitations:
Removable Prosthodontic Services (continued)				
D5811	Interim complete denture, mandibular	\$55.00	\$0.00	
D5820	Interim partial denture, maxillary	\$28.00	\$150.00	
D5821	Interim partial denture, mandibular	\$27.00	\$150.00	
D5850	Tissue conditioning, maxillary	\$8.00	\$25.00	
D5851	Tissue conditioning, mandibular	\$8.00	\$25.00	
D5862	Precision attachment, by report	\$50.00	\$70.00	
D5863	Overdenture, complete, maxillary	\$125.00	\$275.00	
D5864	Overdenture, partial, maxillary	\$125.00	\$0.00	
D5865	Overdenture, complete, mandibular	\$125.00	\$275.00	
D5866	Overdenture, partial, mandibular	\$125.00	\$0.00	
D5876	Add metal substructure to acrylic full denture (per arch)	\$60.00	\$0.00	
D5899	Unspecified removable prosthodontic procedure, by report	\$0.00	\$0.00	
Fixed Prosthodontic Services				
D6205	Pontic, indirect resin based composite	\$42.00	\$160.00	
D6210	Pontic, cast high noble metal	\$67.00	\$325.00	
D6211	Pontic, cast predominantly base metal	\$58.00	\$235.00	
D6212	Pontic, cast noble metal	\$64.00	\$269.00	
D6214	Pontic, titanium, and titanium alloys	\$67.00	\$320.00	
D6240	Pontic, porcelain fused to high noble metal	\$69.00	\$370.00	
D6241	Pontic, porcelain fused to predominantly base metal	\$63.00	\$302.00	
D6242	Pontic, porcelain fused to noble metal	\$66.00	\$319.00	
D6243	Pontic, porcelain fused to titanium and titanium alloys	\$66.00	\$0.00	
D6245	Pontic, porcelain/ceramic	\$66.00	\$0.00	
D6250	Pontic, resin with high noble metal	\$62.00	\$325.00	
D6251	Pontic, resin with predominantly base metal	\$58.00	\$235.00	
D6252	Pontic, resin with noble metal	\$61.00	\$302.00	
D6545	Retainer, cast metal for resin bonded fixed prosthesis	\$33.00	\$134.00	
D6549	Resin retainer, for resin bonded fixed prosthesis	\$85.00	\$80.00	
D6602	Retainer inlay, cast high noble metal, two surfaces	\$120.00	\$0.00	
D6603	Retainer inlay, cast high noble metal, three or more surfaces	\$120.00	\$0.00	
D6604	Retainer inlay, cast base metal, two surfaces	\$120.00	\$0.00	
D6605	Retainer inlay, cast base metal, three or more surfaces	\$120.00	\$0.00	
D6606	Retainer inlay, cast noble metal, two surfaces	\$120.00	\$0.00	
D6607	Retainer inlay, cast noble metal, three or more surfaces	\$120.00	\$0.00	
D6624	Retainer inlay, titanium	\$120.00	\$0.00	
D6710	Retainer crown, indirect resin based composite	\$42.00	\$160.00	
D6720	Retainer crown, resin with high noble metal	\$69.00	\$325.00	
D6721	Retainer crown, resin with predominantly base metal	\$66.00	\$252.00	
D6722	Retainer crown, resin with noble metal	\$62.00	\$286.00	
D6740	Retainer crown, porcelain/ceramic	\$62.00	\$275.00	
D6750	Retainer crown, porcelain fused to high noble metal	\$73.00	\$395.00	
D6751	Retainer crown, porcelain fused to predominantly base metal	\$69.00	\$269.00	
D6752	Retainer crown, porcelain fused to noble metal	\$72.00	\$325.00	
D6753	Retainer crown, porcelain fused to titanium and titanium alloys	\$72.00	\$0.00	
D6780	Retainer crown, 1/2 cast high noble metal	\$72.00	\$319.00	
D6784	Retainer crown 1/2, titanium and titanium alloys	\$72.00	\$0.00	
D6790	Retainer crown, full cast high noble metal	\$74.00	\$319.00	
D6792	Retainer crown, full cast noble metal	\$70.00	\$286.00	
D6794	Retainer crown, titanium and titanium alloys	\$74.00	\$304.00	
D6930	Re-cement or re-bond fixed partial denture	\$10.00	\$30.00	
D6940	Stress breaker	\$25.00	\$65.00	
D6950	Precision attachment	\$50.00	\$70.00	
D6980	Fixed partial denture repair, restorative material failure	\$20.00	\$20.00	
D6999	Unspecified fixed prosthodontic procedure, by report	\$0.00	\$20.00	
Oral & Maxillofacial Services				
D7111	Extraction, coronal remnants, primary tooth	\$0.00	\$34.00	
D7140	Extraction, erupted tooth or exposed root	\$0.00	\$45.00	
D7210	Extraction, erupted tooth requiring removal of bone and/or sectioning of tooth	\$0.00	\$67.00	
D7220	Removal of impacted tooth, soft tissue	\$17.00	\$92.00	
D7230	Removal of impacted tooth, partially bony	\$23.00	\$120.00	
D7240	Removal of impacted tooth, completely bony	\$30.00	\$168.00	
D7241	Removal impacted tooth, complete bony, complication	\$31.00	\$165.00	
D7250	Removal of residual tooth roots (cutting procedure)	\$14.00	\$62.00	
D7260	Oroantral fistula closure	\$50.00	\$0.00	
D7261	Primary closure of a sinus perforation	\$50.00	\$130.00	
D7270	Tooth reimplantation and/or stabilization, accident	\$25.00	\$0.00	
D7280	Exposure of an unerupted tooth	\$14.00	\$65.00	
D7282	Mobilization of erupted/malpositioned tooth	\$14.00	\$65.00	
D7283	Placement, device to facilitate eruption, impaction	\$150.00	\$0.00	
D7285	Incisional biopsy of oral tissue, hard (bone, tooth)	\$30.00	\$55.00	
D7286	Incisional biopsy of oral tissue, soft	\$30.00	\$45.00	
D7287	Exfoliative cytological sample collection	\$0.00	\$25.00	
D7288	Brush biopsy, transepithelial sample collection	\$0.00	\$35.00	
D7290	Surgical repositioning of teeth	\$65.00	\$55.00	

1 of (D2510-D2794, D2960-D2962, D6205-D6794) per tooth every 5 year period



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers (Out-of-State) - Schedule of Benefits

CDT Code	Description	In-Network Member Pays	Out-of-Network Plan Pays	Limitations:
Oral & Maxillofacial Services (continued)				
D7291	Transseptal fiberotomy/supra crestal fiberotomy, by report	\$15.00	\$55.00	
D7310	Alveoloplasty with extractions, four or more teeth per quadrant	\$13.00	\$65.00	
D7311	Alveoloplasty with extractions, one to three teeth per quadrant	\$9.00	\$40.00	
D7320	Alveoloplasty, w/o extractions, four or more teeth per quadrant	\$14.00	\$90.00	
D7321	Alveoloplasty, w/o extractions, one to three teeth per quadrant	\$9.00	\$56.00	
D7340	Vestibuloplasty, ridge extension (2nd epithelialization)	\$0.00	\$187.00	
D7350	Vestibuloplasty, ridge extension	\$0.00	\$312.00	
D7410	Excision of benign lesion, up to 1.25 cm	\$25.00	\$100.00	
D7450	Removal, benign odontogenic cyst/tumor, up to 1.25 cm	\$25.00	\$100.00	
D7451	Removal, benign odontogenic cyst/tumor, greater than 1.25 cm	\$0.00	\$0.00	
D7460	Removal, benign nonodontogenic cyst/tumor, up to 1.25 cm	\$80.00	\$100.00	
D7471	Removal of lateral exostosis, maxilla or mandible	\$38.00	\$100.00	
D7472	Removal of torus palatinus	\$38.00	\$100.00	
D7473	Removal of torus mandibularis	\$38.00	\$100.00	
D7485	Reduction of osseous tuberosity	\$38.00	\$100.00	
D7510	Incision & drainage of abscess, intraoral soft tissue	\$8.00	\$60.00	
D7511	Incision & drainage of abscess, intraoral soft tissue, complicated	\$8.00	\$64.00	
D7520	Incision & drainage of abscess, extraoral soft tissue	\$0.00	\$0.00	
D7521	Incision & drainage of abscess, extraoral soft tissue, complicated	\$0.00	\$0.00	
D7530	Remove foreign body, mucosa, skin, tissue	\$20.00	\$67.00	
D7540	Removal of reaction producing foreign bodies, musculoskeletal system	\$20.00	\$27.00	
D7550	Partial ostectomy/sequestrectomy for removal of non-vital bone	\$25.00	\$27.00	
D7560	Maxillary sinusotomy for removal of tooth fragment or foreign body	\$0.00	\$0.00	
D7910	Suture of recent small wounds up to 5 cm	\$0.00	\$27.00	
D7961	Buccal / labial frenectomy (frenulectomy)	\$25.00	\$67.00	
D7962	Lingual frenectomy (frenulectomy)	\$25.00	\$67.00	
D7963	Frenuloplasty	\$25.00	\$67.00	
D7970	Excision of hyperplastic tissue, per arch	\$25.00	\$50.00	
D7971	Excision of pericoronal gingiva	\$25.00	\$35.00	
Orthodontic Services				
Orthodontic Services Guidelines:				
•Orthodontic services are covered for dependent children up to age 19.				
•Procedures D0330, D0340, D0470 for orthodontic purposes are included in the fee for D8080, Comprehensive Orthodontic Treatment.				
•The plan benefits cover up to 24 months of orthodontic treatment.				
D0330	Panoramic radiographic image	\$0.00	\$0.00	
D0340	2D cephalometric radiographic image, measurement and analysis	\$0.00	\$0.00	
D0470	Diagnostic casts	\$0.00	\$0.00	
D8080	Comprehensive orthodontic treatment of the adolescent dentition	\$350.00	\$0.00	
D8670	Periodic orthodontic treatment visit	\$850.00	\$0.00	
D8680	Orthodontic retention (removal of appliances, construction and placement of retainer(s))	\$150.00	\$0.00	
Adjunctive General Services				
D9110	Palliative (emergency) treatment, minor procedure	\$0.00	\$27.00	
D9120	Fixed partial denture sectioning	\$20.00	\$20.00	
D9311	Consultation with a medical health care professional	\$0.00	\$0.00	
D9420	Hospital or ambulatory surgical center call	\$25.00	\$30.00	
D9430	Office visit, observation, regular hours, no other services	\$0.00	\$20.00	
D9440	Office visit, after regularly scheduled hours	\$25.00	\$40.00	
D9450	Case presentation, detailed & extensive treatment	\$0.00	\$10.00	
D9930	Treatment of complications, post surgical, unusual, by report	\$0.00	\$10.00	
D9941	Fabrication of athletic mouthguard	\$0.00	\$20.00	
D9942	Repair and/or reline of occlusal guard	\$5.00	\$48.00	
D9943	Occlusal guard adjustment	\$5.00	\$17.00	
D9944	Occlusal guard, hard appliance, full arch	\$125.00	\$25.00	
D9945	Occlusal guard, soft appliance, full arch	\$25.00	\$25.00	
D9950	Occlusion analysis, mounted case	\$8.00	\$69.00	
D9951	Occlusal adjustment, limited	\$8.00	\$42.00	
D9952	Occlusal adjustment, complete	\$24.00	\$80.00	
D9999	Unspecified adjunctive procedure, by report	\$0.00	\$20.00	



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers (Out-of-State) - Schedule of Benefits

Limitations:

1. Replacement of an existing full and partial denture is covered once per arch every 5 years if the appliance cannot be made functional through relining or repair.
2. The replacement of an amalgam or resin restoration in less than twelve months by the same contracted dentist or office is not chargeable to the Plan or the member.
3. Procedures that appear to have a poor prognosis as determined by a licensed LIBERTY dentist consultant are not covered.
4. Fabricated crowns, onlays and inlays may be covered when a tooth with a good prognosis requires restoration but has insufficient remaining structure to reliably retain a filling. Coverage for these procedures limited to members age 16 and over.
5. For treatment plans involving 7 or more units of crowns and/or fixed partial dentures (bridges), contracted providers may charge an additional \$200 co-payment per unit. In such cases, the first 6 units, are covered at the specified member co-payment amount only, as documented in this Schedule of Benefits.
6. Fixed partial dentures (bridges) are covered when: replacing a "like-for-like" existing fixed partial denture with identical pontics and abutment teeth with good prognosis; abutment teeth qualify for crowns on their own merit, there is only one missing permanent tooth in a full arch and the bridge would have opposing teeth in the opposite arch.
7. Pediatric referrals, if authorized by LIBERTY, are covered only for dependent children through the age of 6 unless the child qualifies under the American with Disabilities Act (ADA).

Exclusions:

1. Any procedure not specifically listed as a Covered Benefit.
2. Replacement of lost or stolen prosthetics or appliances including partial dentures, full dentures, and orthodontic appliances.
3. General anesthesia, analgesia, intravenous/intramuscular sedation or the services of an anesthesiologist.
4. Treatment started prior to coverage or after termination of coverage.
5. Procedures, appliances, or restorations to treat temporomandibular joint dysfunctions (e.g. adjustments/corrections to the facial bones), congenital or developmental situations (including supernumerary teeth) or medically induced dental disorders, including but not limited to: myofunctional treatment (e.g. speech therapy), or myoskeletal dysfunctions, unless otherwise covered as an orthodontic benefit.
6. Services for cosmetic purposes or for conditions that are a result of hereditary developmental defects, such as cleft palate, upper and lower jaw malformations, congenitally missing teeth and teeth that are discolored or lacking enamel.
7. Procedures which are determined not to be dentally necessary consistent with professionally recognized standards of dental practice.
8. Procedures performed on natural teeth solely to increase vertical dimension or restore occlusion.
9. The removal of asymptomatic, unerupted third molars (or other teeth) that appear to have an unimpeded pathway to eruption and no active pathology.
10. Procedures or appliances that are provided by a dentist who specializes in prosthodontic services.
11. Services for restoring tooth structure lost from wear (abrasion, erosion, attrition or abfraction), for rebuilding occlusion or maintaining chewing surfaces or teeth that are out of alignment or for stabilizing teeth. Examples of such treatment are equilibration and periodontal splinting.
12. Any routine dental services performed by a dentist or dental specialist in an inpatient/outpatient hospital setting.
13. Consultations for non-covered services.

Orthodontic Exclusions:

1. Orthodontic services performed by an out of network provider
 2. Replacement of lost or stolen orthodontic appliances
 3. Lost, stolen or broken appliances
 4. Orthodontic treatment started prior to member's effective date of coverage unless covered through an orthodontic takeover provision.
 5. Extractions for orthodontic purposes, (will not be applied if extraction is consistent with professionally recognized standards of dental practice or arises in the context of an
 6. Treatment in progress at the time of eligibility, unless included as an orthodontic rider to the groups benefits.
 7. Temporomandibular joint syndrome (TMJ) surgical orthodontics
 8. Myofunctional therapy
 9. Treatment of cleft palate
 10. Treatment of micrognathia
 11. Treatment of macroglossia
 12. Changes in orthodontic treatment necessitated by accident of any kind.
 13. Orthodontic coverage is limited to 24 months of treatment, followed by 24 months of retention office visits.
 14. Services provided after the 24th month of treatment and/or retention is the responsibility of the patient at a fee not to exceed \$125 per month.
 15. In the event of termination the patient is responsible for the usual fee of the treating dentist pro-rated over the remainder of treatment and/or retention.
-

LIFE/ACCIDENTAL DEATH & DISMEMBERMENT BENEFITS

Life Insurance Benefits. Upon the death and receipt of acceptable proof of death (a death certificate) of an **Active Participant** or **Retiree**, the policy will pay the following amounts to the deceased's beneficiary. The benefit is subject to terms of the **Plan's** policy of insurance for this benefit. For a copy of this policy, please contact the **Plan Administrator**.

Active Participant	\$15,000.00
Retiree	\$15,000.00

Accidental Death & Dismemberment Benefits (AD&D). If an **Active Participant** suffers a bodily injury caused solely by an accident, directly or independently of all other causes and results in a loss, the policy will pay for the loss or condition based in one lump sum in addition to any other benefits which may be payable under the **Plan** or policy. The benefit amount is set forth below. The benefit is subject to the terms of the **Plan's** policy. For a complete copy of the policy, please contact the **Plan Administrator**.

AD&D	\$15,000.00
-----------------	--------------------



Fonda de Beneficios Para la Salud de Bricklayers And Allied Craftworkers Local 13 Descripción Resumida del Plan



**FONDO DE BENEFICIOS PARA LA SALUD DE
BRICKLAYERS AND ALLIED CRAFTWORKERS LOCAL 13**

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

2021

ÍNDICE

PARTE UNO: INFORMACIÓN GENERAL

1.1	Términos definidos utilizados en esta Descripción resumida del plan (“SPD”):	5
1.2	Información general sobre el Plan	7
1.3	¿Tengo garantizados los beneficios que brinda este Plan ?.....	8
1.4	¿Quién es responsable de la administración del Plan ?	8
1.5	¿Quiénes son los miembros de la Junta de fideicomisarios?	9
1.6	¿Quién es el asesor legal del Plan ?.....	9
1.7	¿Cómo se notifican los documentos legales en el Plan ?	9
1.8	¿Cómo se pagan los beneficios que proporciona este Plan ?	9
1.9	¿Dónde se mantienen los registros e informes del Plan ?	9
1.10	Avisos especiales requeridos por ley	9
1.11	Derechos especiales de inscripción.....	10
1.12	Inscripción abierta.....	11
1.13	Aportes patronales.....	11
1.14	Terminación de la elegibilidad.....	11
1.15	Reincorporación tras el regreso del servicio militar	11

PARTE DOS: ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPANTES ACTIVOS¹¹

2.1	¿Cuáles son los requisitos para que los Participantes activos sean Inicialmente elegibles en virtud del Plan ?	11
2.2	¿Cuáles son los requisitos mensuales para continuar siendo elegible en virtud del Plan ?	12
2.3	¿Qué sucede con las horas que trabajo que superan los requisitos para continuar siendo elegible ?	12
2.4	¿Cómo continúo siendo elegible si no trabajo suficientes horas o si mi Empleador está en mora?	12
2.5	¿Cómo puedo hacer pagos por cuenta propia?.....	13
2.6	¿Cómo puede terminar mi cobertura? Y si termina, ¿cómo puedo restablecerla?.....	13

PARTE TRES: ELEGIBILIDAD PARA EMPLEADOS FUERA DEL CONVENIO COLECTIVO DE TRABAJO

3.1	¿Cuáles son los requisitos para que los Empleados fuera del convenio colectivo de trabajo obtengan la Elegibilidad inicial ?.....	13
3.2	¿Cuáles son los requisitos mensuales para que los Empleados fuera del convenio colectivo de trabajo continúen siendo elegibles ?.....	14
3.3	¿Son elegibles para la cobertura del Plan los Dependientes de un Empleado fuera del convenio colectivo de trabajo ?	14

PARTE CUATRO: ELEGIBILIDAD PARA JUBILADOS

4.1	¿Cuáles son los requisitos de Elegibilidad inicial para los Jubilados ?	14
4.2	¿Cuáles son los requisitos mensuales para que los Jubilados continúen siendo elegibles ?.....	14
4.3	¿Puedo utilizar cualquier hora acumulada en mi Banco de horas ?	15
4.4	¿Qué pasa si muero como Jubilado ?.....	15
4.5	¿La cobertura de atención médica para Jubilados está disponible para los Dependientes ?.....	15
4.6	¿Qué sucede con mi cobertura si soy elegible para Medicare o me jubilo después de cumplir los 65 años?	15
4.7	¿Se adquiere la cobertura para Jubilados ?	15

PARTE CINCO: ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPANTES DISCAPACITADOS

5.1	¿Cuáles son los requisitos de Elegibilidad inicial para los Participantes discapacitados ?	16
5.2	¿Qué no califica como una Discapacidad ?	16
5.3	¿Cuáles son los requisitos mensuales para que los Participantes discapacitados continúen siendo elegibles en virtud del Plan ?	16
5.4	¿Cuándo termina mi elegibilidad?	17
5.5	Si termina mi elegibilidad, ¿cómo puedo reincorporarme?	17

PARTE SEIS:

ELEGIBILIDAD PARA DEPENDIENTES Y CÓNYUGES SOBREVIVIENTES

6.1	¿Quién califica como Dependiente para obtener la Elegibilidad inicial ?	17
6.2	¿Cómo está disponible la cobertura para los Dependientes en virtud de una orden judicial o QMCSO ?	17
6.3	¿Cuáles son los requisitos para que los Dependientes continúen siendo elegibles en virtud del Plan ?	18
6.4	¿Cuándo termina la elegibilidad para los Dependientes ?	18
6.5	Si termina mi elegibilidad, ¿cómo puedo reincorporarme?	18
6.6	¿Qué cobertura está disponible para un Cónyuge sobreviviente y sus Hijos dependientes ?	18
6.7	¿Cuáles son los costos de la cobertura de continuación en virtud de COBRA?	18
6.8	¿Cuánto dura la cobertura de continuación en virtud de COBRA?	18
6.9	¿Cuándo terminará la cobertura para el Cónyuge sobreviviente y los Hijos dependientes ?	19

PARTE SIETE:

COBERTURA DE CONTINUACIÓN EN VIRTUD DE FMLA Y USERRA

7.1	¿Qué cobertura está disponible en virtud de FMLA?	19
7.2	¿Qué cobertura está disponible en virtud de USERRA?	19

PARTE OCHO:

COBERTURA DE CONTINUACIÓN EN VIRTUD DE COBRA

8.1	¿Qué es COBRA?	20
8.2	¿Cómo se vuelve elegible una persona para recibir cobertura en virtud de COBRA?	20
8.3	¿Cuándo recibiré información sobre COBRA?	20
8.4	¿Qué eventos que califican se aplican a mí?	20
8.5	¿Qué eventos que califican se aplican a mis Dependientes ?	20
8.6	¿Cuáles son los requisitos de notificación si experimento un evento que califica?	21
8.7	¿Por cuánto tiempo está disponible la cobertura en virtud de COBRA?	21
8.8	¿Se puede extender mi cobertura en virtud de COBRA?	22
8.9	¿Cuáles son los requisitos para extender la cobertura en virtud de COBRA si mis Dependientes o yo quedamos discapacitados?	22
8.10	¿Qué debo hacer si pierdo el estado de SSD?	22
8.11	¿Puedo extender la cobertura en virtud de COBRA nuevamente después de un segundo evento que califica?	22
8.12	¿Cómo extiendo la cobertura en virtud de COBRA para el segundo evento que califica?	23
8.13	¿Cuánto cuesta la cobertura de continuación en virtud de COBRA?	23
8.14	¿Cuánto dura la cobertura en virtud de COBRA?	23

PARTE NUEVE:

BENEFICIOS EN VIRTUD DE ESTE PLAN

9.1	Principales beneficios médicos, quirúrgicos y de medicamentos recetados	23
9.2	¿Qué beneficios en caso de fallecimiento existen?	24
9.3	¿Cómo designo a los Beneficiarios ?	24
9.4	¿Qué sucede con mis beneficios en caso de fallecimiento si no designo a ningún Beneficiario ?	24
9.5	¿Qué sucede si no especifico cómo se dividirán los beneficios provenientes de mi fallecimiento?	24
9.6	¿Qué sucede si algún Beneficiario designado es menor de edad?	24

9.7	¿Qué sucede si los Beneficiarios designados mueren antes que yo?	24
9.8	¿Están disponibles los beneficios dentales en virtud del Plan ?	24
9.9	¿Se ofrecen otros beneficios en virtud del Plan ?	24

PARTE DIEZ:

RESTRICCIONES EN SU COBERTURA

10.1	¿Existen exclusiones a los beneficios en virtud del Plan ?	25
10.2	¿Existen limitaciones a los beneficios en virtud del Plan ?	29
10.3	¿Cómo coordina el Plan los beneficios con otras pólizas o seguros?	29
10.4	Si mi Cónyuge y yo estamos cubiertos por planes separados, ¿qué plan cubre a nuestros Hijos dependientes ?	30
10.5	¿Qué sucede si me lesiono en un accidente automovilístico o de motocicleta?	30
10.6	¿Cuál es el orden de cobertura en virtud de las normas COB?	30
10.7	¿Cómo se coordinan los beneficios para las pólizas emitidas fuera del estado?	31
10.8	¿Cómo se coordinan los beneficios si tengo Medicare?	31
10.9	¿Qué pasa si no cumplo con las normas COB de mis planes?	31
10.10	¿Tengo algún derecho de subrogación?	31
10.11	¿Existe un monto máximo de costos compartidos en virtud de este Plan ?	32
10.12	¿Existen programas de manejo de costos y enfermedades?	32

PARTE ONCE:

CÓMO PRESENTAR RECLAMOS Y DENEGACIONES DE APELACIONES

11.1	Términos definidos utilizados en esta sección:	33
11.2	¿Cuál es la norma utilizada por el Administrador de reclamos para resolver Reclamos y Apelaciones ?	34
11.3	¿Dentro de qué plazo debo presentar los Reclamos al Administrador de reclamos ?	34
11.4	¿Cuáles son los plazos de notificación para los diferentes tipos de Reclamos ?	34
11.5	¿Cómo se calcula el tiempo?	35
11.6	¿Qué sucede si mi Reclamo es denegado?	35
11.7	Si no hablo inglés, ¿cómo se me proporcionan los servicios y avisos?	36
11.8	¿Qué debo hacer si quiero apelar la denegación?	36
11.9	¿Cómo funciona el proceso de Apelaciones del Paso 1?	36
11.10	¿Cómo funciona el proceso de Apelaciones del Paso 2?	37
11.11	¿Tengo que pasar por el proceso de apelación?	38
11.12	¿Cuándo puedo solicitar una Apelación externa de una denegación por parte de la Junta de fideicomisarios?	38
11.13	¿Cuáles son mis derechos en referencia a iniciar una demanda civil en virtud de la Sección 502(a) de ERISA?	38

PARTE DOCE:

MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

12.1	¿Cuáles son mis derechos en virtud de ERISA?	39
12.2	¿Cuáles son mis derechos en virtud de HIPAA, HITECH y GINA?	40
12.3	¿Cuándo debo notificar al Plan los cambios en mi vida?	40
12.4	¿Cómo trata el plan las órdenes judiciales de asistencia médica para menores?	41
12.5	Si presento una demanda contra el Plan , ¿puedo iniciar la demanda en cualquier tribunal que desee?	41
12.6	¿Qué sucede cuando cambian las circunstancias o los beneficios?	41

APÉNDICE A	42
------------	----

APÉNDICE B	47
------------	----

APÉNDICE C	54
------------	----

PARTE UNO:
INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Términos definidos utilizados en esta Descripción resumida del plan (“SPD”):

Hay ciertos términos que se utilizarán en esta **SPD** que tienen un significado específico. Estos términos se definen a continuación y aparecerán en **negrita** cuando aparezcan en esta **SPD**.

- **Participante activo**: se refiere a un Participante que trabaja en un **Empleo cubierto** y en cuyo nombre un Empleador realiza aportes a este Plan.
- **Asociación**: la Tile, Marble, and Stone Contractors Association.
- **Beneficiario**: se refiere a la persona o personas designadas por un **Empleado, Jubilado o Participante discapacitado** para recibir los beneficios del **Plan** en el caso de su muerte o, en ausencia de una designación efectiva, si dicha persona o personas designadas hubieran fallecido, la primera de las siguientes clases de beneficiarios que sobrevivan, en orden de preferencia: (a) **Cónyuge**; (b) **Hijo(s)**; (c) padre(s); (d) hermanos o hermanas; y (e) herederos del **Participante activo, Jubilado o Participante discapacitado**. El término “**Hijos**” incluirá a los **Hijos** legalmente adoptados. A efectos de otros beneficios en virtud del **Plan**, el término **Beneficiario** hará referencia al **Cónyuge o Hijo elegible del Participante**.
- **Año de beneficios**: se refiere al año calendario que comienza cada 1 de enero y termina cada 31 de diciembre.
- **Hijo**: se refiere a el(los) **Hijo(s)** del **Empleado, Jubilado o Participante discapacitado**, incluidos los siguientes:
 - Un hijo, una hija, un hijastro, un **Hijo** adoptado, un **niño** colocado legalmente para adopción, un **niño** que cumple con la definición de “**niño de acogida**” en virtud de la ley aplicable que es colocado legalmente con el **Empleado, Jubilado o Participante discapacitado** por una agencia autorizada de colocación de niños o por una orden judicial, y es menor de veintiséis (26) años. En caso de divorcio, se requerirá prueba de la obligación del **Empleado, Jubilado o Participante discapacitado** de proporcionar cobertura para un **Hijo**, como una sentencia de divorcio;
 - Los hijos ilegítimos menores de veintiséis (26) años, siempre y cuando el **Empleado, Jubilado o Participante discapacitado** proporcione a la **Oficina de beneficios** una prueba de paternidad, como la presentación de un certificado de nacimiento registrado que indique que el **Empleado, Jubilado o Participante discapacitado** es el padre, una orden de filiación, u orden de adopción;
 - Cualquier **Hijo** discapacitado que sea incapaz de tener un empleo autosostenido debido a una discapacidad mental o física; y a quién el **Empleado, Jubilado o Participante discapacitado** debe proporcionar apoyo y manutención de acuerdo con una orden judicial; que no está casado; y cuya discapacidad comenzó antes de los veintiséis (26) años;
 - Una persona nombrada en virtud de los términos de una **Orden judicial calificada de asistencia médica para un menor**; o
 - Cualquier persona para quien un tribunal haya designado al **Empleado, Jubilado o Participante discapacitado** como su tutor legal; y que sea menor de veintiséis (26) años.
- **Reclamo**: se refiere a una solicitud de un beneficio del **Plan** presentada por un **Participante**.
- **Convenio colectivo de trabajo (CBA)**: se refiere a un acuerdo entre un **Empleador** y el **Sindicato** mediante el cual el **Empleador** ha acordado realizar aportes de beneficios adicionales al **Plan**.
- **Continuar siendo elegible**: se refiere a los requisitos que debe cumplir un **Participante** para **continuar siendo elegible** para recibir los beneficios del **Plan** después de cumplir con los requisitos de **Elegibilidad inicial**.
- **Horas de aporte**: se refiere a las horas trabajadas en un **Empleo cubierto** para las cuales un **Empleador** ha realizado aportes por hora en su nombre a este **Plan**, de conformidad con un **Convenio colectivo de trabajo** u otro acuerdo escrito. Únicamente las horas por las cuales el **Plan** recibe aportes se considerarán **Horas de aporte**.
- **Empleo cubierto**: se refiere a un **Empleo** por el cual el **Empleador** ha acordado aportar a este **Plan**, mediante un **Convenio colectivo de trabajo** por escrito con el **Sindicato**, u otro acuerdo por escrito.
- **Dependiente**: se refiere al **Cónyuge**, persona a cargo, **Hijo** o cualquier otra persona que cumpla con la definición de **Dependiente** establecida en el **Plan** y la **SPD**.
- **Discapacitado**: significa que, como resultado de una condición física o mental, la Junta de fideicomisarios determina, en función de pruebas médicas satisfactorias, que un **Participante activo** no puede realizar un **Empleo cubierto**. Las discapacidades que surjan como resultado de cualquiera de las siguientes situaciones no estarán

incluidas dentro de esta definición: (1) uso de narcóticos; (2) discapacidades contraídas, sufridas o incurridas mientras el **Participante** participaba en cualquier actividad delictiva o que surgieron de esta participación; o (3) provenientes de una lesión autoinfligida que no sea el resultado de una condición médica.

- **Fecha de entrada en vigencia:** se refiere a la fecha de entrada en vigencia de esta **SPD**, la fecha de entrada en vigencia de un beneficio específico o la fecha en que un **Participante** se vuelve elegible para recibir los beneficios.
- **Empleado:** se refiere a cualquier persona que sea empleada o que haya sido empleada por un **Empleador** para un **Empleo cubierto** o cualquier otro empleo por el cual el **Empleador** esté obligado por un **Convenio colectivo de trabajo**, o cualquier otro acuerdo escrito, a aportar a este **Plan**.
- **Empleador:** se refiere a cualquiera de los siguientes:
 - Cualquier miembro de una asociación de empleadores y cualquier otra persona, sociedad, empresa o entidad comercial que contrate los servicios de personas que realizan un trabajo dentro de la jurisdicción comercial del Sindicato y que tiene un **Convenio colectivo de trabajo** o cualquier otro acuerdo escrito vigente, que le exija realizar aportes a este **Plan**;
 - Cualquier otro **Empleador** que participe en un trabajo dentro de la jurisdicción comercial, gremial y geográfica del **Sindicato** y que esté obligado por un **Convenio colectivo de trabajo**, o cualquier otro acuerdo escrito, a realizar aportes a este **Plan** en nombre de sus **Empleados**;
 - El **Sindicato**, sus organismos locales o internacionales afiliados relacionados, únicamente en la medida en que actúe en calidad de **Empleador** de su representante comercial o de sus **Empleados**, siempre y cuando acepte realizar aportes al **Plan** en nombre de dichos **Empleados**;
 - Cualquier capacitación u otro programa similar operado, en su totalidad o en parte, por el **Sindicato**, o con su aprobación, o en el que participe el **Sindicato**;
 - Cualquier junta de fideicomisarios, comité u otra agencia establecida para administrar o ser responsable de los fondos de beneficios adicionales, programas educativos u otros programas establecidos mediante un convenio colectivo de trabajo de parte del **Sindicato**, cuyos miembros mantienen una relación de negociación colectiva con el **Sindicato**;
 - Cualquier consejo, comité u otro organismo compuesto por representantes de una o más organizaciones laborales de las que el **Sindicato** sea miembro y en las cuales acuerde por escrito participar; o
 - Cualquier asociación de empleadores patrocinadora, cuyos miembros mantengan una relación de negociación colectiva con el **Sindicato**, únicamente en su calidad de **Empleador** de **Empleados**, en cuyo nombre haya acordado por escrito realizar aportes a este **Plan**.

En el caso de que un **Empleador** opte por realizar aportes de conformidad con las últimas cuatro (4) disposiciones anteriores, los aportes deben hacerse de manera uniforme con respecto a todos los **Empleados** de ese **Empleador**.

- **Aportes patronales:** se refiere a las sumas que deben pagarse al **Plan** de conformidad con el **Convenio colectivo de trabajo** vigente entre un **Empleador** y el **Sindicato**.
- **Banco de horas:** se refiere a una cuenta a nombre de un **Empleado** que realiza un seguimiento de las **Horas de servicio del Empleado** para cualquier **Empleador** con el fin de determinar su elegibilidad en virtud del **Plan**.
- **Horas de servicio:** se refiere a las horas trabajadas en un **Empleo cubierto**, para las cuales un **Empleador** ha realizado **Aportes patronales** al **Plan** de conformidad con un **Convenio colectivo de trabajo** u otro acuerdo escrito.
- **Elegibilidad inicial:** se refiere a los requisitos para que el **Participante** sea elegible para recibir los beneficios del **Plan**.
- **Licencia:** se refiere a cualquier licencia otorgada por un **Empleador** por motivos de salud o servicio público, incluidos, entre otros, las licencias en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica, por maternidad o paternidad, por servicio en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, u otro tipo de licencia aprobada por el **Empleador del participante activo**.
- **Proveedor médico:** se refiere a cualquiera de los siguientes:
 - Un doctor en medicina, osteopatía, quiropraxia, podología u optometría, legalmente calificado y con licencia para ejercer la medicina, realizar cirugías o prestar servicios en el momento y lugar en que se realizan;
 - Una persona que tiene una licencia o certificación como psicólogo (no incluye a una persona que actúa dentro del alcance de una licencia o certificación parcial o limitada);
 - Una persona que es miembro o socia de la Asociación Estadounidense de Psicología si no existiera una licencia o certificación en la jurisdicción donde dicha persona presta el servicio; y

- Un asistente médico, enfermero o persona en un puesto similar que trabaje bajo la dirección del médico tratante. El **Plan** brindará cobertura para los servicios administrados por un asistente médico o una persona calificada que trabaje para un médico; sin embargo, el **Plan** o su proveedor de la red pueden buscar la verificación del médico antes de aprobar el pago de cualquier reclamo, beneficio o reclamo de auditoría.
- **Medicamento necesario**: se refiere a los servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas y que cumplen con los estándares médicos aceptados.
- **Empleado fuera del convenio colectivo de trabajo**: se refiere a un **Empleado** de un **Empleador** que no está cubierto por un **Convenio colectivo de trabajo**.
- **Participante**: se refiere a una persona a la que se le proporciona o se le proporcionó cobertura en virtud del **Plan** en función de los requisitos aplicables establecidos por la **Junta de fideicomisarios** para ser elegible para recibir los beneficios en virtud de este **Plan**.
- **Administrador del plan**: se refiere al **Plan** de dichas personas o comités tal como lo ha designado el **Plan**.
- **Plan**: se refiere al Fondo de beneficios para la salud de Bricklayers and Allied Craftworkers Local 13 y cualquiera que lo sustituya en el futuro.
- **Año del plan**: se refiere al año calendario, del 1 de enero al 31 de diciembre.
- **Plan de pensiones**: se refiere al Plan de pensiones contributivas definido de Bricklayers and Allied Craftworkers Local 13.
- **Planes predecesores**: se refiere al Plan médico PPO (Organizaciones de proveedores preferidos) del Fondo de beneficios para la salud de Bricklayers and Allied Craftworkers Local 13, vigente a partir del 1 de mayo de 2016.
- **Orden judicial calificada de asistencia médica para menores (OMCSO)**: se refiere a una orden de asistencia médica que crea o reconoce la existencia del derecho de un beneficiario alternativo a recibir beneficios como **Hijo dependiente** en virtud de este **Plan** e incluye lo siguiente:
 - El nombre y la última dirección postal conocida (si corresponde) del **Participante**, así como el nombre y la dirección postal de cada beneficiario alternativo cubierto por la orden;
 - Una descripción razonable del tipo de cobertura que proporcionará el **Plan** a cada beneficiario alternativo o la forma en que se determinará dicho tipo de cobertura (sin superar el nivel de cobertura ofrecido por el **Plan**);
 - El período al que se aplica dicha orden; y
 - El nombre legal de este **Plan**.
- **Jubilado**: se refiere a una persona que se ha jubilado de un **Empleo cubierto** y que recibe beneficios de pensión de un plan patrocinado por el **Sindicato**, y que cumple con los requisitos **del Plan** para la cobertura para **Jubilados**.
- **Afección**: se refiere a una enfermedad, trastornos mentales, emocionales o nerviosos y el embarazo cubierto. Una afección recurrente se considerará como una sola afección. Todas las afecciones relacionadas se considerarán como una sola afección. La afección recurrente se considerará una afección, a menos que dichas afecciones no estén relacionadas en absoluto.
- **Cónyuge**: se refiere a la persona con la que un **Empleado** está legalmente casado e incluirá a los cónyuges del mismo sexo. Se requerirá un certificado de matrimonio como prueba de un matrimonio válido.
- **Sindicato**: se refiere a Bricklayers and Allied Craftworkers Local 13, un **Sindicato** local afiliado de Bricklayers and Allied Craftworkers Mountain West Administration Council, o cualquiera que lo sustituya en el futuro.

1.2 **Información general sobre el Plan**

El Fondo de beneficios para la salud de Bricklayers and Allied Craftworkers Local 13 (en lo sucesivo el “**Plan**” en este documento) se creó como resultado de la negociación colectiva entre los **Empleadores** que aportan al **Plan** y el **Sindicato**. Este **Plan** es un plan de salud y asistencia social y está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (“ERISA”). La ley federal exige que una Junta de fideicomisarios conjunta opere este **Plan**. La Asociación nombra a la mitad de los Fideicomisarios, mientras que el **Sindicato** elige la otra mitad. La Junta de fideicomisarios tiene plena autoridad discrecional para operar el **Plan** y tomar determinaciones relacionadas con los beneficios. En algunos casos, delega esa autoridad a terceros, como el **Administrador del plan**. Para obtener más información sobre la autoridad y los poderes de la Junta de fideicomisarios, consulte el documento del **Plan** y la declaración de constitución del fideicomiso (puede obtener información sobre cómo consultar estos documentos comunicándose con el **Administrador del plan**). Este **Plan** es autofinanciado, lo que significa que los beneficios se pagan con los activos del

fideicomiso. Sin embargo, algunos beneficios complementarios se proporcionan a través de una póliza de seguro. Estos beneficios se describen en detalle en esta **SPD**.

Si usted es un **Participante activo** que trabaja en campo, por cada hora que trabaje, su **Empleador** debe pagar al **Plan** el monto en virtud del **CBA** negociado en su nombre por el **Sindicato**. Una vez que su **Empleador** haya pagado suficientes horas en su nombre, usted será elegible para recibir los beneficios, a menos que califique para la elegibilidad acelerada, que se analiza más adelante en esta **SPD**. Si desea obtener una copia del **CBA**, puede solicitarla al **Administrador del plan**. También puede obtener del **Administrador del Plan** una lista de **Empleadores** y organizaciones de empleadores que patrocinan este **Plan**.

Un **Administrador del plan** es una entidad externa que administra el **Plan** en nombre de la Junta de fideicomisarios. Por ejemplo, el **Administrador del plan** recibe los **Aportes patronales** de los **Empleadores**, determina la elegibilidad, en algunos casos paga los reclamos y, en general, es responsable de la operación diaria del **Plan**. El **Administrador del plan** actual es Zenith American Solutions. El número de teléfono a través del cual puede comunicarse con el **Administrador del plan** es (702) 853-9605 y la dirección es 2250 S. Rancho Dr., Suite 295, Las Vegas, Nevada 89102.

El número de identificación federal del Plan es 88-0476131. El número de identificación del plan es 501.

1.3 ¿Tengo garantizados los beneficios que brinda este Plan?

No. Este **Plan** es diferente al **Plan de pensiones**. **Los beneficios proporcionados por este Plan no son beneficios acumulados, garantizados o de por vida. La Junta de fideicomisarios puede modificar, cambiar o interrumpir los beneficios en cualquier momento.** Si el **Plan** se termina, cualquier reclamo de beneficios pendiente en el momento de dicha terminación se considerará un reclamo prioritario contra los activos restantes del **Plan**, en la medida permitida por la ley.

1.4 ¿Quién es responsable de la administración del Plan?

La Junta de fideicomisarios, o sus representantes o agentes designados, tendrán la máxima autoridad discrecional posible para administrar todos los aspectos de las operaciones del **Plan**. Esto incluye, entre otros, el derecho y la discreción exclusivos de interpretar todos los términos y disposiciones de los documentos rectores del **Plan**, que incluyen, entre otros, el Plan de salud y asistencia social, el Acuerdo de fideicomiso, esta Descripción resumida del plan, cualquier Resumen de modificaciones importantes, o cualquier documento, instrumento o registro utilizados para administrar el **Plan**, así como cualquier enmienda o modificación de estos documentos. Dicha autoridad y discreción serán lo más amplios posible según lo permitido por la ley. A menos que la ley aplicable disponga expresamente lo contrario, la determinación de la Junta de fideicomisarios sobre todos los asuntos relacionados con el **Plan** será definitiva y vinculante para todas las partes interesadas.

1.5 ¿Quiénes son los miembros de la Junta de fideicomisarios?

Fideicomisarios laborales

Rich Crawford

Bricklayers & Allied Craftworkers Local 13
3900 W. Quail Avenue
Las Vegas, Nevada 89118

Anthony Ivester

Bricklayers & Allied Craftworkers Local 13
3900 W. Quail Avenue
Las Vegas, Nevada 89118

Eduardo Zavala

Bricklayers & Allied Craftworkers Local 13
3900 W. Quail Avenue
Las Vegas, Nevada 89118

Jacob Gonzalez

Bricklayers & Allied Craftworkers Local 13
3900 W. Quail Avenue
Las Vegas, Nevada 89118

Fideicomisarios de gestión

Mark Fenstermaker

Western Tile & Marble
6285 South Valley View Blvd., Ste A
Las Vegas, Nevada 89118

Tom McDonald

T Nickolas Co.
3710 W. Sunset Road
Las Vegas, Nevada 89118

Gilbert Normandeau

Frontier Stone Works
3225 E. Post Rd.
Las Vegas, Nevada 89120

Matt Hansen

Henderson Masonry
221 Sunpac Ave,
Henderson, Nevada 89011

1.6 ¿Quién es el asesor legal del Plan?

El asesor legal del **Plan** es Novara Tesija, Catenacci, McDonald & Baas PLLC. Su dirección es 888 W. Big Beaver Road, Suite 600, Troy, Michigan 48084. El número de teléfono de la firma es 248-354-0380. Los abogados del **Plan** son responsables de manejar todos los asuntos legales que afectan al **Plan** y su funcionamiento.

1.7 ¿Cómo se notifican los documentos legales en el Plan?

Los documentos legales se pueden notificar al **Administrador del plan** o al asesor legal del **Plan**.

1.8 ¿Cómo se pagan los beneficios que proporciona este Plan?

Los beneficios son autofinanciados, lo que significa que el **Plan** paga los reclamos con sus activos. Los activos del **Plan** provienen de los **Aportes patronales** que se realizan por cada hora que trabajan los **Participantes activos**, junto con las ganancias de inversión de estos aportes. Sin embargo, la Junta de fideicomisarios puede, en cualquier momento, optar por proporcionar algunos o todos los beneficios del **Plan** sobre una base asegurada.

1.9 ¿Dónde se mantienen los registros e informes del Plan?

La Junta de fideicomisarios mantendrá los registros y otros datos que sean necesarios para la correcta administración del **Plan**. Al recibir una solicitud por escrito, la Junta de fideicomisarios le proporcionará a usted o a un **Beneficiario** una copia del **Plan**, el contrato de fideicomiso o el informe anual más reciente, sujeto a superar el que sea menor entre: (1) el costo real de reproducción; o (2) \$0.25 por página.

1.10 Avisos especiales requeridos por ley

La ley federal exige que el **Plan** le informe sobre ciertos beneficios. El **Administrador del plan** también proporcionará estos avisos anualmente o con ciertas declaraciones de beneficios cuando lo exija la ley.

Derechos en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer. El **Plan**, según lo exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, brinda beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluido el linfedema. Para obtener información adicional, comuníquese con el **Administrador del plan**.

Derechos en virtud de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres (“Ley de los Recién Nacidos”). Los planes de salud grupales y las compañías de seguros médicos no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios relacionados con la duración de la internación hospitalaria luego de un parto para la madre o el **Hijo** recién nacido a menos de cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal, o menos de noventa y seis (96) horas después de una cesárea. Sin embargo, por lo general, la ley federal no prohíbe que el proveedor de salud que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, pueda dar de alta a la madre o al recién nacido antes de las cuarenta y ocho (48) horas o noventa y seis (96) horas, según corresponda. En cualquier caso, los planes y las compañías de seguros no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la compañía de seguros para prescribir una duración de la estadía que no exceda las cuarenta y ocho (48) horas o noventa y seis (96) horas, según corresponda.

No Discriminación. El **Plan** cumple con todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El **Plan** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Además, el **Plan** brinda ayuda y servicios gratuitos para las personas con discapacidades para que se puedan comunicar de manera efectiva con nosotros, tales como: intérpretes de lengua de señas calificados, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos) y brinda servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como: intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el **Administrador del plan**. Si considera que el **Plan** no le prestó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una denuncia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de denuncias de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América)
200 Independence Avenue, SW
Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201
Número de teléfono gratuito: 1-800-368-1019
800-537-7697 (TDD)

Los formularios de denuncia están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Atención primaria/obstétrica/ginecológica. El **Plan** no impone ninguna restricción a su elección de designar un proveedor de atención primaria, un pediatra, ni requiere aprobación previa para obtener atención obstétrica o ginecológica.

1.11 Derechos especiales de inscripción

Incluso si llega a ser elegible para recibir los beneficios del **Plan**, puede optar por rechazar la cobertura. Si lo hace, no recibirá ningún reembolso en su cheque. Sin embargo, si pierde la otra cobertura, puede inscribirse nuevamente en la cobertura del **Plan** (inscripción especial). **Si eso sucede, debe solicitar la reinscripción en el Plan dentro de los treinta (30) días posteriores a la pérdida de la otra cobertura.**

La inscripción especial también le permite agregar un nuevo **Dependiente** (nuevo **Cónyuge** o **Hijo**) como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción. **Los recién nacidos están cubiertos automáticamente desde el momento del nacimiento. Sin embargo, debe proporcionar una copia del certificado de nacimiento del nuevo bebé al Administrador del plan dentro de los treinta (30) días posteriores al nacimiento.**

Si está agregando un nuevo Cónyuge o Hijo, incluido un hijastro, o un Hijo adoptivo que no es un recién nacido, debe notificar al Administrador del plan dentro de los treinta (30) días posteriores al evento (el matrimonio, la fecha de adopción, etc.). También deberá proporcionar una prueba de la relación (copia de la licencia de matrimonio, orden judicial de adopción, etc.). Si tiene preguntas o necesita más información, comuníquese con el **Administrador del plan**. Estos derechos y obligaciones también se vuelven a tratar en detalle en la Parte Trece de esta **SPD**.

1.12 Inscripción abierta

La inscripción abierta es del 1 de diciembre al 31 de diciembre de cada año. La inscripción abierta es diferente a la inscripción especial. La inscripción especial le permite a usted o a un **Dependiente** volver al **Plan** en cualquier momento durante el año y se desencadena por un evento específico (por ejemplo, pérdida de otra cobertura de salud). La inscripción abierta ocurre solo durante diciembre y no requiere que se produzca ningún evento específico. Un ejemplo de uso de la inscripción abierta es cuando una persona sabe que, a partir del próximo año, desea cancelar otra cobertura y reiniciar la cobertura con este **Plan**. Otro ejemplo sería si una persona experimentó un evento de inscripción especial, pero se perdió el período de treinta (30) días para solicitar la inscripción o proporcionar la información requerida, como una licencia de matrimonio.

1.13. Aportes patronales

Los **Aportes patronales** son aportes de beneficios adicionales que recibe el **Plan** por cada hora trabajada por los **Participantes activos** en un **Empleo cubierto**. Solo los aportes realmente recibidos por el **Plan** se contarán como **Aportes patronales**. Esto significa que las horas que haya trabajado por las cuales se deben realizar aportes, pero que su **Empleador** aún no ha pagado al **Plan**, no se contarán como **Aportes patronales** en relación con la elegibilidad para recibir los beneficios de este **Plan**.

1.14 Terminación de la elegibilidad

La elegibilidad para recibir los beneficios en virtud de este **Plan** finalizará el último día del mes en el que usted o sus **Dependientes** no cumplan con los requisitos de elegibilidad aplicables. Si **continúa siendo elegible** al hacer pagos por cuenta propia (tema que se analiza más adelante), la elegibilidad para recibir los beneficios finalizará el último día del mes anterior al mes en que deje de hacer pagos por cuenta propia.

1.15 Reincorporación tras el regreso del servicio militar

Los aportes, los beneficios y el crédito de servicio con respecto al servicio militar calificado se proporcionarán de conformidad con la Sección 414(u) del Código de Rentas Internas, con sus modificaciones periódicas.

PARTE DOS: **ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPANTES ACTIVOS**

2.1 ¿Cuáles son los requisitos para que los Participantes activos sean Inicialmente elegibles en virtud del Plan?

Los **Participantes activos** son **Inicialmente elegibles** para recibir los beneficios el primer día del segundo mes posterior al mes en el que acumulan un mínimo de al menos trescientas sesenta (360) **Horas de servicio** dentro de cualquier período de cuatro (4) meses consecutivos después de la fecha en que comienzan el **Empleo cubierto**.

*Ejemplo 1: Alex comienza a trabajar en febrero. Trabaja 90 horas en cada uno de los siguientes meses: febrero, marzo, abril y mayo. Alex estará cubierto por el **Plan** a partir del 1 de julio.*

Si un **Participante activo** no logra acumular 360 **Horas de servicio** dentro de los cuatro (4) meses, las horas del primer mes se dejarán de lado y se contarán las **Horas de servicio** totales en los siguientes cuatro meses para determinar la **Elegibilidad inicial**.

*Ejemplo 2: Sue comienza a trabajar en febrero. Trabaja 90 horas en febrero (mes 1), 90 horas en marzo (mes 2), 80 horas en abril (mes 3) y 90 horas en mayo (mes 4). Sue solo tiene 350 **Horas de servicio** después del período de cuatro (4) meses y no cumple con el requisito de **Elegibilidad inicial** de 360 **Horas de servicio**. Por lo tanto, se dejará de lado febrero (mes 1) y se contarán los próximos cuatro (4) meses, de marzo a junio, para determinar la **Elegibilidad inicial** de Sue en virtud del Plan.*

El **Administrador del plan** determinará su elegibilidad automáticamente. Las normas de **Elegibilidad inicial** se aplican a usted si ha cancelado la cobertura o si su cobertura ha sido cancelada automáticamente. No puede realizar pagos por cuenta propia (que se analizan a continuación) para establecer la **Elegibilidad inicial**.

Una vez que establezca la **Elegibilidad inicial**, será elegible para recibir los beneficios, siempre y cuando su **Banco de horas** tenga un mínimo de ciento veinte (120) **Horas de servicio**. Además, recibirá un paquete de información del **Administrador del plan**. Debe leerlo detenidamente y reenviar cualquier formulario que le soliciten que complete. Si no reenvía estos formularios, podría retrasarse el pago de sus reclamos, ya que muchos de los formularios contienen información necesaria para procesar sus reclamos de beneficios. Tenga en cuenta que otros beneficios de este **Plan** pueden tener condiciones de elegibilidad adicionales que debe cumplir antes de recibir los beneficios.

2.2 ¿Cuáles son los requisitos mensuales para continuar siendo elegible en virtud del Plan?

Después de ser **Inicialmente elegible** para recibir los beneficios, usted **continúa siendo elegible** si mantiene al menos ciento veinte (120) **Horas de servicio** cada mes. Todas las **Horas de servicio** mensuales que superen las necesarias para **continuar siendo elegible** se pueden usar para la elegibilidad futura y se acumularán en su **Banco de horas**.

Recuerde, solo las horas realmente pagadas por su **Empleador** cuentan para la elegibilidad. Si su **Empleador** no paga a tiempo, para **continuar siendo elegible** tendrá que utilizar las **Horas de Servicio** que haya acumulado en su **Banco de horas** o hacer un pago por cuenta propia.

2.3 ¿Qué sucede con las horas que trabajo que superan los requisitos para continuar siendo elegible?

Las **Horas de servicio** recibidas por el **Plan** en un mes calendario que superen las 120 **Horas de servicio** se acreditan en su **Banco de horas**. Debe mantener un mínimo de 120 **Horas de servicio** en su **Banco de horas**, pero no puede mantener más de 720 **Horas de servicio** en su **Banco de horas**. En cualquier mes que no trabaje al menos 120 horas, el **Plan** tomará automáticamente **Horas de servicio** de su **Banco de horas** para que **continúe siendo elegible**. Si no tiene suficientes **Horas de servicio** en el **Banco de horas**, puede hacer pagos por cuenta propia para **continuar siendo elegible**. Los términos y condiciones para realizar pagos por cuenta propia se describen a continuación en la Sección 2.5.

Tenga en cuenta que, para utilizar el **Banco de horas**, debe estar disponible para trabajar con un **Empleador** a menos que esté discapacitado, jubilado o se tome una licencia. No registrarse en la lista de empleados inactivos del Sindicato, no permitir que su estado en la lista de empleados inactivos caduque o no mantener su registro en el Sindicato dará como resultado una presunción refutable de que no está disponible para trabajar. Como resultado, el saldo de su **Banco de horas** se perderá en el **Plan** y usted no será elegible para realizar pagos por cuenta propia. Luego, si es elegible, se le ofrecerá cobertura en virtud de las disposiciones de COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria) de este Plan. Si pierde la elegibilidad en virtud de esta disposición, solo puede

restablecerla si cumple con los requisitos de Elegibilidad inicial analizados en la Sección 2.1. Los requisitos de esta subsección no se aplicarán si proporciona pruebas de una Discapacidad o Licencia.

2.4 ¿Cómo continúo siendo elegible si no trabajo suficientes horas o si mi Empleador está en mora?

Si no trabaja suficientes horas para seguir siendo elegible o si su **Empleador** se atrasa en el pago al **Plan** de las **Horas de aporte** requeridas, aún puede **continuar siendo elegible** si utiliza horas de su **Banco de horas**, realiza un pago por cuenta propia o utiliza una combinación de estos métodos si califica para hacerlo. Los términos y condiciones para realizar pagos por cuenta propia se describen en la Sección 2.5 a continuación.

2.5 ¿Cómo puedo hacer pagos por cuenta propia?

Si no trabaja al menos 120 horas en un mes y no tiene suficientes horas en su **Banco de horas** para continuar con la cobertura, es posible que pueda continuar con la cobertura si realiza un pago total o parcial por cuenta propia. Se realiza un pago total por cuenta propia cuando no se reciben **Horas de aporte** en su nombre para un mes en particular y no le quedan horas en su **Banco de horas**. Los pagos parciales por cuenta propia son pagos por cuenta propia que se compensan con **Horas de aporte**, horas de su **Banco de horas** o una combinación de estos dos métodos. La tarifa actual de pago por cuenta propia se determina multiplicando 120 por la tarifa de aporte vigente en virtud del CBA, que luego se resta de las **Horas de aporte**, las horas del **Banco de horas** o una combinación de estos métodos. Tenga en cuenta que el número máximo de pagos completos por cuenta propia consecutivos que puede realizar es seis (6). Luego, se le ofrecerá cobertura en virtud de COBRA.

Ejemplo: Peter trabaja 120 horas en enero, febrero, marzo y abril, pero no trabaja ninguna hora en mayo. No tiene horas en su Banco de horas. Incluso si Peter no encuentra otro trabajo con un Empleador, siempre y cuando esté disponible para trabajar, se registre en la lista de empleados inactivos y mantenga su registro, puede hacer pagos totales por cuenta propia hasta octubre para continuar con la cobertura.

Si se necesita realizar un pago por cuenta propia para continuar con la cobertura, recibirá un aviso del Administrador del plan. **Los pagos por cuenta propia se deben realizar al Administrador del plan el día 25 de cada mes.**

Cobertura completa del Banco de horas o “pagos parciales por cuenta propia”. Si el saldo de su **Banco de horas** disminuye por debajo de las 120 **Horas de servicio** requeridas para **continuar siendo elegible**, pero no menos de una (1) **Hora de servicio**, el **Participante activo** puede comprar la cantidad necesaria para llevar el saldo del **Banco de horas** a 120 **Horas de servicio**, es decir, hacer pagos parciales por cuenta propia. El cargo por esta disposición de cobertura completa es el aporte por hora actual pagado por el **Empleador contribuyente del participante activo** multiplicado por la cantidad de **Horas de servicio** necesarias para llevar el saldo del **Banco de horas** a 120 **Horas de servicio**. Para poder **continuar siendo elegible** en virtud de esta disposición, el **Participante activo** debe estar disponible para el **Empleo cubierto** según lo dispuesto en esta Sección. No hay límite para la cantidad de pagos parciales por cuenta propia que puede realizar en virtud de esta disposición.

Tenga en cuenta que para ser elegible para realizar pagos por cuenta propia debe estar disponible para trabajar con un Empleador, a menos que esté discapacitado, jubilado o se tome una licencia. Si no se registra en la lista de empleados inactivos del Sindicato o no mantiene su registro en el Sindicato, esto dará como resultado una presunción refutable de que no está disponible para trabajar. Como resultado, no será elegible para realizar pagos por cuenta propia y el saldo de su Banco de horas se perderá en el Plan. Luego, si es elegible, se le ofrecerá cobertura en virtud de las disposiciones de COBRA del Plan.

2.6 ¿Cómo puede terminar mi cobertura? Y si termina, ¿cómo puedo restablecerla?

Si su cobertura termina, debe volver a cumplir con los requisitos de **Elegibilidad inicial**.

PARTE TRES:

ELEGIBILIDAD PARA EMPLEADOS FUERA DEL CONVENIO COLECTIVO DE TRABAJO

3.1 ¿Cuáles son los requisitos para que los Empleados fuera del convenio colectivo de trabajo obtengan la Elegibilidad inicial?

Los Empleados fuera del convenio colectivo de trabajo están empleados por un Empleador, pero no trabajan en campo como los Participantes activos. Los beneficios proporcionados a los Empleados fuera del convenio colectivo de trabajo son a exclusivo y absoluto criterio de la Junta y requieren que su Empleador contribuyente haya firmado un acuerdo de participación o suscripción con el Plan. Usted es elegible para recibir los beneficios el primer día del cuarto mes siguiente al mes en el que trabaja 640 horas para un Empleador. La cobertura para los Empleados fuera del convenio colectivo de trabajo continuará sujeta a los términos del acuerdo de participación o suscripción aplicable.

El Administrador del plan determinará su elegibilidad automáticamente. Sin embargo, para ser elegible, debe completar y reenviar todos los formularios de inscripción necesarios al Administrador del plan.

3.2 ¿Cuáles son los requisitos mensuales para que los Empleados fuera del convenio colectivo de trabajo continúen siendo elegibles?

Luego de ser Inicialmente elegible para recibir los beneficios, continuará siendo elegible sujeto a los términos del acuerdo de participación o suscripción vigente.

3.3 ¿Son elegibles para la cobertura del Plan los Dependientes de un Empleado fuera del convenio colectivo de trabajo?

Sí. Los Dependientes de un Empleado fuera del convenio colectivo de trabajo serán elegibles para la cobertura de conformidad con los términos del Plan y tal como se describe a continuación en la Parte Seis.

PARTE CUATRO:

ELEGIBILIDAD PARA JUBILADOS

4.1 ¿Cuáles son los requisitos de Elegibilidad inicial para los Jubilados?

Para calificar para obtener la cobertura como Jubilado, debe cumplir con cualquiera de los siguientes requisitos:

- (a) Si usted es Jubilado y recibió cobertura del Fondo de Salud Internacional (IHF) durante el mes de diciembre del 2000, seguirá siendo elegible en virtud del plan local de Las Vegas que entró en vigencia el 1 de enero de 2001, siempre y cuando pague continuamente sus primas de forma mensual; o
- (b) Si no cumple con los criterios establecidos en la Sección 4.1(a) anterior, pero es un Participante activo de un Empleador contribuyente y no es un Empleado fuera del convenio colectivo de trabajo, debe cumplir con los siguientes requisitos para ser Inicialmente elegible para recibir cobertura como Jubilado en virtud del Plan:
 - (i) Tener (A) 55 años o más; o (B) estar cubierto por las Partes A y B de Medicare como persona discapacitada;
 - (ii) Haber dejado de trabajar en la industria; y
 - (iii) Haber estado cubierto por el Plan predecesor durante (A) 120 meses de los últimos 180 meses, (B) 24 meses de los últimos 60 meses y (C) el día anterior a jubilarse.

Si cumple con los requisitos anteriores y desea solicitar los beneficios, debe comunicarse con el Administrador del plan.

4.2 ¿Cuáles son los requisitos mensuales para que los Jubilados continúen siendo elegibles?

Los **Jubilados** deben pagar por cuenta propia toda la cobertura de atención médica. La cobertura se mantiene mediante el pago oportuno de las primas de pago por cuenta propia requeridas cada mes. El **Administrador del plan** le notificará el monto mensual adeudado para **continuar siendo elegible**. El monto del pago por cuenta propia lo establece y está sujeto a cambios por parte de la Junta de fideicomisarios. Puede hacer arreglos entre este **Plan** y otros planes de pensiones, de anualidades o similares para el pago directo de las primas.

Los pagos por cuenta propia vencen el día 25 de cada mes. Si no realiza un pago por cuenta propia a tiempo, perderá su cobertura y no podrá restablecerla.

4.3 ¿Puedo utilizar cualquier hora acumulada en mi Banco de horas?

Sí, puede utilizar todas las horas en el **Banco de horas** para **continuar siendo elegible** antes de que se le solicite realizar pagos por cuenta propia.

4.4 ¿Qué pasa si muero como Jubilado?

En el caso de su muerte, sus **Dependientes** tienen derecho a elegir la cobertura de continuación en virtud de COBRA.

4.5 ¿La cobertura de atención médica para Jubilados está disponible para los Dependientes?

Sí. Los **Dependientes de un Jubilado** serán elegibles para la cobertura de conformidad con los términos del **Plan** y tal como se describe a continuación en la Parte Siete.

4.6 ¿Qué sucede con mi cobertura si soy elegible para Medicare o me jubilo después de cumplir los 65 años?

Los **Jubilados** deben inscribirse en las Partes A y B de Medicare cuando sean elegibles para hacerlo. Por motivos de coordinación de beneficios, el **Plan** procesará los reclamos de los **Jubilados** elegibles para Medicare como si los **Jubilados** se inscribieran en las Partes A y B. Las normas de coordinación de beneficios de Medicare se resumen a continuación:

COBERTURA	PRINCIPAL	SECUNDARIA
Al menos un Empleador contribuyente tiene 20 Empleados o más y el Participante o su Cónyuge tiene 65 años o más	Este plan	Medicare
Participante jubilado o el Cónyuge de un Participante jubilado que tiene 65 años o más	Medicare	Este plan
Al menos un Empleador contribuyente tiene 100 Empleados o más y el Dependiente o Participante está Discapacitado	Este plan	Medicare
Ningún Empleador contribuyente tiene 100 Empleados o más y el Dependiente o Participante está Discapacitado	Medicare	Este plan
Participante o Dependiente con una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)	Este Plan durante los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare. En el mes 31, Medicare será la cobertura principal.	Medicare durante los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare. En el mes 31, este Plan será la cobertura secundaria.

4.7 ¿Se adquiere la cobertura para Jubilados?

No, la cobertura no es un beneficio adquirido ni garantizado para los **Jubilados**. A criterio de la Junta de fideicomisarios, podrá ampliarse, reducirse o cancelarse en cualquier momento.

PARTE CINCO:
ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPANTES DISCAPACITADOS

5.1 ¿Cuáles son los requisitos de Elegibilidad inicial para los Participantes discapacitados?

Si es un **Participante activo** y queda **Discapacitado**, establecerá la **Elegibilidad inicial** para hasta 12 meses de cobertura por **Discapacidad** dentro de un período de 24 meses si cumple con la definición de **Discapacitado** en la Sección 1.1, no puede trabajar más de treinta (30) días debido a su **Discapacidad**, y está bajo el cuidado de un médico durante toda la duración de su **Discapacidad**. Debe completar y enviar al **Plan** cualquier solicitud y formulario de inscripción solicitados dentro de los treinta (30) días posteriores a un diagnóstico de **Discapacidad** antes de comenzar la cobertura. Debe establecer prueba de su **Discapacidad** en al menos una de las siguientes formas:

- (a) Proporcionando una prueba de su **Discapacidad** según la Ley de Seguros Industriales de Nevada por una lesión que surja del trabajo en la industria; o
- (b) Proporcionando una certificación por escrito de su médico que indique que usted, debido a una lesión o enfermedad, está continua y completamente impedido para realizar, sin la implementación de adaptaciones, las funciones laborales esenciales de su trabajo en la industria.

A su criterio, la Junta de fideicomisarios puede requerir una segunda opinión de un médico especialista en Discapacidades.

5.2 ¿Qué no califica como una Discapacidad?

Las afecciones o lesiones que resulten de cualquiera de las siguientes situaciones no califican como **Discapacidad** en virtud del **Plan**:

- (a) Guerra o acto de guerra, incluida la agresión armada resistida por las fuerzas armadas de cualquier país, combinación de países u organización internacional, ya sea que se declare la guerra o no;
- (b) Servicio en las fuerzas armadas de cualquier país u organización internacional (que no sea servicio activo durante dos meses o menos solo con fines de formación);
- (c) Lesiones autoinfligidas intencionalmente, a menos que la causa de las lesiones sea una causa protegida en virtud de la ley aplicable;
- (d) Lesiones por accidente causadas, en su totalidad o en parte, por el uso ilegal de drogas, alcohol o medicamentos recetados; o
- (e) Lesiones sufridas durante el desempeño de un trabajo en el mismo oficio o gremio cubiertos por un convenio colectivo de trabajo, según el cual se realizan aportes al **Plan** para un empleador que no es signatario del **Plan** por dicho convenio.

No se proporcionará ningún beneficio en virtud de esta Sección 4.3 durante ningún período en el que tenga un empleo remunerado de cualquier tipo. Además, no se proporcionarán beneficios para ninguna parte del período de discapacidad durante el cual usted no resida en el área de servicio definida por el Plan.

5.3 ¿Cuáles son los requisitos mensuales para que los Participantes discapacitados continúen siendo elegibles en virtud del Plan?

Una vez que cumpla con los requisitos para la **Elegibilidad inicial**, continuará siendo elegible realizando pagos por cuenta propia oportunos al **Plan** a las tarifas y bajo las condiciones establecidas oportunamente por la Junta de fideicomisarios. Además, durante el período de **Discapacidad** se congelará su Banco de horas.

5.4 ¿Cuándo termina mi elegibilidad?

Si está **Discapacitado**, su cobertura podría terminar de una de dos maneras:

- Si utiliza 12 meses de cobertura por **Discapacidad** dentro de un período de 24 meses; o
- Si regresa al **Empleo cubierto**, su elegibilidad terminará en virtud del **Plan** y deberá cumplir nuevamente con los requisitos de **Elegibilidad inicial** en virtud de los términos del **Plan** si desea recibir beneficios de salud y asistencia social.

Si su elegibilidad termina, terminará el primer día del mes siguiente al mes en el que ya no sea elegible para recibir la cobertura del **Plan**. Después de que termine su elegibilidad, será elegible para recibir la cobertura en virtud de COBRA.

5.5 Si termina mi elegibilidad, ¿cómo puedo reincorporarme?

Si usted es un **Participante discapacitado** y su elegibilidad termina, no puede reincorporarse. Sin embargo, si regresa al **Empleo cubierto** y ya no está **Discapacitado**, pero luego vuelve a quedar **Discapacitado**, debe volver a cumplir con los requisitos de **Elegibilidad inicial** que se tratan en la Sección 5.2 para recibir los beneficios en virtud de este **Plan**. Tenga en cuenta que cualquier **Discapacidad** posterior a su regreso al **Empleo cubierto** debe producirse más de 30 días después de recuperarse de la **Discapacidad** inicial para que se clasifique como un segundo período de **Discapacidad**. Si queda **Discapacitado** menos de 30 días después de recuperarse de la **Discapacidad** inicial, la **Discapacidad** posterior se considerará parte del mismo período de **Discapacidad**, a menos que dicha **Discapacidad** posterior dure menos de diez (10) días y se deba a un motivo diferente o no relacionado.

PARTE SEIS:

ELEGIBILIDAD PARA DEPENDIENTES Y CÓNYUGES SOBREVIVIENTES

6.1 ¿Quién califica como Dependiente para obtener la Elegibilidad inicial?

Un **Dependiente** elegible incluye a cualquiera de los siguientes:

- Su **Cónyuge**;
- Su hijo, hija, hijastro, **Hijo** adoptado, **niño** colocado legalmente para adopción, o un **niño** que cumple con la definición de “**niño** de acogida” en virtud de la ley aplicable que es colocado legalmente con usted por una agencia autorizada de colocación de niños o por una orden judicial, y es menor de veintiséis (26) años. Se deberá entregar una copia de la orden de adopción, tutela u orden de colocación a la Oficina de Beneficios;
- Cualquier **Hijo** discapacitado que sea incapaz de tener un empleo autosostenido debido a una discapacidad mental o física, y que depende de usted para recibir apoyo y manutención. Él o ella seguirá siendo su **Hijo dependiente** y será elegible para la cobertura siempre y cuando: usted siga siendo elegible para recibir los beneficios como **Jubilado**, **Jubilado** anticipado o **Participante discapacitado**; (b) su **Hijo dependiente** no esté casado; y (c) dicha discapacidad haya comenzado antes de la fecha en que la cobertura del **Hijo** terminaría en virtud del Plan (por ejemplo, la discapacidad comenzó antes de que el **Hijo** cumpliera veintiséis (26) años). La prueba de la discapacidad del **Hijo** debe presentarse a la oficina del **Plan** dentro de los treinta y un (31) días a partir de la fecha en que la cobertura de dicho **Dependiente** hubiera terminado; o
- Una persona a través de una orden válida de un tribunal, por parte de la Junta de Fideicomisarios para ser una QMCSO según la ley federal aplicable, que crea o reconoce el derecho de un beneficiario alternativo a recibir los beneficios como su **Dependiente** elegible en virtud del **Plan**.

6.2 ¿Cómo está disponible la cobertura para los Dependientes en virtud de una orden judicial o QMCSO?

El **Plan** proporcionará beneficios que de otro modo estarían disponibles de conformidad con cualquier orden válida de un tribunal, determinada por la Junta de fideicomisarios como una **QMCSO** según la ley aplicable, que crea o reconoce el derecho de un beneficiario alternativo a recibir los beneficios como un **Dependiente** elegible en virtud del **Plan**. Una

QMCSO debe crear o reconocer el derecho de un beneficiario alternativo a recibir los beneficios que un **Dependiente** elegible califica para recibir en virtud de este **Plan**, proporcionar una descripción razonable de los beneficios de este **Plan** y especificar el período al que se aplica la **QMCSO**. La oficina del **Plan** establecerá métodos razonables para notificar a las personas afectadas por la orden, separar los montos pagaderos en virtud de la orden, determinar si la orden califica y distribuir los beneficios en virtud de la **QMCSO**. Cualquier pago realizado por el **Plan** en virtud de una **QMCSO** o el reembolso de los gastos pagados por el **Hijo dependiente** o el padre o tutor legal del **Hijo dependiente** se realizará de conformidad con la ley aplicable.

6.3 ¿Cuáles son los requisitos para que los Dependientes continúen siendo elegibles en virtud del Plan?

Los **Dependientes continuarán siendo elegibles** para recibir la cobertura, siempre y cuando el **Empleado, Jubilado o Participante discapacitado continúe siendo elegible** en virtud del **Plan**, y mientras usted siga cumpliendo con la definición de **Dependiente** en virtud de este **Plan**.

6.4 ¿Cuándo termina la elegibilidad para los Dependientes?

Si usted es un **Dependiente** de un **Empleado, Exempleado o Participante discapacitado**, su cobertura terminará si el **Empleado, Exempleado o Participante discapacitado** no cumple con los requisitos para **continuar siendo elegible** en virtud del **Plan** o si usted ya no cumple con la definición de **Dependiente** en virtud de este **Plan**.

6.5 Si termina mi elegibilidad, ¿cómo puedo reincorporarme?

Si usted es un **Dependiente** y su cobertura termina porque el **Empleado, Exempleado o Participante discapacitado** no cumple con los requisitos para **continuar siendo elegible** en virtud del **Plan** y su elegibilidad termina, su cobertura se restablecerá si el **Empleado, Exempleado o Participante discapacitado** vuelve a cumplir con los requisitos de **Elegibilidad inicial** del **Plan**. Si usted es un **Dependiente** y su cobertura termina porque ya no cumple con la definición de **Dependiente** en virtud de este **Plan**, su cobertura no puede restablecerse.

6.6 ¿Qué cobertura está disponible para un Cónyuge sobreviviente y sus Hijos dependientes?

Los **Cónyuges** sobrevivientes y sus **Hijos dependientes** son elegibles para la cobertura de continuación en virtud de COBRA.

6.7 ¿Cuáles son los costos de la cobertura de continuación en virtud de COBRA?

Los **Cónyuges** sobrevivientes y sus **Hijos dependientes** elegibles pueden recibir una tarifa reducida para la cobertura de continuación en virtud de COBRA durante el primer año de cobertura. Para calificar para una tarifa reducida, un **Cónyuge** sobreviviente y el **Empleado, Exempleado o Participante discapacitado** fallecido deben haber estado casados durante al menos un año al momento de su muerte. Sin embargo, si el **Cónyuge** sobreviviente es elegible para recibir la cobertura de su empleador o se vuelve a casar, el **Cónyuge** sobreviviente ya no será elegible para la tarifa reducida.

La cobertura después del primer año de cobertura en virtud de COBRA será la tarifa de COBRA vigente cobrada por el **Plan**.

6.8 ¿Cuánto dura la cobertura de continuación en virtud de COBRA?

La tarifa para el primer año de cobertura en virtud de COBRA para los **Cónyuges** sobrevivientes y sus **Hijos dependientes** será subsidiada según lo determine la Junta de fideicomisarios. Para calificar para la tarifa subsidiada, al momento de la muerte del **Participante Activo, Jubilado anticipado o Jubilado**, este debe haber estado casado con el **Cónyuge** sobreviviente durante al menos un (1) año. La elegibilidad para la tarifa subsidiada terminará inmediatamente cuando el **Cónyuge** sobreviviente se vuelva a casar o cuando sea elegible para la cobertura de su empleador.

Para todos los **Cónyuges** sobrevivientes y sus **Hijos dependientes**, la cobertura en virtud de COBRA para **Cónyuges** sobrevivientes y sus **Hijos dependientes** puede durar hasta treinta y seis (36) meses. Si un **Cónyuge**

sobreviviente requiere cobertura por un período mayor que 36 meses, el **Cónyuge** sobreviviente y sus **Hijos dependientes** pueden permanecer en el **Plan** por doce (12) meses adicionales, siempre y cuando:

- (a) El **Cónyuge** sobreviviente no se vuelva a casar;
- (b) El **Cónyuge** sobreviviente no sea elegible para la cobertura de su empleador; y
- (c) El **Cónyuge** sobreviviente entregue oportunamente el formulario de elección al **Administrador del plan** y notifique al **Administrador del plan** que desea continuar con la cobertura en virtud de COBRA por doce (12) meses más.

El costo de los 12 meses adicionales de cobertura será a la tarifa de COBRA vigente cobrada por el **Plan**. Además, el **Cónyuge** sobreviviente debe certificar ante el **Administrador del plan** que cumple con los requisitos de elegibilidad anteriores. La cobertura para estos 12 meses adicionales terminará de inmediato en el caso de que el **Cónyuge** sobreviviente se vuelva a casar o tenga derecho a recibir la cobertura de su empleador.

6.9 ¿Cuándo terminará la cobertura para el Cónyuge sobreviviente y los Hijos dependientes?

La cobertura para los **Cónyuges** sobrevivientes y sus **Hijos dependientes** terminará cuando se produzca cualquiera de los siguientes eventos:

- (a) Cuando el **Cónyuge** sobreviviente sea elegible para recibir la cobertura a través de su empleador;
- (b) Cuando el **Cónyuge** sobreviviente se vuelva a casar;
- (c) Cuando el **Hijo dependiente** ya no cumpla con la definición de **Dependiente** en virtud de este **Plan**; o
- (d) Al final del período de treinta y seis meses, o del período de cuarenta y ocho meses si se determinó que el **Cónyuge** sobreviviente y el **Hijo dependiente** son elegibles para los doce (12) meses adicionales de cobertura en virtud de COBRA.

PARTE SIETE: **COBERTURA DE CONTINUACIÓN EN VIRTUD DE FMLA Y USERRA**

7.1 ¿Qué cobertura está disponible en virtud de FMLA?

Un **Empleador** contribuyente que es un “empleador cubierto” según la definición de dicho término en la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA), notificará de inmediato al **Administrador del plan** cuando a un **Participante** elegible se le haya otorgado una licencia familiar o médica con el fin de proporcionar o continuar la cobertura para dicho **Participante**.

Tanto el **Empleador**, como usted como **Participante**, deberán proporcionar los avisos, la información y la documentación que sean requeridos por la Junta de fideicomisarios y conforme a la ley. El **Plan** continuará con la cobertura durante el período de cualquier licencia para la que sea elegible en virtud de las disposiciones de la FMLA, siempre y cuando: (1) el **Empleador** realice oportunamente los pagos requeridos por el **Plan** para dicha cobertura; y (2) tanto el **Empleador** como usted cumplan con todos los requisitos aplicables establecidos por la Junta de fideicomisarios.

7.2 ¿Qué cobertura está disponible en virtud de USERRA?

En virtud de la Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA), si deja un **Empleo cubierto** para ingresar al servicio de las fuerzas armadas u otros servicios uniformados de los Estados Unidos, el **Plan** brindará cobertura para usted y sus **Dependientes** sin cargo hasta por cinco (5) años. Además, las **Horas de aporte** acumuladas en su **Banco de horas** se congelarán y usted podrá optar por continuar con la cobertura de todos los beneficios en virtud del **Plan**, excepto los beneficios en caso de fallecimiento y los beneficios por muerte accidental y

desmembramiento, por un período que sea el menor entre: (1) el período de veinticuatro (24) meses a partir del último día de **Empleo cubierto**; o (2) el día en que el **Participante** no solicita o no regresa al **Empleo cubierto**.

Si elige continuar con la cobertura, se le cobrará la prima mensual de COBRA, como se describe en este documento, a menos que su período de servicio sea inferior a treinta y un (31) días, en cuyo caso la cobertura se brindará sin un costo adicional.

Debe regresar al **Empleo cubierto** o registrarse en la lista de empleados inactivos del **Sindicato** dentro de los noventa (90) días posteriores a su alta de los servicios en condiciones honorables o dentro de los veinticuatro (24) meses posteriores al alta si se está recuperando de una enfermedad o lesión sufrida durante su servicio o agravada por él. Al regresar al **Empleo cubierto** o registrarse en la lista de empleados inactivos del **Sindicato**, su **Banco de horas** se restaurará, si corresponde. También será elegible para recibir cobertura sin tener que restablecer la elegibilidad. Sin embargo, si el período de servicio militar supera los cinco (5) años, debe volver a establecer la **Elegibilidad inicial** antes de que se restablezca la cobertura.

PARTE OCHO: COBERTURA DE CONTINUACIÓN EN VIRTUD DE COBRA

8.1 ¿Qué es COBRA?

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) ofrece a los **Participantes** la oportunidad de extender temporalmente su cobertura de atención médica a tarifas grupales, en determinados casos, después de que la cobertura en virtud del **Plan** normalmente terminaría.

8.2 ¿Cómo se vuelve elegible una persona para recibir cobertura en virtud de COBRA?

Para ser elegible para recibir la cobertura en virtud de COBRA, debe experimentar un evento que califica. Las personas que experimentan un evento que califica se denominan beneficiarios calificados en virtud de COBRA y pueden elegir la cobertura en virtud de COBRA, siempre y cuando cumplan con los requisitos de notificación del **Plan**.

8.3 ¿Cuándo recibiré información sobre COBRA?

La Oficina del Plan proporcionará información sobre COBRA en los dos (2) casos siguientes:

- Dentro de los primeros noventa (90) días a partir de que usted y sus **Dependientes** reciban cobertura en virtud de este **Plan**, usted recibirá un aviso general que describe sus derechos en virtud de COBRA; y
- Si se produce un evento que califica, usted y sus **Dependientes** recibirán un aviso de elección dentro de los catorce (14) días posteriores a la recepción del aviso de que se produjo el evento que califica. Dicho aviso de elección describirá sus derechos en virtud de COBRA y cómo elegir la cobertura en virtud de COBRA.

8.4 ¿Qué eventos que califican se aplican a mí?

Si usted es un **Empleado**, **Jubilado** o **Participante discapacitado**, se convierte en un beneficiario calificado y tiene derecho a elegir la cobertura en virtud de COBRA si se produce alguno de los siguientes eventos y provoca la pérdida de la cobertura en virtud del **Plan**: (a) termina su empleo por cualquier motivo que no sea que “falta grave”; (b) reducen sus horas de trabajo; o (c) su **Empleador** anterior presenta una solicitud de reestructuración concursal al amparo del Capítulo 11, solo para el caso de **Jubilados** y **Participantes discapacitados**.

8.5 ¿Qué eventos que califican se aplican a mis Dependientes?

Los siguientes son eventos que califican para un **Cónyuge** o **Hijo** si su ocurrencia provoca la pérdida de cobertura en virtud del **Plan**:

- La muerte del **Empleado**, **Jubilado** o **Participante discapacitado**;

- El despido del **Empleado** por motivos que no sean producto de una falta grave;
- Una reducción en las horas de trabajo del **Empleado**;
- El divorcio o separación legal del **Participante**;
- La elegibilidad del **Participante** para Medicare;
- Su **Hijo** deja de ser un **Dependiente** elegible en virtud del **Plan** (es decir, cumple 26 años). (Tenga en cuenta que un **Hijo** nacido o puesto en adopción con usted como **Participante** cubierto durante el período de cobertura en virtud de COBRA se considerará un beneficiario calificado, con derecho a la cobertura en virtud del **Plan**); o
- Tras la presentación por parte del **Empleador** anterior del **Jubilado** o **Participante discapacitado** de una solicitud de reestructuración concursal al amparo del Capítulo 11.

8.6 ¿Cuáles son los requisitos de notificación si experimento un evento que califica?

Cuando experimenta un evento que califica, se requiere un aviso por escrito a la oficina del **Plan**. El tipo de evento que califica determina si usted o su **Empleador** o **Empleador** anterior deben proporcionar el aviso y dentro de qué plazo. Estos requisitos se analizan en detalle a continuación:

Si el evento que califica se debe a un divorcio, separación matrimonial o pérdida del estado de dependencia, debe notificar a la oficina del **Plan** dentro de los sesenta (60) días a partir de la última de las siguientes: (a) la fecha en que se produjo el evento que califica; (b) la fecha en que el **Participante** o **Dependiente** perdería la cobertura en virtud del **Plan** como resultado del evento que califica; o (c) la fecha en que se informa al **Participante** o **Dependiente** (mediante notificación general de la **SPD** o **COBRA**) sobre la responsabilidad de notificar al **Plan**. En el caso de divorcio o separación legal, el **Participante** o **Dependiente** debe proporcionar al **Plan** una copia de la sentencia de divorcio o separación legal para calificar para la cobertura de continuación en virtud de **COBRA**.

*Ejemplo 1: El 1 de junio se dicta una sentencia de divorcio para Adam y Claire. Claire desea continuar con la cobertura del **Plan**. Claire notifica a la Oficina del Plan de su divorcio antes del 31 de julio. Claire califica para la continuación de cobertura de **COBRA** en virtud del **Plan**.*

*Ejemplo 2: Tom es el hijastro de James. La madre de James y Tom están divorciados y la sentencia de divorcio se dictó el 15 de agosto. Tom y su madre envían un aviso por escrito a la oficina del **Plan** dentro de los 60 días a partir del 15 de agosto, ya que hay dos eventos que le ocurren a diferentes personas en este ejemplo: Tom pierde la condición de **Dependiente** y su madre se divorcia. Tom y su madre califican para la continuación de cobertura de **COBRA** en virtud del **Plan**.*

Para todos los demás eventos que califican, su **Empleado** o **Exemplado** debe notificar a la oficina del **Plan** dentro de los treinta (30) días a partir de la última de las siguientes: (a) la fecha en que se produjo el evento que califica; (b) la fecha en que el **Participante** o **Dependiente** perdería la cobertura en virtud del **Plan** como resultado del evento que califica; o (c) la fecha en que se informa al **Participante** o **Dependiente** (mediante notificación general de la **SPD** o **COBRA**) sobre la responsabilidad de notificar al **Plan**. Si no notifica a la oficina del **Plan** dentro del tiempo especificado, se cancelará su cobertura de atención médica grupal o la de sus **Dependientes** a partir de la fecha del evento que califica.

8.7 ¿Por cuánto tiempo está disponible la cobertura en virtud de COBRA?

Si usted es un **Participante** al que le reducen las horas trabajadas o al que despiden de su empleo por motivos que no sean producto de una falta grave, tiene derecho a mantener la cobertura en virtud de **COBRA** por un máximo de dieciocho (18) meses.

Si sus **Dependientes** pierden la cobertura (debido a su muerte, divorcio, separación legal o elegibilidad para Medicare), tendrán derecho a mantener la cobertura en virtud de **COBRA** por un máximo de treinta y seis (36) meses.

8.8 ¿Se puede extender mi cobertura en virtud de COBRA?

Sí. Una vez que comience la cobertura a través de COBRA, usted puede calificar para extender su cobertura en virtud de COBRA por un período total de veintinueve (29) meses por los siguientes motivos: (a) se determina que está discapacitado según lo determina la Administración del Seguro Social (“SSA”); y (b) se produce un segundo evento que califica durante los primeros dieciocho (18) meses de cobertura en virtud de COBRA.

8.9 ¿Cuáles son los requisitos para extender la cobertura en virtud de COBRA si mis Dependientes o yo quedamos discapacitados?

Para ser elegible para la extensión, debe notificar a la oficina del **Plan** por escrito sobre la adjudicación del estado de persona discapacitada en virtud del Seguro Social (SSD) dentro de los primeros dieciocho (18) meses de su cobertura en virtud COBRA y dentro de los sesenta (60) días posteriores a que se produzca el último de los siguientes eventos:

- La fecha en que la SSA determinó que estaba discapacitado;
- La fecha en que se perdió la cobertura debido a una reducción de horas o despido (es decir, el evento que califica);
- La fecha en que un beneficiario calificado (como su **Cónyuge** o **Hijo**) perdería la cobertura como resultado de su pérdida de cobertura debido a su despido o reducción de horas (es decir, el evento que califica); o
- La fecha en que se informa al beneficiario calificado (por disposición de la **SPD** o un aviso general de COBRA) sobre la responsabilidad de notificar al **Plan** y los procedimientos para hacerlo.

*Ejemplo: John es despedido el 1 de febrero de 2020, pero no realiza un pago por cuenta propia y elige COBRA. Se lesiona en una caída el 15 de marzo de 2020 y solicita el SSD. La SSA determina que John está discapacitado el 1 de mayo de 2020. Él notifica a la oficina del **Plan** dentro de los 60 días posteriores al 1 de mayo de 2020. John es elegible para la extensión porque: (1) la discapacidad comenzó antes del día 61 de perder la cobertura debido a su despido (la caída ocurrió el 15 de marzo) y (2) el aviso de su discapacidad se proporcionó dentro de los primeros 18 meses de la cobertura en virtud de COBRA (es decir, antes del 1 de agosto de 2021) y dentro de los 60 días posteriores a la determinación de la SSA de que John estaba discapacitado.*

Si no proporciona el aviso a tiempo, no será elegible para la extensión. El aviso debe incluir el nombre de la persona que recibe la cobertura, información sobre la discapacidad y una copia de la carta de la SSA.

8.10 ¿Qué debo hacer si pierdo el estado de SSD?

Si se le otorga el estado de SSD, pero la SSA determina posteriormente que ya no está discapacitado, debe notificar a la oficina del **Plan** dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que la SSA le notifica que ya no lo considera discapacitado. El aviso debe incluir el nombre de la persona que recibe la cobertura y una copia de la carta de la SSA que le notifica que ya no lo considera discapacitado.

8.11 ¿Puedo extender la cobertura en virtud de COBRA nuevamente después de un segundo evento que califica?

Sí. Si se produce un segundo evento que califica mientras usted y su familia están cubiertos por COBRA debido a su despido o reducción de horas (es decir, el primer evento que califica), usted y sus **Dependientes** pueden tener derecho a dieciocho (18) meses más de cobertura en virtud de COBRA por un período total de cobertura de treinta y seis (36) meses. Los segundos eventos que califican que darían lugar a esta extensión para sus **Dependientes** son: (a) su muerte; (b) que usted sea elegible para Medicare; (c) su divorcio o separación legal de su **Cónyuge**; o (d) que un **Hijo dependiente** ya no califique como **Dependiente** en virtud del **Plan** (es decir, cumple 26 años). Para que se le ofrezca la extensión, el segundo evento que califica debe causar una pérdida de cobertura como si el primer evento que califica no hubiera ocurrido.

8.12 ¿Cómo extendiendo la cobertura en virtud de COBRA para el segundo evento que califica?

Debe proporcionar a la oficina del **Plan** un aviso por escrito del segundo evento que califica dentro de los sesenta (60) días posteriores a partir de la última de las siguientes: (a) la fecha del segundo evento que califica; (b) la fecha en que su **Cónyuge** o **Hijo** perdería la cobertura del **Plan** debido al segundo evento que califica (como cumplir 26 años); o (c) la fecha en que se le informa a usted o a su **Cónyuge** o **Hijo** (por disposición de la **SPD** o el aviso general de COBRA) sobre la responsabilidad de notificar al **Plan**.

Ejemplo: Matt, su esposa y su hijo están recibiendo cobertura a través de COBRA debido a que Matt fue despedido. Antes del final de los primeros 18 meses de cobertura en virtud de COBRA, Matt y su esposa se divorcian. La sentencia de divorcio se dicta el 1 de junio. La esposa de Matt debe dar aviso dentro de los 60 días a partir del 1 de junio para recibir una extensión de la cobertura.

Si no proporciona el aviso a tiempo, **no** será elegible para la extensión. El aviso debe incluir el nombre de la persona que recibe la cobertura e información sobre el segundo evento que califica.

8.13 ¿Cuánto cuesta la cobertura de continuación en virtud de COBRA?

El costo de la cobertura de continuación en virtud de COBRA, sin incluir los beneficios por incapacidad a corto plazo (a menos que elija pagar una prima por dichos beneficios), durante dieciocho (18) meses será determinado por la Junta de fideicomisarios periódicamente, pero no superará el ciento dos por ciento (102%) de la prima del seguro de salud aplicable. La Junta de fideicomisarios puede cobrar hasta el ciento cincuenta por ciento (150%) de la prima de seguro de salud aplicable por la cobertura en virtud de COBRA por más de dieciocho (18) meses para beneficiarios discapacitados calificados.

8.14 ¿Cuánto dura la cobertura en virtud de COBRA?

La duración de la cobertura depende del tipo de evento que califica. Para su referencia, a continuación encontrará una tabla que resume los eventos que califican para COBRA y la duración de la cobertura disponible, incluidas las extensiones para las que puede calificar:

Evento que califica	Período máximo de continuación		
	Empleado	Cónyuge	Hijo
Reducción de horas de trabajo	18 meses	18 meses	18 meses
Despido (que no sea por mala conducta)	18 meses	18 meses	18 meses
La SSA determina que usted es discapacitado	29 meses	29 meses	29 meses
Usted muere	N/A	36 meses	36 meses
Usted y su Cónyuge se divorcian	N/A	36 meses	36 meses
Su hijo ya no califica como Dependiente	N/A	N/A	36 meses

PARTE NUEVE: BENEFICIOS EN VIRTUD DE ESTE PLAN

9.1 Principales beneficios médicos, quirúrgicos y de medicamentos recetados

Los principales beneficios médicos, quirúrgicos y de medicamentos recetados incluyen, entre otros, servicios hospitalarios, servicios quirúrgicos, servicios prestados por médicos en el hospital, servicios de diagnóstico, servicios psiquiátricos, cuidados paliativos, servicios de ambulancia, medicamentos recetados y servicios relacionados. Puede encontrar una lista completa en el **Apéndice A**, que también incluye los requisitos de costos compartidos aplicables (es decir, copagos, deducibles, coseguro) para estos beneficios.

9.2 ¿Qué beneficios en caso de fallecimiento existen?

El **Plan** tiene un contrato con una compañía de seguros, para cubrir a los **Participantes activos** y sus **Cónyuges y Dependientes** en caso de muerte o desmembramiento. El **Plan** proporcionará ciertos beneficios en caso de fallecimiento en forma de seguro de vida básico, seguro de vida complementario y seguro de vida para dependientes. El monto actual de cobertura se describe en el Programa de beneficios adjunto como **Apéndice C**.

9.3 ¿Cómo designo a los Beneficiarios?

En su solicitud de seguro, puede designar tantos **Beneficiarios** como desee para que reciban su beneficio por en caso de fallecimiento. Usted puede, de vez en cuando, cambiar su lista de **Beneficiarios**, sujeto a cualquier restricción legal. Cualquier designación o cambio a la lista de **Beneficiarios** debe hacerse por escrito, y usted debe firmarla y presentarla ante el **Plan**. Solo aquellos **Beneficiarios** registrados por escrito con el **Plan** al momento de su terminación del servicio recibirán los beneficios del seguro de vida correspondientes.

9.4 ¿Qué sucede con mis beneficios en caso de fallecimiento si no designo a ningún Beneficiario?

Si no ha designado a ningún **Beneficiario**, los beneficios pasarán en orden descendente a las siguientes personas (siempre y cuando las leyes no contradigan esta lista):

1. Su **Cónyuge** sobreviviente; luego a
2. Sus hijos sobrevivientes, en partes iguales; pero si no hay sobrevivientes, pasan a
3. Su padre o padres sobrevivientes, en partes iguales; pero si no hay sobrevivientes, pasan a
4. Sus hermanos sobrevivientes, en partes iguales; pero si no hay sobrevivientes, pasan a
5. Sus herederos.

9.5 ¿Qué sucede si no especifico cómo se dividirán los beneficios provenientes de mi fallecimiento?

Si ha designado dos (2) o más **Beneficiarios**, pero no especificó cómo se dividirán los beneficios provenientes de su fallecimiento entre ellos, los **Beneficiarios** sobrevivientes tendrán derecho a recibir partes iguales del beneficio.

9.6 ¿Qué sucede si algún Beneficiario designado es menor de edad?

Si algún **Beneficiario** es menor de edad o no puede proporcionar una autorización válida para recibir cualquier pago adeudado, los beneficios del seguro se pagarán al tutor designado legalmente. Cualquier pago de este tipo será para el beneficio exclusivo de dicho **Beneficiario** y liberará a la compañía de seguros de cualquier otra responsabilidad.

9.7 ¿Qué sucede si los Beneficiarios designados mueren antes que yo?

En el caso de que alguno de los **Beneficiarios** designados muera antes que usted, los beneficios del seguro se pagarán a los **Beneficiarios** designados sobrevivientes en partes iguales, a menos que usted especifique lo contrario por escrito y, siempre y cuando, no haya leyes que contradigan esta lista.

9.8 ¿Están disponibles los beneficios dentales en virtud del Plan?

Sí. El **Plan** brinda tanto beneficios dentales como beneficios de la vista básicos. El programa de beneficios para la cobertura dental se adjunta al presente documento como **Apéndice B**.

9.9 ¿Se ofrecen otros beneficios en virtud del Plan?

La Junta de fideicomisarios puede, de manera oportuna y a su exclusivo criterio, agregar otros beneficios o modificar los beneficios existentes según lo considere apropiado.

PARTE DIEZ:
RESTRICCIONES EN SU COBERTURA

10.1 ¿Existen exclusiones a los beneficios en virtud del Plan?

Sí, el Plan no proporcionará los siguientes beneficios (la exclusión se aplica a todos los beneficios excepto al seguro de vida):

1. Servicios o suministros para los cuales no se proporciona cobertura específicamente en este **Plan**, complicaciones que surjan de servicios no cubiertos o servicios que no sean **Medicamente necesarios**, ya sean o no recomendados o proporcionados por un **Proveedor médico**.
2. Servicios sin autorización previa cuando se requiera, a menos que sean **Medicamente necesarios**, en cuyo caso estarán cubiertos al 50 % de lo que hubieran estado cubiertos si hubieran sido autorizados previamente.
3. Cualquier cargo por servicios que no sean de emergencia prestados fuera de los Estados Unidos.
4. Cualquier servicio prestado antes de la **Fecha de entrada en vigencia** o después de la terminación de este **Plan**. Esto incluye la admisión a un centro para pacientes hospitalizados si la admisión comenzó antes de la **Fecha de entrada en vigencia** o si se extendió más allá de la fecha de terminación del **Plan**.
5. Artículos de conveniencia, higiene o comodidad personal, como un televisor, un teléfono o una habitación privada en el hospital cuando no sean **Medicamente necesarios**. Servicios de limpieza o comida como parte de la atención médica domiciliaria. Modificaciones a un lugar de residencia, incluido el equipo para realizar adaptaciones por motivo de discapacidades o impedimentos físicos.
6. Férulas dentales u ortodóncicas o prótesis dentales, o cualquier tratamiento en los dientes, encías o mandíbulas, así como otros servicios habitualmente prestados por un dentista.

Tratamiento del dolor o infección que se sabe o se cree que se debe a una condición dental y está muy cerca de los dientes o la mandíbula; corrección quirúrgica de maloclusión; cirugía ortognática maxilofacial, cirugía oral (excepto según lo dispuesto en el presente documento), tratamiento de ortodoncia, cirugía preprotésica y cualquier procedimiento que involucre osteotomía de la mandíbula, incluidos los servicios quirúrgicos ambulatorios u hospitalarios para pacientes ambulatorios, anestesia y costos relacionados cuando el **Plan** determine que se relacionan con una condición dental.

Los cargos por servicios dentales relacionados con la disfunción de la articulación temporomandibular tampoco están cubiertos, a menos que se determine que son **Medicamente necesarios**. Dichos servicios relacionados con la odontología están sujetos a la limitación que se muestra en el programa de beneficios.

7. A excepción de la cirugía reconstructiva después de una mastectomía, los procedimientos cosméticos para mejorar la apariencia sin restaurar una función corporal física. Los procedimientos cosméticos incluyen los siguientes:
 - (a) cirugía para flacidez o el exceso de piel;
 - (b) cualquier procedimiento de aumento o reducción;
 - (c) rinoplastia y cirugías relacionadas; y
 - (d) cualquier procedimiento que utilice un implante que no altere las funciones fisiológicas, a menos que sea **Medicamente necesario**.

Los factores psicológicos (por ejemplo: imagen personal, las relaciones sociales o de pares difíciles) no implican la restauración de una función corporal física y no son relevantes para dichas determinaciones.

8. Los siguientes servicios y suministros para la infertilidad están excluidos, así como cualquier otro servicio o

suministro para la infertilidad que el **Plan** determine que no es **Medicamento necesario**:

- (a) técnicas reproductivas avanzadas, como trasplantes de embriones, fertilización in vitro, procedimientos GIFT y ZIFT, eclosión asistida, inyección intracitoplasmática de espermatozoides, extracción de óvulos mediante laparoscopia o aspiración con aguja, preparación de espermatozoides, técnicas especializadas de recuperación de espermatozoides, lavado de esperma, excepto antes de la inseminación artificial si fuera necesario;
 - (b) pruebas caseras de embarazo u ovulación;
 - (c) sonohisterografía;
 - (d) control de la respuesta ovárica a los estimulantes;
 - (e) TC o IRM de silla turca, a menos que el nivel de prolactina esté elevado;
 - (f) evaluación para la reversión de la esterilización;
 - (g) laparoscopia;
 - (h) resección ovárica en cuña;
 - (i) eliminación de fibromas, tabiques y pólipos uterinos;
 - (j) resección abierta o laparoscópica, fulguración o extracción de implantes endometriales;
 - (k) lisis quirúrgica de adherencias; y
 - (l) reconstrucción quirúrgica de tubo.
9. Reversión de esterilización realizada quirúrgicamente o reesterilización posterior.
10. Abortos electivos.
11. Amniocentesis, excepto cuando sea **Medicamento necesaria** según las pautas del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología.
12. Cualquier servicio o suministro prestado en relación con el **Participante** que actúa o utiliza los servicios de una madre sustituta.
13. Exámenes físicos de terceros con fines de empleo, concesión de licencias, seguro, escuela, campamento, deportes o adopción. Vacunas relacionadas con viajes al extranjero. Gastos de informes médicos, incluida su presentación y elaboración. Los exámenes o tratamientos ordenados por un tribunal o relacionados con procedimientos legales no están cubiertos.
14. Salvo que se estipule lo contrario en el presente documento, los procedimientos de reducción de peso están excluidos. También se excluyen los programas de pérdida de peso, sean recomendados o no, proporcionados o prescritos por un **Proveedor médico**.
15. Salvo que se estipule lo contrario en el presente documento, cualquier trasplante humano o animal (órgano, tejido, piel, sangre, transfusiones de sangre de médula ósea), ya sea de persona a persona o que involucre un dispositivo no humano, órganos artificiales o prótesis.
16. Todos y cada uno de los servicios hospitalarios, prestados por un **Proveedor médico**, de análisis de laboratorio o radiografía relacionados de alguna manera con cualquier servicio, procedimiento o tratamiento de trasplante excluido.
17. Tratamiento de:
- (a) problemas maritales o familiares;
 - (b) desajustes laborales, religiosos u otros desajustes sociales;
 - (c) trastornos crónicos del comportamiento;
 - (d) codependencia;
 - (e) trastornos del control de impulsos;
 - (f) trastornos orgánicos;

- (g) discapacidades del aprendizaje, retraso mental o cualquier enfermedad mental grave, tal como se define en este Plan, excepto que esté cubierto de otro modo en el presente documento o que la ley o regulación lo exija.

En ningún caso, el **Plan** se negaría a cubrir cualquiera de los anteriores si la ley o regulación exige que se cubran.

18. Atención institucional que se determina a través del proceso de revisión de utilización y autorización previa del **Plan** con el fin principal de controlar el entorno del **Participante** y el cuidado asistencial, la atención domiciliaria, la atención de convalecencia (que no sea atención de enfermería especializada) o curas de descanso.
19. Exámenes de la vista para determinar errores de refracción de la vista y anteojos o lentes de contacto que no estén específicamente cubiertos por este **Plan**. Se brinda cobertura para exámenes de la vista solo cuando se requieren para diagnosticar una enfermedad o lesión.
20. Cualquier lente correctivo recetado (anteojos o lentes de contacto) o armazones después del servicio posterior a la cirugía de cataratas que incluye, entre otros, lo siguiente:
 - (a) lentes con recubrimiento;
 - (b) lentes de contacto cosméticas;
 - (c) costos de lentes y armazones que superan el monto autorizado por el Plan;
 - (d) lentes bifocales o trifocales progresivos;
 - (e) lentes de gran tamaño;
 - (f) lentes multifocales de plástico;
 - (g) lentes tintados o fotocromáticos;
 - (h) dos (2) pares de lentes y armazones en lugar de lentes bifocales y armazones; o
 - (i) todos los lentes de sol recetados.
21. Exámenes de audición para determinar la necesidad o el tipo apropiado de audífonos o dispositivos similares, distintos de los específicamente cubiertos en este **Plan**. Se brinda cobertura para exámenes de audición solo cuando se requieren para diagnosticar una enfermedad o lesión. También se excluyen los audífonos o dispositivos similares.
22. Medicina ecológica o ambiental. Uso de quelación, sustancias ortomoleculares; uso de sustancias de origen animal, vegetal, químico o mineral no aprobadas específicamente por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) como efectivas para el tratamiento; electrodiagnóstico; diluciones y sucesiones de Hahnemann; patrones geométricos energizados magnéticamente; sustitución de empastes dentales metálicos; laetrilo o gerovital.
23. Procedimientos invasivos para el manejo del dolor según lo definido por los protocolos del **Plan** para el dolor crónico e intratable, a menos que el **Plan** lo autorice previamente y los brinde un **Proveedor médico** que sea especialista en el manejo del dolor. Cualquier procedimiento de manejo del dolor autorizado previamente estará sujeto a los montos de copagos o coseguros del centro y profesional correspondientes según se establece en el programa de beneficios. La viscosuplementación con medicamentos de ácido hialurónico (inyecciones de gel para las rodillas) no requiere autorización previa, pero debe realizarla un asistente médico en un consultorio médico.
24. Acupuntura o hipnosis.
25. Tratamiento de una enfermedad o lesión causada por un motín, guerra declarada o no declarada o acto de guerra, insurrección, rebelión, invasión armada o agresión, o que surja de estos.
26. Tratamiento de una enfermedad o lesión ocupacional, que es cualquier enfermedad o lesión que surja o que se

produzca en el curso del empleo a cambio de un pago o ganancia.

27. Viajes y alojamiento, ya sea que un **Proveedor médico** los recomiende o los prescriba o no, y que no sean aquellos que se cubren específicamente en este **Plan**.
28. Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, suplementos nutricionales, vitaminas, hierbas medicinales, supresores del apetito, medicamentos autoinyectables y huérfanos, y otros medicamentos de venta libre, excepto los beneficios de medicamentos recetados cubiertos específicamente en este documento. Esto incluye medicamentos y suministros para el uso de un paciente después del alta hospitalaria. Medicamentos y medicamentos aprobados por la FDA para uso experimental o de investigación, o cualquier medicamento que tenga una aprobación de la FDA de menos de nueve (9) meses, salvo que el **Plan** lo autorice previamente.
29. Atención de afecciones que las leyes federales, estatales o locales exigen que se traten en un centro público.
30. Cualquier equipo o suministro que acondicione el aire. Soportes para el arco, medias de soporte, accesorios especiales para zapatos o zapatos correctivos, a menos que sean parte integral de un aparato ortopédico para la parte inferior del cuerpo. Almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, pelucas y sus cuidados, así como otros equipos principalmente no médicos.
31. Cualquier servicio o suministro relacionado con el cuidado rutinario de los pies, incluida la eliminación de verrugas, callos o durezas, el corte y recorte de las uñas de los pies o el cuidado de los pies para pies planos, arcos caídos y tensión crónica en los pies, en ausencia de una enfermedad sistémica grave.
32. Fórmulas especiales, complementos alimenticios distintos a los que se cubren específicamente en este **Plan** o dietas especiales en régimen ambulatorio.
33. Servicios, suministros o adaptaciones proporcionados sin costo para el **Participante** o por los cuales el **Participante** no está legalmente obligado a pagar.
34. Terapia de medio, biorretroalimentación, modificación de conducta, capacitación en sensibilización, hidroterapia, electrohipnosis, terapia de electrosueño, electronarcosis, narcosis, rolfing, tratamiento residencial, rehabilitación vocacional y programas de vida silvestre.
35. Tratamientos o dispositivos experimentales o de investigación según lo determine el **Plan**.
36. Planes de tratamiento de medicina deportiva destinados principalmente a mejorar la capacidad atlética.
37. Queratotomía radial o cualquier procedimiento quirúrgico para mejorar la vista cuando la vista puede mejorar mediante el uso de anteojos o lentes de contacto.
38. Cualquier servicio prestado por un **Proveedor médico** a sí mismo o a sus familiares.
39. Servicios de ambulancia cuando no son **Medicamento necesarios**. Servicios de ambulancia aérea cuando no son **Medicamento necesarios** y el Participante pueda ser transportado de manera segura por una ambulancia terrestre u otros medios.
40. Facturación de altas tardías y cargos que surgen de una cita o procedimiento cancelado.
41. Lecturas de telemetría, interpretaciones de electrocardiogramas cuando se facturan por separado del procedimiento de electrocardiograma. Interpretaciones de gasometrías arteriales cuando se facturan por separado del procedimiento.
42. Donaciones autólogas de sangre.

43. Servicios o suministros de atención médica requeridos debido a la realización o intento de realizar un delito grave.
44. Servicios recibidos en relación con un ensayo o estudio clínico, que incluyen lo siguiente:
- (a) fármacos y medicamentos aprobados por la FDA para uso experimental o de investigación, excepto cuando se recetan para tratar el cáncer o el síndrome de fatiga crónica en virtud de un estudio o ensayo clínico aprobado por el **Plan**;
 - (b) cualquier parte del estudio o ensayo o clínico que habitualmente paga un gobierno o una industria biotecnológica, farmacéutica o médica;
 - (c) servicios de atención médica que están específicamente excluidos de la cobertura de este **Plan**, independientemente de si dichos servicios se prestan en virtud del estudio o ensayo clínico;
 - (d) servicios de atención médica que los patrocinadores del estudio o ensayo clínico habitualmente brindan de forma gratuita al **Participante** en el estudio o ensayo clínico;
 - (e) gastos externos relacionados con la participación en el estudio o ensayo clínico, incluidos, entre otros, los gastos de viaje, alojamiento y otros gastos en los que pueda incurrir un **Participante**;
 - (f) cualquier gasto incurrido por una persona que acompaña al **Participante** durante un estudio o ensayo clínico;
 - (g) cualquier artículo o servicio que se proporcione únicamente para satisfacer una necesidad o un deseo de recopilación o análisis de datos que no esté directamente relacionado con el manejo clínico del **Participante**; y
 - (h) Cualquier costo por la gestión de la investigación relacionada con el estudio o ensayo clínico.
45. Cirugía y terapia de reasignación de género.

10.2 ¿Existen limitaciones a los beneficios en virtud del Plan?

La Junta de fideicomisarios, a su exclusivo criterio y según lo considere adecuado, puede modificar los requisitos de elegibilidad en cualquier momento, o eliminar dichos beneficios en su totalidad. No se reconocerá ningún reclamo retroactivo de beneficios en caso de dicha modificación o eliminación de la cobertura, excepto según lo exija la ley.

10.3 ¿Cómo coordina el Plan los beneficios con otras pólizas o seguros?

La Coordinación de beneficios (COB) establece normas para organizar el pago de los cargos cubiertos cuando dos (2) o más planes cubren a la misma persona. El propósito de estas normas es evitar pagos duplicados o superpuestos de beneficios que den lugar a un exceso de pagos injustos. Por lo general, las normas de COB se aplican a todos los beneficios pagaderos de este **Plan** que no sean los beneficios en caso de fallecimiento y muerte accidental y desmembramiento. El plan que paga primero (plan principal) pagará como si no hubiera otros planes involucrados. Los otros planes (planes secundarios) pagarán el saldo adeudado hasta el 100 % de los gastos permitidos.

Si su empleador proporciona un plan de atención médica que no sea este **Plan**, el programa de seguro médico de ese empleador se convertirá en la compañía de seguros principal. Este **Plan** pagará los montos restantes, siempre y cuando los servicios se cubran en este **Plan** y únicamente después del cumplimiento total y la denegación por parte de otro plan.

*Ejemplo: Mike, el hijo de John, tiene 23 años. Mike tiene cobertura en virtud del **Plan**, pero también tiene cobertura en virtud del plan de su empleador. Mike necesita una cirugía de hombro. La cobertura del empleador de Mike pagará la cirugía como si Mike no tuviera ningún otro seguro. Si quedara algún saldo, entonces este **Plan***

proporcionará cobertura, si la hubiera, que esté disponible para el procedimiento de Mike. Mike también será responsable del pago de cualquier deducible, copago o coseguro requerido por el **Plan** que se aplique al beneficio que se le brindó.

10.4 Si mi Cónyuge y yo estamos cubiertos por planes separados, ¿qué plan cubre a nuestros Hijos dependientes?

Si tanto usted como su **Cónyuge** tienen derecho a recibir beneficios en virtud de distintos programas de seguro de salud grupales y ambos planes cubren a sus **Hijos dependientes**, entonces el plan de seguro que cubre a la persona que cumple años primero en el año se considerará la compañía de seguros principal para los **Hijos dependientes**.

Ejemplo: Eric cumple años en junio, pero su esposa, Natasha, cumple en abril, entonces el plan de seguro de Natasha será el principal.

Si los cumpleaños de los dos asegurados coinciden en la misma fecha, la póliza del plan que haya estado en vigencia por más tiempo será la principal. Este **Plan** pagará los beneficios de conformidad con su programa de beneficios aplicable, si se considera principal. De lo contrario, el otro plan deberá pagar los beneficios hasta el monto máximo pagadero de conformidad con su programa de beneficios. Luego, este Plan pagará los montos restantes no cubiertos por el otro plan hasta y de conformidad con su programa de beneficios para que, en conjunto, no se pague más del 100 % de los “cargos cubiertos”.

10.5 ¿Qué sucede si me lesiono en un accidente automovilístico o de motocicleta?

En caso de un accidente automovilístico, este **Plan** brinda solo cobertura secundaria o “en exceso” para reclamos médicos que surjan de un accidente automovilístico o que se relacionen con él. Este **Plan** rechaza directamente la cobertura y transfiere la carga a la compañía de seguros del automóvil por cualquiera y todos los reclamos para los cuales el asegurado tenía una cobertura de seguro sin culpa, de responsabilidad civil ante terceros o cualquier otra cobertura de seguro (incluida la cobertura para conductor no asegurado) aplicable a dicho reclamo relacionado con el vehículo motorizado, hasta el monto de cobertura disponible de todas esas pólizas. **Debe revisar su póliza de seguro de automóviles con su agente de seguros o compañía de seguros para asegurarse de haber seleccionado las opciones de cobertura adecuadas para su póliza.**

El **Plan** solo brindará cobertura una vez que se hayan agotado todas las demás fuentes de cobertura (como la cobertura de vehículos motorizados de otro conductor u otra póliza de vehículos motorizados en el hogar). En otras palabras, el **Plan** brinda beneficios solo como último recurso y únicamente después de que se hayan agotado todas las demás fuentes de cobertura.

10.6 ¿Cuál es el orden de cobertura en virtud de las normas COB?

Para facilitar la consulta, este **Plan** generalmente determina su orden de cobertura mediante las siguientes normas:

TIPO DE COBERTURA	PRINCIPAL	SECUNDARIA
Cobertura en virtud de dos planes proporcionados por el empleador	Otro plan proporcionado por el empleador	Este Plan
Cobertura proporcionada por el empleador	Plan que cubre a la persona como empleado	Plan que cubre a la persona como cónyuge o dependiente
Cobertura para un Hijo dependiente	Plan que cubre al padre cuyo cumpleaños cae primero en el año	Plan que cubre al padre cuyo cumpleaños cae más adelante en el año
Cobertura para un Hijo dependiente con padres divorciados con orden judicial	Plan del padre que se especifica como asegurador principal en virtud de la Sentencia de divorcio	Plan del otro padre
Cobertura para Hijo dependiente con padres divorciados sin orden judicial	Plan que cubre al padre con custodia física	Plan del Cónyuge con custodia física
Cobertura de vehículos motorizados	Plan para vehículos motorizados	Este Plan

10.7 ¿Cómo se coordinan los beneficios para las pólizas emitidas fuera del estado?

Si una de las pólizas o planes se emite en otro estado que no utiliza las fechas de cumpleaños para la coordinación de beneficios y cada póliza o plan por sus términos es secundario, entonces la póliza o plan emitida fuera del estado será secundario. Cada póliza o plan será entonces responsable por un máximo del cincuenta por ciento (50 %) de sus gastos o beneficios permitidos.

10.8 ¿Cómo se coordinan los beneficios si tengo Medicare?

En ciertas circunstancias, Medicare es el plan principal y este **Plan** es el plan secundario. La siguiente tabla explica cuándo Medicare es el plan principal. **Cuando Medicare es el plan principal, sus reclamos se presentan primero ante Medicare.** Después de que Medicare realice el pago, el **Plan** coordinará los beneficios con Medicare.

COBERTURA	PRINCIPAL	SECUNDARIA
El Empleador tiene 20 Empleados o más y el Participante o su Cónyuge tiene 65 años o más	Este Plan	Medicare
El Empleador tiene menos de 20 Empleados y el Participante o su Cónyuge tiene 65 años o más	Medicare	Este Plan
El Empleador tiene 100 Empleados o más y el Participante o Dependiente está Discapacitado	Este Plan	Medicare
El Empleador tiene menos de 100 Empleados y el Participante o Dependiente está Discapacitado	Medicare	Este Plan
Participante o Dependiente con una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)	Este Plan es el plan principal durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.	Medicare se convertirá en el plan principal el mes 31 después de que sea elegible para Medicare.

10.9 ¿Qué pasa si no cumpla con las normas COB de mis planes?

Cualquier persona elegible para recibir los beneficios en virtud de este **Plan** que también sea elegible para recibir los beneficios de otra organización de mantenimiento de la salud, organización de proveedores preferidos o un tipo de plan similar, que requiera que los servicios de atención médica se obtengan solo de determinados **Proveedores médicos** u organizaciones designados, y que no cumpla con los requisitos de dicha política o plan, entonces estará sujeto a costos compartidos adicionales. Se brindará cobertura en virtud de este **Plan** únicamente cuando otro plan de atención médica niegue la prestación de los beneficios y luego de cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y cobertura.

10.10 ¿Tengo algún derecho de subrogación?

Sí. El **Plan** tiene derechos de subrogación, lo que significa que si paga beneficios en su nombre y luego usted recupera dinero u otra propiedad de un tercero como compensación, sus derechos a esa recuperación se “subrogan” al **Plan** hasta el monto de los beneficios que el **Plan** le proporcionó. Al **Plan** también se le otorga automáticamente un derecho de retención sobre cualquier acuerdo, sentencia u otro pago que usted pueda recibir. Al recibir beneficios, también acepta ayudar al **Plan** a preservar sus derechos de subrogación y retención.

El **Plan** puede solicitarle que firme una subrogación o un acuerdo similar antes de pagar los reclamos, lo que establecería que para continuar recibiendo los beneficios en virtud del **Plan** debe cooperar con el **Plan** en términos de revelar completamente cualquier recuperación que obtenga de terceros (como un pago de una póliza de seguros de automóviles, un reclamo de indemnización por accidentes de trabajo, una sentencia de una demanda, etc.) que cubriría el costo de cualquier beneficio recibido en virtud del **Plan**. Si no lo hace, se iniciarán acciones legales en su contra o en contra de sus **Dependientes**. Los beneficios de su **Plan** se suspenderán hasta que el **Plan** los recupere por completo. El **Plan** también puede compensar el dinero que se le debe de beneficios futuros a usted o a sus **Dependientes**.

10.11 ¿Existe un monto máximo de costos compartidos en virtud de este Plan?

Sí. El límite máximo de gastos de bolsillo (llamado “Límite MOOP”) es el monto máximo total que se puede requerir que usted o su familia paguen durante el **Año de beneficios**. **Este monto incluye deducibles, copagos y coseguros para los servicios cubiertos que recibe dentro de la red. El Límite MOOP no incluye primas/pagos por cuenta propia, montos del saldo facturado o montos pagados por servicios no cubiertos o servicios que recibe fuera de la red.** Una vez que se alcanza el límite máximo para el **Año de beneficios**, el **Plan** comienza a pagar el cien por ciento (100 %) del monto aprobado por los servicios cubiertos dentro de la red. Para 2021, el límite es de \$5,200 por persona.

10.12 ¿Existen programas de manejo de costos y enfermedades?

Ciertos procedimientos y medicamentos están sujetos a programas de manejo de enfermedades. Existen varios de estos programas y cada uno se describe en detalle a continuación. Para obtener más información sobre cada programa, puede visitar www.anthem.com.

Autorización previa. El programa ayuda a garantizar el uso adecuado de ciertos medicamentos al aplicar las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”) y las pautas del fabricante para el uso de ciertos medicamentos. Es posible que determinados procedimientos también deban contar con una autorización previa. El **Administrador del plan** tiene a disposición una lista de los servicios y medicamentos sujetos al Programa de autorización previa. El Programa de autorización previa no se aplica a los servicios de emergencia. Anthem Blue Cross Blue Shield establece, administra y mantiene los Programas de autorización previa del **Plan** para cada tipo de **Participantes**.

Terapia escalonada. Este programa está dirigido a los **Participantes** que utilizan medicamentos recetados para tratar ciertas afecciones médicas crónicas o continuas. Muchos de los medicamentos que se utilizan para controlar estas afecciones tienen efectos secundarios graves. El Programa de terapia escalonada está diseñado para garantizar que la afección esté controlada con un medicamento que sea seguro, médicamente adecuado y rentable. También ayuda al Plan a controlar los costos de la cobertura de medicamentos recetados. Por lo general, los medicamentos recetados cubiertos en virtud del Programa de terapia escalonada requieren que el tratamiento con uno o más medicamentos alternativos no haya funcionado para un **Participante**, antes de que se apruebe la cobertura del medicamento incluido en el Programa de terapia escalonada. El Programa de terapia escalonada se puede evitar en su totalidad o en parte si el **Proveedor médico** tratante establece que se cumplieron determinados criterios clínicos. El **Administrador del plan** tiene a su disposición una lista de los medicamentos sujetos a la terapia escalonada, así como una lista de los criterios clínicos para evitar el programa. Anthem Blue Cross Blue Shield establece, administra y mantiene el Programa de terapia escalonada del Plan.

Programa de límite de cantidad y Programa de pedidos por correo. Ciertos medicamentos solo se dispensarán en los límites de cantidad establecidos por el fabricante del medicamento, la FDA o el administrador de beneficios de farmacia. Además, es posible que se requiera que ciertos medicamentos se surtan a través de la farmacia de pedidos por correo del **Plan**. Anthem Blue Cross Blue Shield establece, administra y mantiene el Programa de pedidos por correo del **Plan** y los Programas de límite de cantidad, que son parte del formulario de medicamentos recetados del **Plan**.

Establecimiento del formulario. El **Plan** tiene contrato con un administrador de beneficios de farmacia que es responsable de establecer el formulario de medicamentos recetados del **Plan**. El formulario establece los niveles de medicamentos recetados cubiertos e identifica qué medicamentos están y no están incluidos en el formulario y que, por lo tanto, están cubiertos por el **Plan**. Anthem Blue Cross Blue Shield establece, mantiene y administra el formulario de medicamentos recetados.

Administración de casos. En algunos casos que involucren tratamientos de alto riesgo, complicados o de alto costo, los asesores profesionales de los proveedores del **Plan** ofrecerán, de forma voluntaria, asesoramiento y formación sobre opciones y métodos de tratamiento alternativos para mejorar los resultados clínicos. ICM – Innovative Care Management establece, administra y mantiene los Programas de administración de casos del **Plan**.

Revisión de utilización. La revisión de utilización es un proceso para garantizar que la atención que recibe es médicamente necesaria, se brinda en el lugar más adecuado y sigue las prácticas médicas comunes. ICM – Innovative Care Management establece, administra y mantiene los Programas de revisión de utilización del **Plan**.

Otros programas. El Plan también puede implementar programas adicionales de bienestar y control de enfermedades que sean necesarios para garantizar que los participantes reciban una atención médica adecuada y para ayudar a controlar los costos.

PARTE ONCE: **CÓMO PRESENTAR RECLAMOS Y DENEGACIONES DE APELACIONES**

11.1 Términos definidos utilizados en esta sección:

Los siguientes términos definidos se utilizarán en la Parte Once de la **SPD**.

- **Determinación adversa sobre los beneficios:** se refiere a cualquiera de las siguientes: una denegación, reducción, **Rescisión**, extinción o falta de pago (total o parcial) de un **Reclamo**, que incluye toda denegación, reducción, extinción o falta de pago (total o parcial) que se base en la elegibilidad de un **Participante** para ser parte del **Plan** o como resultado de la aplicación de una revisión de utilización, así como la falta de cobertura de un artículo o servicio para el cual se brindan beneficios porque se determina que es de carácter experimental, investigativo o que no es necesario o apropiado desde el punto de vista médico. En esta definición se incluye una **Rescisión** de la cobertura, independientemente de si dicha **Rescisión** tuvo un efecto adverso sobre algún beneficio en particular en ese momento. Las **Rescisiones** se tratarán de acuerdo con el artículo 147.128 del título 45 del CFR (Código de Regulaciones Federales), con sus modificaciones, y toda persona afectada por una **Rescisión** recibirá un aviso por escrito con treinta (30) días de anticipación.
- **Determinación adversa definitiva sobre los beneficios:** significa una **Determinación adversa sobre los beneficios** que fue ratificada por la Junta de fideicomisarios al finalizar el proceso de apelación interno.
- **Apelación:** se refiere a una apelación de una **Determinación adversa sobre los beneficios** que se presenta de conformidad con los procedimientos de este **Plan** para presentar una **Apelación**.
- **Administrador de reclamos:** se refiere a la entidad responsable de procesar y resolver **Reclamos** o **Apelaciones**, y de proporcionar notificaciones a los **Participantes**, **Beneficiarios** sobre las determinaciones y resoluciones de **Reclamos** y apelaciones. Para determinados beneficios, el **Administrador de reclamos** puede ser una entidad diferente al **Administrador del plan**.
- **Reclamo:** se refiere a una solicitud de un beneficio o beneficios del plan realizada por un **Reclamante** de conformidad con los procedimientos de este **Plan** para presentar o apelar una **Reclamo** de beneficios. Por lo general, para que se considere debidamente presentado, un **Reclamo** debe nombrar a un **Reclamante** específico, identificar un síntoma o afección médica específicos, identificar un tratamiento, servicio o producto específico para el cual se solicita aprobación, y lo debe recibir una persona o unidad organizacional del **Administrador de reclamos** que habitualmente es responsable de manejar los asuntos relacionados con beneficios.
- **Reclamante:** se refiere a una persona, o su representante autorizado, que ha presentado un **Reclamo** por un beneficio del plan de conformidad con los procedimientos de este **Plan** para presentar o apelar un **Reclamo** por beneficios.
- **Reclamos de atención recurrente:** se refiere a cualquier **Reclamo** relacionado con el curso de tratamiento en desarrollo que se brindará por un período de tiempo o una cantidad de tratamientos que el **Plan** haya aprobado previamente.
- **Reclamos posteriores al servicio:** se refiere a cualquier **Reclamo** que no sea un **Reclamo** “previo al servicio”, “por atención de urgencia” o “de atención recurrente”.
- **Reclamos previos al servicio:** se refiere a cualquier **Reclamo** que, según los términos del **Plan**, condiciona la recepción del beneficio, en su totalidad o en parte, a la aprobación del beneficio antes de obtener la atención médica.
- **Rescisión:** se refiere a una cancelación de la cobertura que tiene un efecto retroactivo y que no es el resultado de fraude o una tergiversación intencional de un hecho material. La cancelación de la cobertura debido a la falta de pago de las primas o los aportes al costo de la cobertura, incluidos los pagos por cuenta propia o las primas en virtud de COBRA, no se considera una **Rescisión**.

→ **Reclamos por atención de urgencia:** se refiere a cualquier **Reclamo** de atención médica o tratamiento que no se puede decidir dentro de los plazos normales porque: (i) puede poner en grave peligro la vida o la salud del Reclamante o la capacidad del Reclamante de recuperar la función máxima, o (ii) según la opinión de un médico con conocimiento de la afección médica del **Reclamante**, sometería al **Reclamante** a un dolor intenso que no puede controlarse correctamente sin el cuidado o tratamiento que es objeto del **Reclamo**. El **Plan** tratará como un **Reclamo “por atención de urgencia”** a todo **Reclamo** que un médico con conocimiento de la afección médica del **Reclamante** determine que es un **Reclamo “por atención de urgencia”**. De lo contrario, una persona que actúe en nombre del **Administrador de reclamos** y que aplique el criterio de un lego prudente con conocimiento promedio de salud y medicina determinará si un **Reclamo** involucra “**atención de urgencia**”.

11.2 ¿Cuál es la norma utilizada por el Administrador de reclamos para resolver Reclamos y Apelaciones?

El **Administrador de reclamos** se asegurará de que los **Reclamos** y las **Apelaciones** se resuelvan de una manera diseñada para garantizar la independencia e imparcialidad de las personas involucradas en la determinación sobre el beneficio. Además el **Administrador de reclamos** se asegurará de que las decisiones sobre contratación, remuneración, despido, promoción o asuntos similares no se tomen en función de la probabilidad de que la persona apoye la denegación de beneficios.

11.3 ¿Dentro de qué plazo debo presentar los Reclamos al Administrador de reclamos?

A menos que este Plan establezca otro plazo, debe presentar los **Reclamos** por beneficios ante el **Administrador de reclamos** dentro del (1) año de su ocurrencia. La Junta de fideicomisarios puede renunciar a este requisito cuando se determina que las exigencias médicas le impidieron presentar el **Reclamo** a tiempo.

Salvo que se establezca un plazo diferente para la determinación (como se describe a continuación), el **Administrador de reclamos** debe notificarle su decisión con respecto a un **Reclamo** a más tardar noventa (90) días después de recibir el **Reclamo**. Si el **Administrador de reclamos** determina que existen circunstancias especiales que requieren una extensión del plazo para procesar el **Reclamo**, el **Administrador de reclamos** puede extender el plazo hasta noventa (90) días más para tomar una decisión. Se le proporcionará un aviso por escrito de la extensión antes de la finalización del plazo inicial de noventa (90) días, se explicarán las circunstancias que requieren una extensión del plazo y se identificará la hora y la fecha en que el **Administrador de reclamos** espera tomar una decisión.

11.4 ¿Cuáles son los plazos de notificación para los diferentes tipos de Reclamos?

Hay diferentes tipos de **Reclamos** que se deciden en función de la urgencia del **Reclamo** o cuando se presenta el **Reclamo** (antes o después de haber recibido el servicio).

Los **Reclamos por atención de urgencia** se decidirán dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a la recepción de un **Reclamo** debidamente presentado. En caso de que se requiera más información, se le notificará dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la recepción del **Reclamo**, y tendrá cuarenta y ocho (48) horas para proporcionar la información. Se le notificará la decisión dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la recepción de la información solicitada, o al final de las cuarenta y ocho (48) horas iniciales que se le dieron para proporcionarla. Se puede proporcionar un aviso verbal de la decisión, pero el aviso por escrito se proporcionará dentro de los tres (3) días posteriores al aviso verbal.

Los **Reclamos previos al servicio** se decidirán dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del **Reclamo**. Si se necesita más tiempo, este plazo podrá extenderse quince (15) días más. Se le notificará antes del vencimiento del plazo inicial de quince (15) días si se necesita una extensión con un aviso que explique el motivo de la demora y proporcione una estimación de cuándo se decidirá el **Reclamo**. En caso de que se requiera más información para decidir su **Reclamo**, entonces tendrá cuarenta y cinco (45) días para proporcionar dicha información. El **Reclamo** se decidirá entonces dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción de la información solicitada o dentro del plazo inicial de cuarenta y cinco (45) días para proporcionar la información, lo que ocurra primero.

Los **Reclamos posteriores al servicio** se decidirán dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción del **Reclamo**. Si se necesita más tiempo para decidir su **Reclamo**, entonces el plazo podría extenderse quince (15) días más. Se le notificará antes de que finalice el plazo inicial de treinta (30) días si se necesita una extensión con un aviso que explique el motivo de la demora y proporcione una estimación de cuándo se decidirá el **Reclamo**. En caso de que se requiera más información para decidir su **Reclamo**, tendrá cuarenta y cinco (45) días para proporcionar dicha información. El **Reclamo** se decidirá entonces dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción de la información solicitada o dentro del plazo inicial de cuarenta y cinco (45) días para proporcionar la información, lo que ocurra primero.

Los **Reclamos por atención recurrente** se decidirán con suficiente anticipación a la reducción o terminación para permitirle apelar esa decisión. Si solicita extender un curso de tratamiento aprobado, se le notificará dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción de su solicitud de esa extensión, si solicitó la extensión al menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del plazo o cantidad de tratamientos aprobados.

Los **Reclamos por discapacidad** se decidirán, por lo general, dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la recepción del **Reclamo**. Si se necesita más tiempo para decidir su **Reclamo**, entonces este plazo podría extenderse treinta (30) días. Si aún se necesita más tiempo, este plazo podría extenderse treinta (30) días más. El aviso explicará los motivos del segundo aviso y le dará una estimación de cuándo se decidirá el **Reclamo**. En caso de que se requiera más información para decidir su **Reclamo** durante este plazo de extensión, tendrá cuarenta y cinco (45) días para proporcionar dicha información. El **Reclamo** se decidirá dentro de los treinta (30) días posteriores al envío de la información o al final del plazo de cuarenta y cinco (45) días que tuvo para proporcionar esa información, el plazo que venza primero.

11.5 ¿Cómo se calcula el tiempo?

Los plazos para la revisión comienzan cuando un **Reclamo** se presenta correctamente (es decir, identifica al **Reclamante** y la afección y se envía al departamento del **Administrador de reclamos** correspondiente), incluso si se necesita alguna información adicional para decidir el **Reclamo**. Si se necesita una extensión de tiempo, el plazo para decidir un **Reclamo** generalmente se suspende hasta que se proporcione la información adicional necesaria o hasta que venza el plazo que se le dio a usted para proporcionar la información.

11.6 ¿Qué sucede si mi Reclamo es denegado?

La denegación de un **Reclamo** se denomina **Determinación adversa sobre los beneficios**. En caso de que esto suceda, recibirá un aviso que explicará los motivos por los cuales se denegó su **Reclamo** y hará referencia a la sección del documento del **Plan** o al programa de beneficios en los que se basa la denegación. También explicará sus derechos para presentar una acción civil en virtud de ERISA, que es la ley federal que regula los planes de beneficios para empleados. Si corresponde, el aviso también le informará sobre cualquier información adicional que sea necesaria para tomar una determinación adicional de su reclamo. Asimismo, el aviso le explicará el proceso para presentar una apelación, incluida una apelación acelerada si su reclamo es de naturaleza urgente.

11.7 Si no hablo inglés, ¿cómo se me proporcionan los servicios y avisos?

Todos los avisos se harán de una manera cultural y lingüísticamente adecuada. Si vive en un condado donde el diez por ciento (10 %) de la población o más sabe leer y escribir en un mismo idioma que no es inglés, todos los avisos y servicios correspondientes se proporcionarán en dicho idioma.

11.8 ¿Qué debo hacer si quiero apelar la denegación?

Las **Apelaciones de Determinaciones adversas sobre los beneficios** se dividen en **dos (2)** pasos y se denominan **Apelaciones del Paso 1** y **Apelaciones del Paso 2**. El **Administrador de reclamos** revisa las **Apelaciones del Paso 1** (recuerde que quién es el **Administrador de reclamos** depende de qué tipo de **Reclamo** sea, es decir, médico, dental o por medicamentos recetados). Si se deniega su **Apelación** del Paso 1, usted puede presentar una **Apelación** del Paso 2 que será revisada por la Junta de fideicomisarios.

La denegación de su **Apelación** del Paso 1 se denomina **Determinación adversa sobre los beneficios** y usted recibirá un aviso. Esta no es una **Determinación adversa definitiva sobre los beneficios**. El aviso explicará sus derechos y los procedimientos sobre cómo puede apelar esa denegación ante la Junta de fideicomisarios. Esto se denomina **Apelación** del Paso 2.

11.9 ¿Cómo funciona el proceso de Apelaciones del Paso 1?

Usted tiene **ciento ochenta (180) días** a partir de la fecha de denegación de su **Reclamo** para presentar su apelación por escrito. Puede presentar su apelación usted mismo o puede hacer que un representante autorizado presente la **Apelación** en su nombre. Además, una vez que su **Apelación** haya sido presentada oportunamente, usted:

1. Puede revisar los documentos necesarios y pertinentes en los que se basa la denegación total o parcial y puede presentar comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con el reclamo de beneficios; y
2. Se le proporcionará, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para su **Reclamo** de beneficios. Un documento se considera relevante para su **Reclamo** si: (i) sirvió como base para tomar la decisión sobre el beneficio; (ii) se presentó, consideró o creó en el curso de la determinación del beneficio; o (iii) demuestra cumplimiento en la decisión sobre los beneficios, con el requisito de que las determinaciones de beneficios deben seguir los términos del Plan y ser coherentes cuando se apliquen a reclamantes en una situación similar.

Además, al considerar su **Apelación**, el **Administrador de reclamos**:

1. Tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información que envíe en relación con su **Reclamo**, independientemente de si dicha información se presentó o consideró en la determinación inicial del beneficio por parte del **Administrador de reclamos**;
2. No otorgará deferencia a la denegación inicial de su **Reclamo**;
3. Se asegurará de que una persona diferente a la que inicialmente denegó su **Reclamo**, incluido su subordinado, considere su **Apelación**, siempre y cuando sea un fiduciario del **Plan**. Además, la persona que revise su **Apelación** no será un subordinado de la persona que inicialmente denegó su **Reclamo**;
4. Consultará con un profesional de la salud independiente que tenga la capacitación y la experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrado en el criterio médico cuando su **Apelación** se base total o parcialmente en un criterio médico, incluidas las determinaciones con respecto a si un determinado tratamiento, medicamento, u otro artículo es experimental, de investigación o no es médicamente necesario o apropiado. El profesional de la salud no será una persona a la que se consultó con respecto a la denegación inicial, ni el subordinado de dicha persona. El **Administrador de reclamos** le proporcionará la identidad de esta persona, incluso si no se confía en su opinión al considerar su **Apelación**;
5. Si la solicitud de revisión involucra un **Reclamo por atención de urgencia**, ofrecerá un proceso de revisión acelerado mediante el cual usted podrá proporcionar la solicitud verbalmente o por escrito; y toda la información se podrá proporcionar por teléfono, fax o cualquier otro método similar; y

6. Solo para reclamos por discapacidad, si una decisión se basa en cualquier evidencia nueva, le proporcionaremos dicha evidencia nueva antes de la fecha de vencimiento del aviso de **Determinación adversa sobre los beneficios**.

Se le notificará la decisión de una **Apelación** del Paso 1 dentro de los siguientes plazos:

Tipo de apelación	Urgente	Previa al servicio	Posterior al servicio	Discapacidad
Notificación de la decisión	72 horas	15 días	30 días	45 días*

**El plazo para decidir las apelaciones por discapacidad puede extenderse cuarenta y cinco (45) días más. Si se necesita dicha extensión, se le notificará antes del vencimiento del plazo inicial de 45 días. El aviso explicará los motivos de la extensión, identificará cualquier información necesaria y la fecha en que se espera que se tome una decisión.*

El plazo de revisión para las **Apelaciones** del Paso 1 comenzará cuando se presente la **Apelación** de conformidad con los procedimientos del **Plan**. Si se necesita una extensión, el plazo para dictar una decisión se retrasará hasta el momento en que se le envíe la notificación de la extensión.

Si se deniega su **Apelación** del Paso 1, esto también se denomina **Determinación adversa sobre los beneficios**. Recibirá un aviso que detalle los motivos de la denegación, informándole sobre su derecho a presentar una **Apelación** del Paso 2 ante la Junta de fideicomisarios, los derechos y los plazos conforme a los cuales puede iniciar una demanda civil, y también sus demás derechos en virtud del Plan y de ERISA. El aviso también analizará los procedimientos si su reclamo es de naturaleza urgente.

11.10 ¿Cómo funciona el proceso de Apelaciones del Paso 2?

Después de la denegación de una **Apelación** del Paso 1, tendrá **ciento ochenta (180) días** a partir de la fecha de la denegación para presentar su **Reclamo** ante la Junta de fideicomisarios. Si bien el aviso de **Determinación adversa sobre los beneficios** también le indicará específicamente lo que debe hacer, en general, su solicitud de **Apelación** del Paso 2 debe:

1. Presentarse ante el **Administrador de reclamos** dentro de los **ciento ochenta (180) días** a partir de la fecha en que se denegó su **Apelación** del Paso 1;
2. Hacerse por escrito, indicar su nombre, dirección y el hecho de que está apelando la denegación de su **Apelación** del Paso 1; e
3. Indicar la fecha de la **Apelación** del Paso 1 que presentó, que fue denegada y que está apelando.

Cuando la Junta de fideicomisarios revise su **Apelación** del Paso 2, se le proporcionará automáticamente y sin cargo toda evidencia nueva o argumento adicional en la que la Junta de fideicomisarios (o sus asesores profesionales) se base, o considere o produzca (o esté bajo su dirección). Esta información se le proporcionará antes de que la Junta de fideicomisarios tome una decisión sobre su **Apelación** para que tenga la oportunidad de responder a ella. Si esta evidencia nueva o argumento adicional se recibe demasiado tarde para que usted tenga una oportunidad razonable de responder antes de que la Junta de fideicomisarios deba decidir sobre su apelación, el plazo para emitir una decisión final sobre su **Reclamo** se suspenderá por un plazo razonable hasta que haya respondido a la nueva evidencia o argumento, o no haya respondido dentro del plazo otorgado. En este caso, se tomará una decisión lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas.

Si la Junta de fideicomisarios deniega su apelación, esto se denomina **Determinación adversa definitiva sobre los beneficios**. Recibirá un aviso que explica el motivo de la decisión y le informa sobre sus derechos en relación con la decisión en virtud de ERISA, incluido el derecho a una **Apelación** externa (las **Apelaciones** externas se analizan más adelante en esta sección). También se le notificará si se aprueba su **Reclamo**. Por lo general, recibirá una notificación de la decisión de la Junta de fideicomisarios dentro de los siguientes plazos:

Tipo de apelación	Urgente	Previa al servicio	Posterior al servicio	Discapacidad
Notificación de la decisión	72 horas	15 días	30 días	45 días*

*El plazo para decidir las apelaciones por discapacidad puede extenderse cuarenta y cinco (45) días más. Si se necesita dicha extensión, se le notificará antes del vencimiento del plazo inicial de cuarenta y cinco (45) días. El aviso explicará los motivos de la extensión, identificará cualquier información necesaria y la fecha en que se espera que se tome una decisión.

11.11 ¿Tengo que pasar por el proceso de apelación?

Por lo general, debe agotar las instancias de procesos internos de **Reclamos** y **Apelaciones** de este Plan antes de que se le permita buscar una apelación externa o presentar una demanda con respecto a su reclamo. Sin embargo, si el **Administrador de reclamos** o la Junta de fideicomisarios no cumple **estrictamente** con el proceso de reclamos y apelaciones descrito en esta sección con respecto a una determinación por discapacidad, y su error es de naturaleza grave, se puede considerar que usted ha agotado las instancias de procesos de apelaciones internos y puede proceder directamente a solicitar una apelación externa o presentar una demanda civil ante un tribunal en virtud de ERISA.

Sin embargo, si el error del **Administrador de reclamos** o de la Junta de fideicomisarios es solo menor o “de minimis”, entonces usted debe completar el proceso de apelaciones internas antes de proceder con una **Apelación** externa (una revisión externa, esto se analiza con más detalle más adelante en su **SPD**) o presentar una demanda. Por lo general, un error menor es un error que no es material y no perjudica el resultado o la revisión de su apelación, o que es parte de un intercambio de información de buena fe entre usted y el **Administrador de reclamos** o la Junta de fideicomisarios. En estos casos, debe completar ambas partes del proceso de apelaciones internas antes de solicitar una **Apelación** externa o presentar una demanda. Si cree que no se ha seguido estrictamente el proceso de reclamos, puede solicitar una declaración del **Administrador de reclamos** o de la Junta de fideicomisarios. El **Administrador de reclamos** o la Junta de fideicomisarios le proporcionarán una respuesta dentro de los diez (10) días. Si presenta una **Apelación** externa o una demanda, y un tribunal o la entidad que considera la **Apelación** externa rechaza su afirmación de que el **Administrador de reclamos** o la Junta de fideicomisarios no cumplieron estrictamente con el proceso de reclamos, podrá regresar a los procesos internos de **Reclamos** y **Apelaciones** de este Plan.

11.12 ¿Cuándo puedo solicitar una Apelación externa de una denegación por parte de la Junta de fideicomisarios?

Las **Apelaciones** de las decisiones tomadas por la Junta de fideicomisarios se llaman **Apelaciones** externas. Sin embargo, no todas las decisiones de la Junta de fideicomisarios son elegibles para una **Apelación** externa. Solo los siguientes tipos de **Reclamos** son elegibles: (a) **Reclamos** que involucren el ejercicio de un criterio médico; (b) **Reclamos** que den lugar a una **Rescisión** de la cobertura; o (c) errores de codificación, pero solo en la medida en que un error de codificación involucre el ejercicio de un criterio médico. Los **Reclamos** relacionados con la aplicación de otras disposiciones de este Plan, por ejemplo, si cumplió o no con los requisitos de elegibilidad, no están sujetas a una **Apelación** externa.

11.13 ¿Cuáles son mis derechos en referencia a iniciar una demanda civil en virtud de la Sección 502(a) de ERISA?

Debe presentar una demanda para impugnar cualquier denegación por parte del Plan de su derecho a recibir beneficios actuales o futuros dentro del (1) año después de que el Plan finalmente deniegue su **Reclamo** de beneficios (o para establecer un derecho a recibir beneficios futuros). Otras demandas basadas en el Plan deben presentarse dentro del (1) año después de que se acumulen.

El Plan exige que los **Participantes** y los **Beneficiarios** sigan todos los procedimientos de reclamos y apelaciones basados en el Plan antes de presentar una demanda para obtener los beneficios del Plan.

El límite de un (1) año. El límite de un (1) año comienza en la fecha en que se fija su derecho a recibir los beneficios del Plan (sin una demanda judicial). Por ejemplo, el límite de un (1) año comenzará:

- Al día siguiente de la fecha en que el **Plan** finalmente deniegue su **Reclamo** de beneficios (o derecho a recibir beneficios futuros).
- Al día siguiente de su último día para apelar una denegación del **Plan** de su **Reclamo** de beneficios o beneficios futuros (si decide no apelar esa denegación).
- Al día siguiente de la última fecha en la que podría presentar un **Reclamo** de beneficios en virtud del **Plan** (si no presenta un **Reclamo** antes de la fecha límite de presentación de reclamos correspondiente).

El límite de un (1) año no se aplica a los derechos relacionados con el **Plan** que usted tiene y que no se basan en el **Plan** en sí. Por ejemplo, el límite de un (1) año no se aplica a **Reclamos** que indiquen que los fiduciarios del **Plan** han violado sus obligaciones fiduciarias impuestas por ERISA.

Necesidad de utilizar los procedimientos de Reclamos y Apelaciones del Plan. El **Plan** exige que los **Participantes** y **Beneficiarios** agoten los recursos internos del **Plan** antes de presentar una demanda judicial para reivindicar los derechos en virtud del **Plan**. Si no presenta un **Reclamo** de beneficios o toma las apelaciones permitidas de **Reclamos** denegados, es posible que no pueda presentar una demanda para hacer valer sus derechos.

Avisos futuros sobre estos límites. La Junta de fideicomisarios le proporcionará un aviso adicional periódico del límite al menos una vez al año y en otros momentos apropiados (por ejemplo, en cartas del propio **Plan** con respecto a sus reclamos de beneficios). Pero estos requisitos se aplican aunque todas las comunicaciones del **Plan** no se lo recuerden.

PARTE DOCE: MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

12.1 ¿Cuáles son mis derechos en virtud de ERISA?

Como **Participante** de este Plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974, también llamada “ERISA”. ERISA establece que todos los **Participantes** del plan tienen derecho a:

1. Examinar, sin cargo, todos los documentos del plan, incluidos los contratos de seguro y los convenios colectivos de trabajo, así como las copias del informe anual más reciente (Formulario de la serie 5500) y la descripción resumida del plan actualizada y los contratos de seguro y cualquier documento presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU., como informes financieros detallados, entre otros. Esta examinación puede realizarse en la oficina del **Administrador del plan** y en otros lugares específicos, como el lugar de trabajo o la sede del sindicato.
2. Obtener, previa solicitud por escrito al **Administrador del plan**, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del **Plan**, incluidos los contratos de seguro y los convenios colectivos de trabajo, así como copias del informe anual más reciente (Formulario de la serie 5500) y una descripción resumida del plan actualizada. El **Administrador del plan** puede cobrar un cargo razonable por las copias.
3. Recibir un resumen del informe de las finanzas anuales del plan. El **Administrador del plan** está obligado por ley a proporcionar a cada **Participante** una copia de este informe resumido anual.
4. Continuar con la cobertura de atención médica para usted, su **Cónyuge** o sus **Dependientes** si hay una pérdida de cobertura en virtud del **Plan** como resultado de un evento que califica. Es posible que usted o sus **Dependientes** deban pagar por dicha cobertura.
5. Revisar esta descripción resumida del plan y los documentos que rigen el **Plan** sobre las normas que rigen sus derechos de cobertura de continuación en virtud de COBRA.
6. Obtener una declaración que le indique qué derechos tiene con respecto a los beneficios que ofrece el **Plan**. ESTA DECLARACIÓN DEBE SOLICITARSE POR ESCRITO Y NO ES NECESARIO QUE SE PROPORCIONE MÁS DE UNA VEZ AL AÑO. El **Plan** debe proporcionar esta declaración sin cargo.

Además de crear derechos para los **Participantes**, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del **Plan**. Las personas (la Junta de fideicomisarios) que operan su plan, llamadas “fiduciarios” del plan, tienen la obligación de hacerlo con prudencia y en beneficio de usted y otros **Participantes** y **Beneficiarios** del plan. Nadie,

incluidos su **Empleador**, su **Sindicato** o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de alguna manera para evitar que obtenga un beneficio del plan o ejerza sus derechos en virtud de ERISA. Además:

1. Si su **Reclamo** de un beneficio es denegado, en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a saber por qué se hizo esto, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargo y a apelar cualquier denegación, todo dentro de plazos establecidos.
2. En virtud de ERISA, hay pasos que puede seguir para hacer cumplir sus derechos. Por ejemplo, si solicita materiales del **Plan** y no los recibe dentro de los treinta (30) días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el **Administrador del plan** le proporcione los materiales y le pague hasta ciento diez dólares (\$110) por día hasta que reciba los materiales, salvo que los materiales no se hayan enviado por razones fuera del control del **Administrador del plan**.
3. Si tiene un **Reclamo** de beneficios que es denegado 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 la falta de ella con respecto al estado calificado de una orden judicial de pago de pensión alimenticia o una orden judicial de asistencia médica para menores, puede presentar una demanda ante un tribunal federal.
4. Si tiene un **Reclamo** de beneficios que es denegado 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**, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. Si los fiduciarios del **Plan** hacen un mal uso del dinero del **Plan**, o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede solicitar ayuda del Departamento de Trabajo de los EE. UU. o puede presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar que la persona a la que ha demandado pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si considera que su reclamo carece de fundamento.

Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de ERISA, primero debe comunicarse con el **Administrador del plan** y luego comunicarse con la Oficina de Área de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, del Departamento de Trabajo de los EE. UU. más cercana que figure en su directorio telefónico o con U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, del Departamento de Trabajo de los EE. UU.), 200 Constitution Avenue, NW, Washington, DC 20210.

12.2 ¿Cuáles son mis derechos en virtud de HIPAA, HITECH y GINA?

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) y la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH), promulgadas como parte de la Ley de Recuperación y Reinversión de Estados Unidos de 2009, exigen que los planes de salud protejan la confidencialidad de su información médica privada. Puede encontrar una descripción completa de sus derechos en virtud de HIPAA en el aviso de privacidad del **Plan**, que se le entregó al momento de la inscripción y que está disponible a través del **Administrador del plan**. Si tiene preguntas sobre la privacidad de su información médica, comuníquese con el asesor legal del **Plan**, mencionado anteriormente. Si desea presentar una denuncia en virtud de HIPAA, comuníquese con el **Administrador del plan**. Además, en virtud de la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA), el **Plan** no discriminará en función de la información genética y no puede solicitarla cuando realiza determinaciones con respecto a su elegibilidad para la cobertura.

12.3 ¿Cuándo debo notificar al Plan los cambios en mi vida?

En algunas circunstancias, se le pedirá que notifique al **Administrador del plan** sobre ciertos eventos. Si no lo hace, su cobertura puede verse afectada. Estos eventos también califican como eventos de “inscripción especial” que le permiten agregar personas a la cobertura fuera del período de inscripción normal. En consecuencia, se debe notificar al **Administrador del plan** acerca de cualquier cambio con respecto a lo siguiente:

1. **Matrimonio.** Para agregar un **Cónyuge** y cualquier **Dependiente** elegible a la cobertura, se debe informar el matrimonio dentro de los treinta (30) días. Se debe presentar una copia del certificado de matrimonio ante el **Administrador del plan**. El **Cónyuge** y cualquier **Dependiente** elegible recibirán cobertura desde el momento del matrimonio.

2. **Hijos nuevos.** Para agregar un **Hijo dependiente** a la cobertura, se debe informar el nacimiento dentro de los treinta (30) días. Se debe presentar una copia del acta de nacimiento ante el **Administrador del plan**. Sin embargo, el **Hijo dependiente** siempre está cubierto desde el momento de su nacimiento.
3. **Adopciones.** La adopción o colocación de un **Niño** debe informarse dentro de los treinta (30) días para agregar al **Hijo dependiente** como **Dependiente** elegible y se debe presentar una copia de los documentos legales de adopción o la orden judicial de colocación ante el **Administrador del plan**. Entonces, la cobertura tendrá vigencia a partir de la fecha de la adopción o colocación para adopción.
4. **Niños de acogida.** La colocación de un niño de acogida debe informarse dentro de los treinta (30) días para agregar al **Hijo dependiente**. También se debe presentar una copia del registro de la orden judicial ante el **Administrador del plan**. Una vez que el **Niño** de acogida deje de estar al cuidado del **Participante**, se debe notificar al **Administrador del plan** dentro de los treinta (30) días de este evento y la cobertura finalizará el último día del mes en que ocurra este evento.
5. **Cambio de dirección.** Cualquier cambio de dirección debe informarse inmediatamente.
6. **Cambio de nombre.** Cualquier cambio de nombre debe informarse inmediatamente.
7. **Fallecimientos.** Los fallecimientos deben informarse inmediatamente. Se requiere una copia certificada del certificado de defunción.
8. **Divorcio.** El divorcio debe informarse inmediatamente y se debe presentar una copia de la sentencia de divorcio ante el **Administrador del plan**. Un **Excónyuge** ya no es elegible para recibir los beneficios a partir de la fecha del divorcio, excepto según lo dispuesto en virtud de COBRA. El **Plan** tomará medidas para recuperar los pagos realizados y la cobertura brindada debido a la falta de notificación de divorcio. Los **Hijos dependientes** elegibles seguirán recibiendo cobertura si siguen calificando como **Hijos dependientes** en virtud de este **Plan**.
9. **Cumpleaños N.º 26.** Los **Hijos** que cumplen veintiséis (26) años ya no son elegibles para recibir cobertura a partir del último día del mes en que cumplen veintiséis (26) años. Una vez que ya no sean elegibles para recibir cobertura, dichos **Dependientes** pueden elegir continuar con la cobertura según la disposición de COBRA del **Plan**.
10. **Cambio de situación laboral.** Si usted o su **Cónyuge** cambian de empleador, regresan de una **Licencia**, pasan a un empleo de tiempo completo o parcial, deben notificar al **Administrador del plan** dentro de los treinta (30) días.

12.4 ¿Cómo trata el plan las órdenes judiciales de asistencia médica para menores?

Cuando un tribunal haya emitido una orden judicial de asistencia médica para menores, el **Plan** debe cumplir con esta orden si cumple con los requisitos de la ley federal. Para obtener una copia de los procedimientos escritos para buscar una determinación del **Plan** sobre si una orden está “calificada”, comuníquese con el **Administrador del plan**.

12.5 Si presento una demanda contra el Plan, ¿puedo iniciar la demanda en cualquier tribunal que desee?

No. Cualquier demanda presentada contra este **Plan** o su Junta de fideicomisarios debe presentarse ante el Tribunal Federal de Distrito para el Distrito de Nevada.

12.6 ¿Qué sucede cuando cambian las circunstancias o los beneficios?

Si se realizan cambios en las disposiciones de este **Plan** o en la cobertura que proporciona, recibirá un aviso por parte del **Administrador del plan**. Por lo general, estos avisos se denominan “Resumen de modificaciones materiales” o “SMM” para abreviar. Si bien la Junta de fideicomisarios tiene amplia autoridad para realizar cambios, no puede modificar el **Plan** de manera que: (1) autorice o permita que una parte de los activos del plan se use para fines que no sean para el beneficio exclusivo de los **Participantes** o sus **Beneficiarios**; o (2) provoque que cualquier parte de los activos del **Plan** regrese a los **Empleadores**. El **Plan** también puede cancelarse, en su totalidad o en parte, fusionarse o combinarse con otro plan. La Junta también puede rescindir el **Plan** cuando ya no exista un **Convenio colectivo de trabajo** que requiera **Aportes patronales**.

APÉNDICE A

BENEFICIOS MÉDICOS Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA TODOS LOS PARTICIPANTES EN EL FONDO DE BENEFICIOS PARA LA SALUD DE BRICKLAYERS AND ALLIED CRAFTWORKERS LOCAL 13

Resumen de las disposiciones de costos compartidos

	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible (los deducibles no se aplican a los medicamentos recetados)	\$0	\$500 por persona \$1,500 por familia
Visitas al consultorio	\$15 por visitas al consultorio de atención primaria \$30 por visitas al consultorio de un especialista	Coseguro del 40 % por visitas al consultorio de atención primaria Coseguro del 40 % por visitas al consultorio de un especialista
Máximo de gastos de bolsillo (incluye deducibles, copagos y coseguro)	\$5,200 por persona por año	No hay máximo
Servicios de prevención	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de mantenimiento de la salud	Sin cargo	Sin cobertura
Examen ginecológico anual	Sin cargo	Sin cobertura
Examen anual de bebés niños sanos	Sin cargo	Sin cobertura
Vacunas	Sin cargo	Sin cobertura
Mamografía de rutina	Sin cargo	Sin cobertura
Servicios de prevención adicionales	Los servicios de prevención no enumerados anteriormente, pero requeridos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010 (PPACA) estarán cubiertos dentro de la red sin cargo.	Sin cobertura
Atención hospitalaria	Dentro de la red	Fuera de la red
Tarifa por el uso de las instalaciones (es decir, habitación de hospital) (se requiere autorización previa)	Copago de \$400 por admisión	Coseguro del 40 %
Honorarios del médico/cirujano (se requiere autorización previa)	Copago de \$100 por cirugía	Coseguro del 40 %
Cirugía de bypass gástrico (excluye procedimientos de malabsorción; el beneficio máximo de por vida es de \$5,000; debe tener un IMC superior a 40 kg/m o 35 kg/m con comorbilidades significativas; debe tener al menos 18 años; debe mostrar documentación que demuestre que los intentos de hacer dieta fueron ineficaces; se requiere autorización previa;	50 % de la tarifa habitual	Sin cobertura

debe someterse a examen psicológico)		
Servicios de trasplante de órganos y tejidos	Copago de \$400 por admisión; Copago de \$100 por cirugía; Transporte/alojamiento/comidas (límite combinado de \$10,000 por período de beneficios de trasplante con un límite diario de \$200 para alojamiento y comidas); Máximo de \$15,000 por miembro por período de beneficios de trasplante para la obtención de órganos/tejidos; 50 % de la tarifa habitual por retrasplante	Sin cobertura
Cirugía ambulatoria (se requiere autorización previa)	Copago de \$50 por tarifa por el uso de las instalaciones/centro de cirugía ambulatoria (ASC) por admisión Copago de \$50 por honorarios del médico/cirujano por cirugía Copago de \$150 por la anestesia por cirugía Sin cargo por servicios quirúrgicos auxiliares por cirugía	Coseguro del 40 % por las tarifas por el uso de las instalaciones Coseguro del 40 % por los honorarios del médico/cirujano Coseguro del 40 % por la anestesia Coseguro del 40 % por servicios quirúrgicos auxiliares
Alternativas a la atención hospitalaria	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención de enfermería especializada (máximo de 100 días por año calendario; se requiere autorización previa)	Copago de \$400 por admisión	Coseguro del 40 %
Cuidados paliativos (se requiere autorización previa)	Copago de \$400 por admisión; sin cargo por servicios ambulatorios	Sin cobertura.
Cuidado de la salud a domicilio (se requiere autorización previa; cobertura fuera de la red limitada a 30 visitas por año calendario)	Copago de \$0 por visita	Coseguro del 40 %
Servicios de rehabilitación (se requiere autorización previa para los servicios para pacientes internados; la cobertura se limita a un beneficio combinado dentro y fuera de la red de 60 visitas por año calendario)	Copago de \$15 por servicios ambulatorios por visita \$400 por admisión para servicios para pacientes internados	Coseguro del 40 %
Servicios de consultorio médico	Dentro de la red	Fuera de la red
Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$15 (copago de \$0 por beneficio de telemedicina)	Coseguro del 40 %
Visita a un especialista	Copago de \$30	Coseguro del 40 %
Atención preventiva/detección/vacunación	Sin cargo	Sin cobertura

Visita a otro profesional (se requiere autorización previa; la atención quiropráctica se limita a 20 visitas por año de proveedores dentro de la red y se limita a \$1,000 por año y a un límite de por vida de \$5,000 de proveedores fuera de la red)	Copago de \$30 por visita	Coseguro del 40 %
Servicios de maternidad	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención preventiva prenatal y posnatal	Sin cargo	Sin cobertura
Servicios de nacimiento/parto (cesárea)	Copago de \$400 por admisión \$150 por anestesia Copago de \$100 por cirugía	Coseguro del 40 %
Servicios de nacimiento/parto (parto natural)	Copago de \$400 por admisión \$150 por anestesia	Coseguro del 40 %
Visitas al consultorio	Copago de \$15	Coseguro del 40 % (el deducible no se aplica a la atención prenatal de rutina)
Servicios de diagnóstico	Dentro de la red	Fuera de la red
Pruebas de laboratorio y patología	Copago de \$15 por prueba	Coseguro del 40 %
Pruebas de diagnóstico y radiografías	Copago de \$15 por prueba	Coseguro del 40 %
Exámenes por imágenes (tomografías computarizadas/tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas) (se requiere autorización previa)	Copago de \$750 por tomografía por emisión de positrones Copago de \$30 por resonancia magnética o tomografía computarizada	Coseguro del 40 %
Atención médica de emergencia*	Dentro de la red	Fuera de la red
Sala de emergencias del hospital (no se aplica copago si es admitido)	Copago de \$75 por visita (no se aplica el deducible; no se aplica si es admitido)	Copago de \$75 por visita (no se aplica el deducible; no se aplica si es admitido)
Centro de urgencias	Copago de \$20	Copago de \$40 (no se aplica deducible)
Servicios de transporte de atención de emergencia (los beneficios se proporcionarán de conformidad con el artículo 2590.715-2719A(b)(3)(i) del Título 29 del CFR)	Copago de \$50 por viaje (solo servicios terrestres; no se aplica deducible) Coseguro del 50 % por viaje solo para servicios aéreos	Copago de \$50 por viaje (solo servicios terrestres; no se aplica deducible) Coseguro del 50 % por viaje solo para servicios aéreos
Otros servicios	Dentro de la red	Fuera de la red
Equipo médico duradero (DME) (se requiere autorización previa; límite de por vida fuera de la red de \$4,000)	\$100 de copago por dispositivo o coseguro del 50 % del precio de compra o alquiler (el que sea menor)	Coseguro del 40 %
Ortótica del pie/plantillas ortopédicas	\$750: el beneficio debe revisarse; el límite es de solo \$129 para el último reclamo	Coseguro del 40 %
Prótesis	Copago de \$750 por dispositivo	Coseguro del 40 %

Medias de compresión	Sin cargo	Coseguro del 40 %
Suministros médicos	Sin cargo	Coseguro del 40 %
Atención de la salud mental para pacientes hospitalizados (se requiere autorización previa; las sesiones de la terapia de atención parcial deben durar como mínimo 4 horas)	Copago de \$400 por admisión	Coseguro del 40 %
Atención por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados (se requiere autorización previa; las sesiones de la terapia de atención parcial deben durar como mínimo 4 horas)	Copago de \$400 por admisión	Coseguro del 40 %
Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios (se requiere autorización previa; las sesiones de la terapia de atención parcial deben durar como mínimo 4 horas; incluye terapias para el Trastorno por Déficit de Atención [ADD] y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad [ADHD])	Copago de \$15 por visita de terapia grupal Copago de \$30 por visita de terapia individual, familiar y de atención parcial (Copago de \$0 por beneficio de telemedicina)	Coseguro del 40 %
Atención ambulatoria por abuso de sustancias (se requiere autorización previa; las sesiones de la terapia de atención parcial deben durar como mínimo 4 horas)	Copago de \$15 por visita de terapia grupal Copago de \$30 por visita de terapia individual, familiar y de atención parcial	Coseguro del 40 %
Servicios de COVID-19		
Pruebas de diagnóstico (solo para Participantes activos, esto incluye las pruebas requeridas por la autoridad local, estatal, federal o aplicable para regresar o seguir trabajando en un lugar de trabajo)	Sin cargo	
Artículos o servicios que conducen a la prueba de COVID-19	Sin cargo	
Técnicas de manejo médico	No impuestas	

Beneficios de medicamentos recetados*

	Dentro de la red		Fuera de la red	
	Suministro para 30 días (venta minorista)	Suministro para 90 días (pedido por correo)	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos	Copago de \$7 por surtido	Copago de \$14 por surtido	Sin cobertura	Sin cobertura
Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$30 por surtido	Copago de \$60 por surtido	Sin cobertura	Sin cobertura
Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$50 por surtido	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

*Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos; el Participante paga el costo de los servicios si no se obtiene la autorización previa o la terapia escalonada para ciertos medicamentos; el genérico obligatorio se aplica cuando hay un genérico disponible.

APÉNDICE B
BENEFICIOS DENTALES PARA:
PARTICIPANTES ACTIVOS, TIPO DE PARTICIPANTES, PARTICIPANTES DISCAPACITADOS Y
DEPENDIENTES



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.

Bricklayers and Allied Craftworkers: Programa de beneficios

El copago del miembro se aplica cuando un dentista contratado por LIBERTY Dental Plan presta los servicios.

El Plan paga (nivel fuera de la red) se aplica cuando un dentista fuera de la red presta los servicios.

Máximo anual: Nivel dentro de la red (copago del miembro) = Sin máximo
Nivel fuera de la red (el Plan paga) = Sin máximo

- ✓ No se requiere una asignación previa del consultorio del proveedor. Cuando un dentista contratado por LIBERTY Dental Plan presta servicios, su consultorio iniciará un plan de tratamiento o el proceso de derivación a una especialidad con LIBERTY Dental Plan si los servicios son necesarios desde el punto de vista dental y están fuera del ámbito de la odontología general.
- ✓ Los copagos de los miembros son pagaderos al consultorio dental en el momento en que se prestan los servicios.
- ✓ Este Programa no garantiza beneficios. Todos los servicios están sujetos a elegibilidad y necesidad dental al momento de la prestación del servicio.
- ✓ Los procedimientos dentales que no figuran como beneficios cubiertos están disponibles a la tarifa habitual del consultorio dental.

Código de CDT (Terminología Dental Actual)	Descripción	Copago del miembro	El Plan paga	Limitaciones:
Servicios de diagnóstico				
D0120	Examen bucal periódico	\$0.00	\$32.00	1 (D0120) cada 6 meses
D0140	Examen bucal limitado	\$0.00	\$27.00	
D0145	Examen bucal para un paciente menor de tres años	\$0.00	\$27.00	
D0150	Examen bucal completo	\$0.00	\$32.00	
D0160	Examen bucal enfocado en el problema	\$0.00	\$32.00	
D0170	Reevaluación limitada y enfocada en el problema	\$0.00	\$28.00	
D0171	Reevaluación, visita postoperatoria al consultorio	\$0.00	\$0.00	
D0180	Examen periodontal completo	\$0.00	\$28.00	1 (D0180) cada 36 meses por ubicación
D0191	Evaluación de un paciente	\$0.00	\$18.00	
D0210	Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas	\$0.00	\$56.00	1 (D0210) cada 36 meses
D0220	Intraoral: primera imagen radiográfica periapical	\$0.00	\$14.00	
D0230	Intraoral: cada imagen radiográfica periapical adicional	\$0.00	\$14.00	
D0240	Intraoral: imagen radiográfica oclusal	\$0.00	\$13.00	
D0250	Extraoral: imagen radiográfica con proyección en 2D creada mediante una fuente de radiación estacionaria	\$0.00	\$15.00	
D0251	Extraoral: imagen radiográfica dental, en dientes posteriores	\$0.00	\$15.00	
D0270	Aleta de mordida: imagen radiográfica simple	\$0.00	\$10.00	2 de (D0270 a D0277) cada 12 meses
D0272	Aletas de mordida: dos imágenes radiográficas	\$0.00	\$13.00	
D0273	Aletas de mordida: tres imágenes radiográficas	\$0.00	\$17.00	
D0274	Aletas de mordida: cuatro imágenes radiográficas	\$0.00	\$20.00	
D0277	Aletas de mordida verticales: 7 a 8 imágenes radiográficas	\$0.00	\$20.00	
D0310	Sialografía	\$0.00	\$50.00	
D0330	Imagen radiográfica panorámica	\$0.00	\$33.00	1 (D0330) cada 36 meses
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica en 2D, medición y análisis	\$0.00	\$40.00	
D0415	Obtención de muestra de microorganismos para cultivo	\$0.00	\$23.00	
D0416	Cultivo viral	\$0.00	\$23.00	
D0425	Pruebas de susceptibilidad a las caries	\$0.00	\$23.00	
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	\$0.00	\$6.00	
D0470	Moldes de diagnóstico	\$0.00	\$21.00	
D0502	Otros procedimientos de patología oral, por informe	\$0.00	\$0.00	
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	\$0.00	\$20.00	
Servicios de prevención				
D1110	Profilaxis en adultos	\$0.00	\$55.00	1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses
D1120	Profilaxis en niños	\$0.00	\$40.00	
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	\$0.00	\$15.00	1 de (D1206, D1208) cada 6 meses hasta los 17 años
D1208	Aplicación tópica de flúor, excepto barniz	\$0.00	\$12.00	
D1310	Asesoramiento nutricional para controlar enfermedades dentales	\$0.00	\$10.00	
D1330	Instrucciones de higiene bucal	\$0.00	\$8.00	
D1351	Sellador por diente	\$0.00	\$16.00	1 (D1351) por diente cada 36 meses. Limitado a los primeros y segundos molares permeables, para miembros hasta los 16 años
D1510	Mantenedor de espacio, fijo, unilateral, por cuadrante	\$0.00	\$84.00	1 de (D1510, D1520) por cuadrante cada 60 meses



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers: Programa de beneficios

Código de CDT (Terminología Dental Actual)	Descripción	Copago del miembro	El Plan paga	Limitaciones:
D1516	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, maxilar	\$0.00	\$156.00	1 de (D1516, D1526) cada 60 meses
D1517	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular	\$0.00	\$156.00	1 de (D1517, D1527) cada 60 meses
D1520	Mantenedor de espacio, removible, unilateral, por cuadrante	\$0.00	\$101.00	1 de (D1510, D1520) por cuadrante cada 60 meses
D1526	Mantenedor de espacio, removible, bilateral, maxilar	\$0.00	\$147.00	1 de (D1516, D1526) cada 60 meses
D1527	Mantenedor de espacio, removible, bilateral, mandibular	\$0.00	\$147.00	1 de (D1517, D1527) cada 60 meses
D1551	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, maxilar	\$0.00	\$13.00	
D1552	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, mandibular	\$0.00	\$13.00	
D1553	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante	\$0.00	\$13.00	
D1556	Remoción del mantenedor de espacio unilateral fijo, por cuadrante	\$0.00	\$13.00	
D1557	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo, maxilar	\$0.00	\$13.00	
D1558	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo, mandibular	\$0.00	\$13.00	
D1575	Mantenedor de espacio de zapatilla distal, fijo, por cuadrante	\$0.00	\$84.00	
Servicios de restauración				
D2140	Amalgama, una superficie, en dientes de leche o permanentes	\$0.00	\$42.00	1 de (D2140 a D2394) por diente por superficie cada 24 meses
D2150	Amalgama, dos superficies, en dientes de leche o permanentes	\$0.00	\$60.00	
D2160	Amalgama, tres superficies, en dientes de leche o permanentes	\$0.00	\$73.00	
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, en dientes de leche o permanentes	\$0.00	\$87.00	
D2330	Compuesto a base de resina, una superficie, en dientes anteriores	\$0.00	\$42.00	
D2331	Compuesto a base de resina, dos superficies, en dientes anteriores	\$0.00	\$63.00	
D2332	Compuesto a base de resina, tres superficies, en dientes anteriores	\$0.00	\$72.00	
D2335	Compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, con ángulo incisal	\$0.00	\$84.00	
D2391	Compuesto a base de resina, una superficie, en dientes posteriores	\$40.00	\$0.00	
D2392	Compuesto a base de resina, dos superficies, en dientes posteriores	\$50.00	\$0.00	
D2393	Compuesto a base de resina, tres superficies, en dientes posteriores	\$75.00	\$0.00	1 de (D2140 a D2394) por diente por superficie cada 24 meses
D2394	Compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, en dientes posteriores	\$75.00	\$0.00	
D2410	Lámina de oro, una superficie	\$25.00	\$0.00	
D2420	Lámina de oro, dos superficies	\$34.00	\$0.00	
D2430	Lámina de oro, tres superficies	\$45.00	\$0.00	
D2510	Incrustación metálica, una superficie	\$85.00	\$80.00	1 de (D2510 a D2794, D2960 a D2962, D6205 a D6794) por diente en cada período de 5 años
D2520	Incrustación metálica, dos superficies	\$115.00	\$110.00	
D2530	Incrustación metálica, tres o más superficies	\$125.00	\$160.00	
D2610	Incrustación de porcelana/cerámica, una superficie	\$85.00	\$80.00	
D2620	Incrustación de porcelana/cerámica, dos superficies	\$115.00	\$110.00	
D2630	Incrustación de porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$125.00	\$165.00	
D2710	Corona de compuesto a base de resina (indirecta)	\$42.00	\$154.00	
D2712	Corona de ¼ de compuesto a base de resina (indirecta)	\$42.00	\$160.00	
D2720	Corona de resina con metal de alta nobleza	\$59.00	\$336.00	
D2721	Corona de resina con metal predominantemente común	\$60.00	\$252.00	
D2722	Corona de resina con metal noble	\$63.00	\$286.00	
D2740	Corona de porcelana/cerámica	\$66.00	\$336.00	
D2750	Corona de porcelana fundida con metal de alta nobleza	\$73.00	\$370.00	
D2751	Corona de porcelana fundida con metal predominantemente común	\$66.00	\$269.00	
D2752	Corona de porcelana fundida con metal noble	\$70.00	\$302.00	
D2753	Corona de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$73.00	\$0.00	
D2790	Corona de fundición completa con metal de alta nobleza	\$73.00	\$319.00	
D2791	Corona de fundición completa con metal predominantemente común	\$64.00	\$235.00	
D2792	Corona de fundición completa con metal noble	\$69.00	\$269.00	
D2794	Corona de titanio y aleaciones de titanio	\$73.00	\$269.00	
D2910	Recementado o readhesión de incrustaciones, incrustaciones con revestimiento, carillas o cobertura parcial	\$6.00	\$25.00	
D2915	Recementado o readhesión de perno y muñón fabricados indirectamente o prefabricados	\$6.00	\$24.00	
D2920	Recementado o readhesión de corona	\$7.00	\$25.00	
D2921	Readhesión de fragmento, borde incisal o cúspide de un diente	\$0.00	\$42.00	1 (D2921) por diente de por vida
D2928	Coronas prefabricadas de porcelana/cerámica, en dientes permanentes	\$28.00	\$100.00	1 de (D2928 a D2934) por diente en cada período de 5 años
D2929	Coronas prefabricadas de porcelana/cerámica, en dientes de leche	\$25.00	\$73.00	
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, en dientes de leche	\$14.00	\$67.00	
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, en dientes permanentes	\$17.00	\$94.00	
D2932	Corona prefabricada de resina	\$14.00	\$50.00	
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con cubierta de resina	\$25.00	\$73.00	
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable con revestimiento estético, en dientes de leche	\$14.00	\$64.00	
D2940	Restauración de protección	\$0.00	\$23.00	



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers: Programa de beneficios

Código de CDT (Terminología Dental Actual)	Descripción	Copago del miembro	El Plan paga	Limitaciones:
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidos pernos si se necesitan	\$14.00	\$50.00	1 de (D2950) por diente en cada período de 5 años
D2951	Retención con perno, por diente, además de la restauración	\$6.00	\$16.00	
D2952	Perno y muñón además de la corona, fabricados indirectamente	\$22.00	\$106.00	
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, en el mismo diente	\$22.00	\$75.00	
D2954	Perno y muñón prefabricados además de la corona	\$16.00	\$84.00	
D2955	Remoción de perno	\$0.00	\$0.00	
D2960	Carilla labial (laminado de resina) directa	\$55.00	\$60.00	
D2961	Carilla labial (laminado de resina) indirecta	\$75.00	\$60.00	1 de (D2510 a D2794, D2960 a D2962, D6205 a D6794) por diente en cada período de 5 años
D2962	Carilla labial (laminado de porcelana) indirecta	\$90.00	\$90.00	
D2980	Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	\$20.00	\$20.00	
D2981	Reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración	\$0.00	\$20.00	
D2983	Reparación de carilla necesaria por falla del material de restauración	\$0.00	\$20.00	
D2999	Procedimiento restaurativo no especificado, por informe	\$0.00	\$20.00	
Servicios de endodoncia				
D3110	Recubrimiento pulpar directo (excluye restauración final)	\$0.00	\$17.00	
D3120	Recubrimiento pulpar indirecto (excluye restauración final)	\$0.00	\$13.00	
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluye restauración final)	\$0.00	\$45.00	
D3222	Pulpotomía parcial, apicogénesis, en diente permanente con desarrollo incompleto de raíz	\$0.00	\$40.00	
D3230	Terapia pulpar, en diente anterior de leche (excluye restauración final)	\$0.00	\$25.00	
D3240	Terapia pulpar, en diente posterior de leche (excluye restauración final)	\$0.00	\$35.00	
D3310	Terapia de endodoncia, en diente anterior (excluye restauración final)	\$0.00	\$118.00	
D3320	Terapia de endodoncia, en diente premolar (excluye restauración final)	\$0.00	\$151.00	
D3330	Terapia de endodoncia, en diente molar (excluye restauración final)	\$60.00	\$269.00	
D3346	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, en dientes anteriores	\$0.00	\$118.00	
D3347	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, en premolares	\$0.00	\$151.00	1 de (D3346 a D3348) por diente de por vida
D3348	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, en molares	\$60.00	\$269.00	
D3351	Apexificación/recalcificación, primera visita	\$9.00	\$44.00	
D3352	Apexificación/recalcificación, reemplazo de medicamento temporal	\$0.00	\$0.00	
D3353	Apexificación/recalcificación, visita final	\$0.00	\$0.00	
D3410	Apicectomía, en dientes anteriores	\$32.00	\$118.00	
D3421	Apicectomía, en premolares (primera raíz)	\$64.00	\$235.00	
D3425	Apicectomía, en molares (primera raíz)	\$96.00	\$277.00	
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	\$50.00	\$92.00	
D3430	Retro-obturación, por raíz	\$50.00	\$50.00	
D3450	Amputación radicular, por raíz	\$23.00	\$75.00	
D3910	Procedimiento quirúrgico para el aislamiento de un diente con dique de goma	\$0.00	\$0.00	
D3920	Hemiseción, sin incluir el tratamiento del conducto radicular	\$21.00	\$67.00	
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, por informe	\$0.00	\$20.00	
Servicios periodontales				
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes por cuadrante	\$0.00	\$101.00	
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes por cuadrante	\$0.00	\$34.00	
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, cuatro o más dientes por cuadrante	\$0.00	\$101.00	
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, de uno a tres dientes por cuadrante	\$0.00	\$34.00	
D4249	Alargamiento clínico de corona, tejido duro	\$0.00	\$0.00	
D4260	Cirugía ósea, cuatro o más dientes por cuadrante	\$56.00	\$336.00	1 de (D4260, D4261) por sitio/cuadrante cada 36 meses
D4261	Cirugía ósea, de uno a tres dientes por cuadrante	\$37.00	\$88.00	
D4270	Procedimiento de injertos en pedículo de tejido blando	\$61.00	\$101.00	
D4277	Procedimiento de injerto libre de tejido blando, primer diente	\$61.00	\$134.00	
D4278	Procedimiento de injerto libre de tejido blando, cada diente adicional	\$0.00	\$25.00	
D4322	Férula intracoronaria, en dientes naturales o coronas protésicas	\$25.00	\$45.00	
D4323	Férula extracoronaria, en dientes naturales o coronas protésicas	\$25.00	\$45.00	
PAUTA: No se permite la limpieza periodontal y raspado radicular de más de dos (2) cuadrantes por cita/por día.				
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante	\$0.00	\$64.00	1 de (D4341, D4342) por sitio/cuadrante cada 24 meses
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante	\$0.00	\$17.00	
D4346	Raspado en presencia de gingivitis generalizada moderada o severa, toda la boca después de la evaluación de la cavidad oral	\$20.00	\$55.00	1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir evaluación y diagnóstico integrales en una visita posterior	\$0.00	\$34.00	1 (D4355) cada 36 meses
D4910	Mantenimiento periodontal	\$0.00	\$34.00	1 (D4910) cada 3 meses
D4999	Procedimiento periodontal no especificado, por informe	\$0.00	\$20.00	



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers: Programa de beneficios

Código de CDT (Terminología Dental Actual)	Descripción	Copago del miembro	El Plan paga	Limitaciones:	
Servicios de prótesis removibles					
D5110	Prótesis total, maxilar	\$93.00	\$420.00	1 de (D5110-D5283) por arco en cada período de 5 años	
D5120	Prótesis total, mandibular	\$93.00	\$420.00		
D5130	Prótesis inmediata, maxilar	\$93.00	\$420.00		
D5140	Prótesis inmediata, mandibular	\$93.00	\$420.00		
D5211	Prótesis parcial maxilar con base de resina	\$63.00	\$168.00		
D5212	Prótesis parcial mandibular con base de resina	\$65.00	\$168.00		
D5213	Prótesis parcial maxilar, de metal fundido con base de resina	\$80.00	\$420.00		
D5214	Prótesis parcial mandibular, de metal fundido con base de resina	\$77.00	\$420.00		
D5221	Prótesis parcial maxilar inmediata con base de resina	\$63.00	\$168.00		
D5222	Prótesis parcial mandibular inmediata con base de resina	\$65.00	\$168.00		
D5223	Prótesis parcial maxilar inmediata, de metal fundido con base de resina para la prótesis	\$80.00	\$420.00		
D5224	Prótesis parcial mandibular inmediata, de metal fundido con base de resina para la prótesis	\$77.00	\$420.00		
D5225	Prótesis parcial maxilar con base flexible	\$63.00	\$200.00		
D5226	Prótesis parcial mandibular con base flexible	\$65.00	\$200.00		
D5282	Prótesis parcial unilateral removible maxilar, de metal fundido de una pieza	\$100.00	\$0.00		6 de (D5410 a D5422) por arco cada 12 meses
D5283	Prótesis parcial unilateral removible mandibular, de metal fundido de una pieza	\$100.00	\$0.00		
D5410	Ajuste de prótesis dental completa, maxilar	\$0.00	\$17.00		
D5411	Ajuste de prótesis dental completa, mandibular	\$0.00	\$17.00		
D5421	Ajuste de prótesis dental parcial, maxilar	\$10.00	\$17.00		
D5422	Ajuste de prótesis dental parcial, mandibular	\$10.00	\$17.00		
D5511	Reparación de base rota de prótesis dental completa, mandibular	\$5.00	\$50.00		
D5512	Reparación de base rota de prótesis dental completa, maxilar	\$5.00	\$50.00		
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, prótesis dental completa	\$5.00	\$34.00		
D5611	Reparación de la base de resina de la prótesis dental parcial, mandibular	\$10.00	\$50.00		
D5612	Reparación de la base de resina de la prótesis dental parcial, maxilar	\$10.00	\$50.00		
D5621	Reparación del marco parcial del molde, mandibular	\$9.00	\$80.00		
D5622	Reparación del marco parcial del molde, maxilar	\$9.00	\$80.00		
D5630	Reparación o reemplazo de los materiales de retenedores rotos, por diente	\$11.00	\$80.00		
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente	\$13.00	\$50.00	2 de (D5730 a D5761) por arco cada 12 meses	
D5650	Adición de un diente a la prótesis dental parcial existente	\$8.00	\$50.00		
D5660	Adición de un retenedor a la prótesis dental parcial existente, por diente	\$17.00	\$75.00		
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la base de metal, maxilar	\$57.00	\$106.00		
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la base de metal, mandibular	\$59.00	\$106.00		
D5710	Reajuste de prótesis dental maxilar completa	\$35.00	\$156.00		
D5711	Reajuste de prótesis dental mandibular completa	\$35.00	\$156.00		
D5720	Reajuste de prótesis dental maxilar parcial	\$30.00	\$134.00		
D5721	Reajuste de prótesis dental mandibular parcial	\$28.00	\$134.00		
D5730	Sustitución del revestimiento de dentadura maxilar completa, directo	\$16.00	\$90.00		
D5731	Sustitución del revestimiento de dentadura mandibular completa, directo	\$16.00	\$90.00		
D5740	Sustitución del revestimiento de dentadura maxilar parcial, directo	\$16.00	\$78.00		
D5741	Sustitución del revestimiento de dentadura mandibular parcial, directo	\$16.00	\$78.00		
D5750	Sustitución del revestimiento de dentadura maxilar completa, indirecto	\$27.00	\$134.00		
D5751	Sustitución del revestimiento de dentadura mandibular completa, indirecto	\$27.00	\$134.00		
D5760	Sustitución del revestimiento de dentadura maxilar parcial, indirecto	\$28.00	\$134.00		
D5761	Sustitución del revestimiento de dentadura mandibular parcial, indirecto	\$28.00	\$134.00		
D5810	Prótesis total provisional, maxilar	\$55.00	\$0.00		
D5811	Prótesis total provisional, mandibular	\$55.00	\$0.00		
D5820	Prótesis parcial provisional, maxilar	\$28.00	\$150.00		
D5821	Prótesis parcial provisional, mandibular	\$27.00	\$150.00		
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	\$8.00	\$25.00		
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	\$8.00	\$25.00		
D5862	Aditamentos de precisión, por informe	\$50.00	\$70.00		
D5863	Sobredentadura, completa, maxilar	\$125.00	\$275.00		
D5864	Sobredentadura, parcial, maxilar	\$125.00	\$0.00		
D5865	Sobredentadura, total, mandibular	\$125.00	\$275.00		
D5866	Sobredentadura, parcial, mandibular	\$125.00	\$0.00		
D5876	Adición de una subestructura metálica a la dentadura completa acrílica (por arco)	\$60.00	\$0.00		
D5899	Procedimiento de prótesis removible no especificado, por informe	\$0.00	\$0.00		
Servicios de prótesis fijas					
D6205	Póntico de compuesto a base de resina, indirecto	\$42.00	\$160.00		1 de (D2510 a D2794, D2960 a D2962, D6205 a D6794) por diente en cada período de 5 años
D6210	Póntico de metal de alta nobleza fundido	\$67.00	\$325.00		



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers: Programa de beneficios

Código de CDT (Terminología Dental Actual)	Descripción	Copago del miembro	El Plan paga	Limitaciones:
D6211	Póntico de metal fundido predominantemente de baja ley	\$58.00	\$235.00	
D6212	Póntico de metal noble fundido	\$64.00	\$269.00	
D6214	Póntico de titanio y aleaciones de titanio	\$67.00	\$320.00	
D6240	Póntico de porcelana fundida en metal de alta nobleza	\$69.00	\$370.00	
D6241	Póntico de porcelana fundida con metal predominantemente de baja ley	\$63.00	\$302.00	
D6242	Póntico de porcelana fundida con metal noble	\$66.00	\$319.00	
D6243	Póntico de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$66.00	\$0.00	
D6245	Póntico de porcelana/cerámica	\$66.00	\$0.00	
D6250	Póntico de resina con metal de alta nobleza	\$62.00	\$325.00	
D6251	Póntico de resina con metal predominantemente de baja ley	\$58.00	\$235.00	
D6252	Póntico de resina con metal noble	\$61.00	\$302.00	
D6545	Retenedor de metal para prótesis fijas ligadas con resina	\$33.00	\$134.00	
D6549	Retenedor de resina para prótesis fijas ligadas con resina	\$85.00	\$80.00	
D6602	Incrustación y retenedor de metal de alta nobleza fundido, dos superficies	\$120.00	\$0.00	
D6603	Incrustación y retenedor de metal de alta nobleza fundido, tres o más superficies	\$120.00	\$0.00	
D6604	Incrustación y retenedor de metal predominantemente de baja ley, dos superficies	\$120.00	\$0.00	
D6605	Incrustación y retenedor de metal predominantemente de baja ley fundido, tres o más superficies	\$120.00	\$0.00	
D6606	Incrustación y retenedor de metal noble fundido, dos superficies	\$120.00	\$0.00	
D6607	Incrustación y retenedor de metal noble fundido, tres o más superficies	\$120.00	\$0.00	
D6624	Incrustación y retenedor de titanio	\$120.00	\$0.00	
D6710	Corona y retenedor de compuesto a base de resina indirecta	\$42.00	\$160.00	
D6720	Corona y retenedor de resina con alto contenido de metal noble	\$69.00	\$325.00	
D6721	Corona y retenedor de resina con metal predominantemente de baja ley	\$66.00	\$252.00	
D6722	Corona y retenedor de resina con metal noble	\$62.00	\$286.00	
D6740	Corona y retenedor de porcelana/cerámica	\$62.00	\$275.00	
D6750	Corona y retenedor de porcelana fundida con metal predominantemente noble	\$73.00	\$395.00	
D6751	Corona y retenedor de porcelana fundida con metal predominantemente de baja ley	\$69.00	\$269.00	
D6752	Corona y retenedor de porcelana fundida con metal noble	\$72.00	\$325.00	
D6753	Corona y retenedor de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$72.00	\$0.00	
D6780	Corona y retenedor de ½ de metal noble fundido	\$72.00	\$319.00	
D6784	Corona y retenedor de ¼ de titanio y aleaciones de titanio	\$72.00	\$0.00	
D6790	Corona y retenedor completos de metal noble fundido	\$74.00	\$319.00	
D6792	Corona y retenedor completos de metal noble fundido	\$70.00	\$286.00	
D6794	Corona y retenedor de titanio y aleaciones de titanio	\$74.00	\$304.00	
D6930	Recementado o readhesión de una prótesis parcial fija	\$10.00	\$30.00	
D6940	Rompefuerzas	\$25.00	\$65.00	
D6950	Aditamento de precisión	\$50.00	\$70.00	
D6980	Reparación de prótesis parcial fija necesaria debido a falla del material de restauración	\$20.00	\$20.00	
D6999	Procedimiento de prótesis fija no especificado, por informe	\$0.00	\$20.00	
	Servicios orales y maxilofaciales			
D7111	Extracción, restos de coronas, en dientes de leche	\$0.00	\$34.00	
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	\$0.00	\$45.00	
D7210	Extracción de dientes erupcionados que requieren la remoción de hueso o una sección de un diente	\$0.00	\$67.00	
D7220	Remoción de diente impactado, tejido blando	\$17.00	\$92.00	
D7230	Remoción de diente impactado, parcialmente en hueso	\$23.00	\$120.00	
D7240	Remoción de diente impactado, totalmente en hueso	\$30.00	\$168.00	
D7241	Remoción de diente impactado, totalmente en hueso, complicaciones	\$31.00	\$165.00	
D7250	Remoción de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)	\$14.00	\$62.00	
D7260	Cierre de fístula oroantral	\$50.00	\$0.00	
D7261	Cierre primario de una perforación de seno	\$50.00	\$130.00	
D7270	Reimplante o estabilización dental, por accidente	\$25.00	\$0.00	
D7280	Exposición de un diente retenido	\$14.00	\$65.00	
D7282	Movilización de un diente retenido o en mala posición	\$14.00	\$65.00	
D7283	Colocación de un dispositivo para facilitar la erupción, retención	\$150.00	\$0.00	
D7285	Biopsia por incisión de tejido bucal: duro (hueso, diente)	\$30.00	\$55.00	
D7286	Biopsia por incisión de tejido bucal: blando	\$30.00	\$45.00	
D7287	Toma de una muestra citológica exfoliativa	\$0.00	\$25.00	
D7288	Biopsia con cepillo: toma de una muestra transepitelial	\$0.00	\$35.00	
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de dientes	\$65.00	\$55.00	
D7291	Fibrotomía transeptal/fibrotomía supra cresta alveolar, por informe	\$15.00	\$55.00	
D7310	Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante	\$13.00	\$65.00	
D7311	Alveoloplastia con extracciones, de uno a tres dientes por cuadrante	\$9.00	\$40.00	



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc.
Bricklayers and Allied Craftworkers: Programa de beneficios

Código de CDT (Terminología Dental Actual)	Descripción	Copago del miembro	El Plan paga	Limitaciones:
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante	\$14.00	\$90.00	
D7321	Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes por cuadrante	\$9.00	\$56.00	
D7340	Vestibuloplastia, extensión marginal (epitelialización secundaria)	\$0.00	\$187.00	
D7350	Vestibuloplastia, extensión marginal	\$0.00	\$312.00	
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	\$25.00	\$100.00	
D7450	Remoción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de lesión de hasta 1.25 cm	\$25.00	\$100.00	
D7451	Remoción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de lesión mayor que 1.25 cm	\$0.00	\$0.00	
D7460	Remoción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de lesión de hasta 1.25 cm	\$80.00	\$100.00	
D7471	Remoción de exóstosis lateral, maxilar o mandibular	\$38.00	\$100.00	
D7472	Remoción del torus palatino	\$38.00	\$100.00	
D7473	Remoción del torus mandibularis	\$38.00	\$100.00	
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	\$38.00	\$100.00	
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral	\$8.00	\$60.00	
D7511	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral, complicaciones	\$8.00	\$64.00	
D7520	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral	\$0.00	\$0.00	
D7521	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral, complicaciones	\$0.00	\$0.00	
D7530	Remoción de un cuerpo extraño de mucosa, piel o tejido	\$20.00	\$67.00	
D7540	Remoción de cuerpos extraños que producen reacción, sistema musculoesquelético	\$20.00	\$27.00	
D7550	Osteotomía/secuestrectomía parcial para la remoción de hueso desvitalizado	\$25.00	\$27.00	
D7560	Sinusotomía maxilar para la remoción de fragmentos dentales o cuerpos extraños	\$0.00	\$0.00	
D7910	Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm	\$0.00	\$27.00	
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$25.00	\$67.00	
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$25.00	\$67.00	
D7963	Frenuloplastia	\$25.00	\$67.00	
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	\$25.00	\$50.00	
D7971	Extirpación de encía pericoronaria	\$25.00	\$35.00	
Servicios de ortodoncia				
Pautas de los servicios de ortodoncia:				
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Los servicios de ortodoncia están cubiertos para los hijos dependientes hasta los 19 años. ◦ Los procedimientos D0330, D0340, D0470 con fines de ortodoncia están incluidos en la tarifa de D8080, Tratamiento de ortodoncia integral. ◦ Los beneficios del plan cubren hasta 24 meses de tratamiento de ortodoncia. 				
D0330	Imagen radiográfica panorámica	\$0.00	\$0.00	
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica en 2D, medición y análisis	\$0.00	\$0.00	
D0470	Moldes de diagnóstico	\$0.00	\$0.00	
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente	\$350.00	\$0.00	
D8670	Consulta periódica durante el tratamiento de ortodoncia	\$850.00	\$0.00	
D8680	Retención ortodóntica (remoción de dispositivos, elaboración y colocación de retenedor[es])	\$150.00	\$0.00	
Servicios auxiliares generales				
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia), procedimiento menor	\$0.00	\$27.00	
D9120	Sección de una prótesis parcial fija	\$20.00	\$20.00	
D9311	Consulta con un profesional médico del cuidado de la salud	\$0.00	\$0.00	
D9420	Servicios en hospitales o centros quirúrgicos ambulatorios	\$25.00	\$30.00	
D9430	Visita al consultorio para observación, durante las horas normales de atención, sin la realización de otros servicios	\$0.00	\$20.00	
D9440	Visita al consultorio, después de las horas normales de atención	\$25.00	\$40.00	
D9450	Presentación del caso, tratamiento detallado y exhaustivo	\$0.00	\$10.00	
D9930	Tratamiento de complicaciones posquirúrgicas, circunstancias poco comunes, por informe	\$0.00	\$10.00	
D9941	Fabricación de protector bucal deportivo	\$0.00	\$20.00	
D9942	Reparación o reajuste de un protector oclusal	\$5.00	\$48.00	
D9943	Ajuste del protector oclusal	\$5.00	\$17.00	
D9944	Protector oclusal, aparato rígido, arco completo	\$125.00	\$25.00	
D9945	Protector oclusal, aparato blando, arco completo	\$25.00	\$25.00	
D9950	Análisis de oclusión, caso con montaje	\$8.00	\$69.00	
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$8.00	\$42.00	
D9952	Ajuste oclusal, completo	\$24.00	\$80.00	
D9999	Procedimiento complementario no especificado, por informe	\$0.00	\$20.00	



LIBERTY Dental Plan of Nevada, Inc. Bricklayers and Allied Craftworkers: Programa de beneficios

Limitaciones:

1. El reemplazo de una prótesis existente total o parcial está cubierto una vez por arco cada 5 años si no se puede restaurar la función del aparato a través de la sustitución del revestimiento o la reparación.
2. El reemplazo de una amalgama o la restauración de una resina en menos de doce meses por el mismo dentista o consultorio contratado no puede cobrarse ni al Plan ni al miembro.
3. No tienen cobertura los procedimientos que tienen un mal pronóstico, según lo determine un dentista consultor certificado de LIBERTY.
4. Las coronas, incrustaciones con revestimiento e incrustaciones estarán cubiertas cuando un diente con un buen pronóstico requiere una restauración, pero su estructura restante es insuficiente para retener una obturación de manera efectiva. La cobertura de estos procedimientos se limita a los miembros mayores de 16 años.
5. Para planes de tratamiento que involucren siete (7) o más coronas o dentaduras parciales fijas (puentes), los proveedores contratados pueden cobrar un copago adicional de \$200 por unidad. En dichos casos, tienen cobertura las primeras seis (6) unidades, según se describe en este Programa de beneficios, solo con el copago especificado del miembro.
6. Las prótesis parciales fijas (puentes) tienen cobertura en estos casos: cuando se reemplaza una prótesis parcial fija existente por otra "equiparable" con pónicos idénticos y dientes de soporte con un buen pronóstico; cuando los dientes de soporte son aptos para coronas según su propio mérito; cuando solo falta un diente permanente en un arco completo y el puente tendría dientes opuestos en el arco opuesto.
7. Las derivaciones pediátricas, si las autoriza LIBERTY, están cubiertas únicamente para los hijos dependientes hasta los seis años, a menos que el niño reúna las condiciones de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

Exclusiones:

1. Cualquier procedimiento que no figure específicamente como Beneficio cubierto.
2. Reemplazo de prótesis o aparatos perdidos o robados, incluidos dentaduras parciales, dentaduras completas y aparatos de ortodoncia.
3. Anestesia general, analgesia, sedación intravenosa/intramuscular o los servicios de un anestesiólogo.
4. Un tratamiento iniciado antes del comienzo de la cobertura o después de su cancelación.
5. Procedimientos, aparatos o restauraciones para tratar disfunciones de la articulación temporomandibular (por ejemplo, ajustes/correcciones en los huesos faciales), situaciones congénitas o de desarrollo (incluidos dientes supernumerarios) o trastornos dentales inducidos médicamente, incluidos, entre otros, el tratamiento miofuncional (por ejemplo, terapia del habla) o disfunciones músculoesqueléticas, a menos que se cubra como un beneficio ortodóncico.
6. Servicios estéticos, o para tratar afecciones que son el resultado de defectos hereditarios o del desarrollo, como paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, dientes faltantes por enfermedades congénitas y dientes decolorados o sin esmalte.
7. Procedimientos que no sean de necesidad dental, según la decisión tomada conforme a las normas profesionales reconocidas de la profesión.
8. Los procedimientos realizados en dientes naturales solo para aumentar la dimensión vertical o para restaurar la oclusión.
9. La extracción de los terceros molares asintomáticos y retenidos (u otros dientes) que aparentemente no tengan obstáculos para erupcionar y que no presenten una patología activa.
10. Procedimientos o aparatos provistos por un dentista que se especializa en servicios de prostodoncia.
11. Servicios para restaurar la estructura de dientes dañada por el desgaste (abrasión, erosión, atrición o abfracción), para reconstruir la oclusión o mantener la superficie de trituración de los dientes que están desalineados o para estabilizar los dientes. Algunos ejemplos de dichos tratamientos son la equilibración y el soporte periodontal.
12. Cualquier servicio dental de rutina realizado por un dentista de atención primaria o por un especialista en un centro hospitalario para pacientes hospitalizados/ambulatorios.
13. Consultas por servicios no cubiertos.

APÉNDICE C

BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA Y POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Beneficios del seguro de vida. Tras la muerte y la recepción de una prueba de defunción aceptable (un certificado de defunción) de un **Participante activo** o **Jubilado**, la póliza pagará los siguientes montos al beneficiario del fallecido. El beneficio está sujeto a los términos de la póliza de seguro del **Plan** para este beneficio. Para obtener una copia de esta póliza, comuníquese con el **Administrador del plan**.

Participante activo	\$15,000.00
Jubilado	\$15,000.00

Beneficios por muerte accidental y desmembramiento (AD&D). Si un **Participante Activo** sufre una lesión corporal causada únicamente por un accidente, directa o independientemente de todas las demás causas, y da lugar a una pérdida, la póliza pagará por la pérdida o afección en función de una suma global, además de cualquier otro beneficio que pueda ser pagadero en virtud del **Plan** o la póliza. El monto del beneficio se establece a continuación. El beneficio está sujeto a los términos de la póliza del **Plan**. Para obtener una copia completa de la póliza, comuníquese con el **Administrador del plan**.

AD&D	\$15,000.00
-----------------	--------------------