



Descripción Resumida del Plan (SPD)

*Delta Dental PPO
Dentacare M - ASC*

Medical Transportation Management, Inc.

(Para servicio al cliente e información de beneficios)

(314) 656-3001

(800) 335-8266

www.deltadentalmo.com

Delta Dental of Missouri

PO Box 8690, St. Louis, MO 63126-0690

Acerca de Delta Dental

Sus beneficios dentales se administran por Delta Dental of Missouri (DDMO), una corporación sin fines de lucro. DDMO es miembro de un sistema nacional de proveedores de beneficios dentales, conocido como Delta Dental Plans Association (DDPA), el proveedor más grande de beneficios dentales de Estados Unidos.

Su tarjeta de membresía

Los dentistas no siempre piden una tarjeta de identificación, y su dentista puede llamar a DDMO para verificar su cobertura. Si usted, su grupo o su dentista prefieren que tenga una tarjeta de identificación, DDMO le proporcionará una. Las tarjetas de identificación están disponibles a través de su grupo o DDMO, por correo o en nuestro sitio web.

Seleccionar su dentista

Tiene la libertad de visitar al dentista de su preferencia y seleccionar a cualquier dentista según el tratamiento. Es importante recordar que los gastos por su propia cuenta pueden variar dependiendo de su elección. Tiene tres opciones.

1. Dentista participante en PPO (Delta Dental - Red PPO). La red PPO de Delta Dental se compone de dentistas que han acordado aceptar el pago basado en el Límite máximo del plan PPO aplicable y cumplir con las políticas de Delta Dental. Esta red le ofrece control de gastos y beneficios al presentar reclamos.

2. Dentista no participante en PPO (Delta Dental - Red Premier). La red Premier de Delta Dental se compone de dentistas que han acordado aceptar el pago basado en el Límite máximo del plan Premier aplicable. Esta red también le ofrece control de gastos y beneficios al presentar reclamos. Sin embargo, los gastos de su propia cuenta (las cantidades de deducibles y coaseguro) pueden ser más altas con un dentista Premier, según el diseño de su plan.

3. Dentista no participante: Si usted utiliza los servicios de un dentista no participante (no contratado por un plan Delta Dental), DDMO hará el pago directamente a usted basado en el Límite máximo del plan aplicable para el dentista no participante. Será su obligación hacer el pago total al dentista y presentar su propio reclamo. Obtenga un formulario de reclamo de la oficina de su Administrador del plan o de DDMO.

Ventajas de seleccionar dentistas participantes

Todos los dentistas participantes (PPO y Premier) tienen los formularios necesarios para presentar su reclamo. Los dentistas participantes de Delta Dental generalmente presentarán sus solicitudes de pago por usted y DDMO les pagará directamente por los servicios cubiertos. Visite nuestro sitio web en deltadentalmo.com para informarse si su dentista participa o para ponerse en contacto con DDMO para recibir automáticamente, sin costo alguno, una lista de dentistas participantes de PPO y Premier en su área. Usted no es responsable de pagar al dentista participante ninguna cantidad que exceda el PPO o el Límite máximo del plan Premier, lo que corresponda. Será responsable usted solo por los cargos no cubiertos, deducibles y cantidades de coaseguro.

Elegibilidad

Para ser elegible para cobertura, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos en la **Tabla de beneficios**. Recibirá la elegibilidad para cobertura en el día especificado en la **Tabla de beneficios** o en la **Información de ERISA**. Si lo desea, puede obtener una copia de la orden de manutención infantil médica calificada y otros procedimientos especiales de elegibilidad, sin cargo, previa solicitud.

Inscribirse

En el momento de inscripción inicial, un miembro debe elegir uno de los tipos de membresía ofrecidos en la solicitud. Un miembro debe inscribirse en el plazo de 31 días a partir de la fecha en que es elegible por primera vez o durante el período de inscripción abierta de su grupo. Sus dependientes (por ej., su cónyuge e hijos dependientes) se pueden inscribir en el plazo de 31 días a partir de la fecha en que son dependientes elegibles por primera vez (se permitirán 10 días adicionales para inscribir a un recién nacido) o durante el período de inscripción abierta de su grupo. Durante el período de beneficio, un miembro solo puede cambiar el tipo de membresía seleccionada por matrimonio, nacimiento, adopción (o la fecha de colocación para fines de adopción), divorcio, muerte, un Dependiente que cumple la edad límite u otro cambio de estado designado (si lo hay) en virtud del documento del Plan.

Se pueden aplicar cuotas adicionales o cargos de servicio al cambio. La cobertura no puede modificarse en ningún otro momento que no sea durante el período de inscripción abierta del grupo (a menos que el miembro haya tenido un cambio de estado, como se indicó anteriormente).

Hijos dependientes

Los hijos dependientes (naturales, hijastros o legalmente adoptados) son elegibles para la cobertura hasta el final del mes en el que alcanzan el límite de edad para dependientes (indicado en su Tabla de beneficios) o son elegibles para inscribirse o estar inscritos en cualquier otro plan de salud grupal patrocinado por el empleador que proporcione beneficios dentales.

Los hijos dependientes no casados que son incapaces de mantenerse solos debido a impedimentos físicos o mentales pueden continuar bajo la protección de su membresía sin importar la edad, si el impedimento surge antes de cumplir los 19 años de edad. Usted y el médico de su hijo dependiente tienen que llenar una solicitud especial por lo menos 31 días antes de que el menor cumpla los 19 años de edad. A partir de entonces, DDMO podrá exigir una prueba de discapacidad y relación de dependencia continua una vez al año.

Explicación de beneficios

En determinadas situaciones, cuando usted o su dentista presentan un reclamo, puede que usted reciba de nuestra parte un formulario llamado Explicación de los beneficios (EOB) (por ej., si se rechaza el reclamo o se adeuda un saldo al dentista). Le dice cuales servicios estaban cubiertos y cuales, si alguno, no estaban cubiertos. Una explicación de cómo apelar un reclamo en la parte delantera de su explicación de beneficios (EOB) tanto como en la Descripción Resumida del Plan (SPD).

Coordinación de beneficios y terminación

Si tiene otra cobertura dental, los beneficios del Plan se coordinan con los beneficios de cualquier otro programa para evitar la duplicación de pagos. Los dos programas juntos no pagarán más del 100 % de los gastos cubiertos. DDMO podrá recuperar los pagos en exceso de beneficios del Plan. La cobertura de una persona inscrita terminará por las siguientes razones, entre otras: la persona inscrita ya no reúne los requisitos de elegibilidad, la cobertura dental del grupo termina o el miembro muere. La finalización de la cobertura no perjudica a las solicitudes de pago comenzadas antes de la finalización.

Conversión y continuación de cobertura

La cobertura no podrá convertirse a un plan individual en caso de cese del empleo. Si su cobertura o la de un dependiente elegible (beneficiario calificado) cesa debido a determinados "cambios de vida que califican" (por ej., cese del empleo, reducción de la jornada laboral, divorcio, fallecimiento o que un hijo deje de cumplir los requisitos para ser considerado dependiente) especificados en una ley federal denominada COBRA, entonces usted o su dependiente elegible pueden tener derecho a adquirir una cobertura continuada durante un período de tiempo limitado (que puede ser de 18 o 36 meses (o cualquier otro período de tiempo), según las circunstancias), si dicha cobertura se elige a tiempo durante el período de elección de 60 días, es decir, 60 días después de la fecha en la que la cobertura habría cesado debido a un cambio de vida que califique, o 60 días después de la fecha en la que se envía a la persona la notificación del derecho a continuar la cobertura. El beneficiario calificado debe abonar puntualmente cada mes la totalidad del costo aplicable de esta continuación de la cobertura. Las personas inscritas que puedan tener derecho a dicha cobertura continuada deben ponerse en contacto con la oficina de su Administrador del plan para comunicarles el cambio de vida que califica y para recibir información específica sobre sus circunstancias. Para obtener más información sobre los derechos conforme a la ley COBRA, póngase en contacto con la oficina de su Administrador del plan.

Predeterminación de un reclamo

Si el cuidado que recibirá cuesta menos de \$200 o es cuidado de urgencia, su dentista procederá con el tratamiento a su opción. Si el cuidado que recibirá cuesta más de \$200 y no es cuidado de urgencia, su dentista determinará qué tratamiento usted necesita y podría presentar un plan de tratamiento a DDMO para predeterminación de beneficio. Este presupuesto le permitirá determinar de antemano qué parte del costo correrá a cargo de su cobertura dental y qué parte le corresponderá pagar a usted.

Resumen de beneficios

Su Tabla de beneficios incluida en esta SPD indicará cuál de los siguientes niveles de cobertura están incluidos en su programa dental. También mostrará el importe de su deducible y a qué niveles de cobertura se aplica el deducible. Después de cubrir su deducible dental (si corresponde), sus beneficios dentales pagarán un porcentaje específico del importe permitido de los servicios cubiertos, hasta el máximo de su beneficio en cada período de beneficios. Usted será responsable del importe restante del coaseguro.

Para sus beneficios máximos y sus porcentajes cubiertos, consulte su Tabla de beneficios. (Si tiene beneficios de ortodoncia, tendrá un máximo vitalicio distinto para estos beneficios). Sus beneficios dentales se proporcionan según el período de beneficios descrito en su Tabla de beneficios.

Consulte su **Tabla de beneficios** para determinar el alcance de su cobertura.

Servicios dentales - Niveles de cobertura

A: Servicios dentales preventivos - Exámenes bucales (evaluaciones), dos veces en cualquier período de beneficio (incluyendo todos los tipos) - Rayos X periapicales, cuando sea necesario - Los rayos X con aleta de mordida están limitados a un juego por período de beneficio. Los hijos dependientes menores de 19 años de edad podrán tener dos juegos por período de beneficio. - Radiografía de boca completa: incluirá una serie de boca completa o una radiografía panorámica una vez en 5 años - Profilaxis bucal (limpieza, eliminación del sarro y pulido), dos veces en cualquier período de beneficio - Aplicación de fluoruro tópico para hijos dependientes menores de 19 años, una vez en cualquier período del beneficio - Tratamiento paliativo de urgencia según sea necesario (procedimientos menores para reducir o eliminar temporalmente el dolor) - Separadores para reemplazar la pérdida prematura de dientes en niños dependientes elegibles menores de 16 años, una vez en 5 años, excepto por lesiones accidentales - Selladores para niños dependientes menores de 19 años, limitado a superficies oclusales de primeros y segundos molares permanentes sin caries, una vez cada 5 años	B: Servicios dentales básicos - Servicios de restauración con amalgama, porcelana sintética y material de relleno plástico - Periodoncia: tratamiento para enfermedades de las encías y el hueso que sostiene los dientes (incluidas visitas de mantenimiento periodontal, limitadas a cuatro en cualquier período de beneficio, sujeto a las restricciones de frecuencia para sus profilaxis). La cirugía periodontal está cubierta sólo una vez en un período de 3 años para el mismo sitio. La cobertura del raspado y alisado radicular se limita a una vez en 24 meses - Endodoncia: empaste de conducto radicular y terapia pulpar (terapia para el tejido blando de un diente) - Extracciones simples - Extracciones quirúrgicas - Anestesia general en conjunto con procedimientos quirúrgicos cubiertos - Cirugía oral
C: Servicios dentales complejos - Prótesis dentales: puentes y dentaduras postizas, una vez cada 5 años. - Coronas, revestimientos, carillas, incrustaciones y recubrimientos cuando se requieran con propósitos de restauración y cuando los dientes no se pueden restaurar con material para empastes, una vez cada 5 años	D: Servicios dentales de ortodoncia Cuidado de ortodoncia: tratamiento para corregir la mala posición de los dientes y establecer una mordida correcta a través del movimiento de los dientes o mantenerlos en posición. Aplica a hijos dependientes menores de 19 años

Limitaciones de cobertura

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Varias radiografías individuales proporcionadas en la misma fecha de servicio se considerarán una serie de boca completa si la cantidad total permitida es igual o superior a la cantidad permitida para una serie de boca completa. La endodoncia (tratamiento de conducto) en el mismo diente solo está cubierta una vez en un período de 2 años. Se permite volver a tratar el mismo diente cuando lo haga un consultorio dental distinto. Los costos para reemplazar restauraciones con empaste se cubren solo una vez en un período de 24 meses, a menos que el daño a ese diente haya sido causado por una lesión accidental no relacionada con la función normal del diente o de los dientes. Si un puente o dentadura postiza existente no son satisfactorios, se cubrirá un reemplazo solo una vez cada 5 años, pero no durante el primer año de los beneficios de la Cobertura C. | <ul style="list-style-type: none"> Solo se proporcionarán beneficios dentales para coronas, revestimientos, carillas, incrustaciones y recubrimientos iniciales o de reemplazo en o para un diente en particular una vez cada 5 años, a menos que el daño a ese diente haya sido causado por una lesión accidental no relacionada con la función normal del diente o de los dientes. Si su membresía finaliza antes de que termine un plan de tratamiento de ortodoncia, la cobertura solo se proporcionará hasta el final del mes de finalización. No se pagarán beneficios por la reparación ni sustitución de un aparato de ortodoncia. Una vez finalizado el plan de tratamiento de ortodoncia o alcanzado el máximo vitalicio de ortodoncia, no se proporcionarán más beneficios de ortodoncia. |
|--|--|

Si recibe atención de más de un dentista o proveedor de servicios para el mismo procedimiento, los beneficios no superarán lo que se habría pagado a un dentista por ese procedimiento (lo que incluye, entre otras cosas, prótesis, ortodoncia y tratamiento de conducto). Si hay disponibles tratamientos alternativos, su cobertura solo pagará por el tratamiento profesionalmente satisfactorio más económico. Esto incluye, entre otros, servicios tales como empastes con resina compuesta en los dientes molares, en cuyo caso los beneficios se basan en la cantidad permitida para un empaste de amalgama (plata); o servicios tales como puentes fijos, en cuyo caso los beneficios se pueden basar en la cantidad permitida para una dentadura postiza parcial removible.

Servicios no cubiertos

No están cubiertos los siguientes gastos:

- Servicios o suministros por los cuales, en ausencia de esta cobertura, la persona inscrita no incurriría en gastos como, por ejemplo, el cuidado prestado por un dentista a un miembro de su familia inmediata o de la familia inmediata de su cónyuge.
- Servicios o suministros para los que se dispone de cobertura en virtud de las leyes de compensación a los trabajadores o de responsabilidad de los empleadores.
- Servicios o suministros realizados con fines estéticos o para corregir malformaciones congénitas, excepto recién nacidos con defectos dentales congénitos.
- Servicios que requieren varias consultas, que comenzaron antes de la fecha de entrada en vigor de la membresía (incluidas las prótesis, pero no la ortodoncia).
- Servicios o suministros relacionados con la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ) (se trata de la articulación de bisagra de la mandíbula que conecta los maxilares superior e inferior).
- Servicios o suministros no indicados específicamente como servicios dentales cubiertos (incluidos los gastos hospitalarios o de medicamentos recetados).
- Reemplazo de dentaduras postizas u otros aparatos dentales que se han robado o perdido.
- Enfermedades contraídas o lesiones o condiciones sufridas como resultado de cualquier acto de guerra.
- Ajustes de dentaduras postizas durante los seis primeros meses tras la recepción inicial de la dentadura postiza. Los dentistas participantes no pueden cobrar tarifas por separado.
- Tallado oclusal completo, coronas para corrección oclusal, protectores bucales deportivos, protectores nocturnos, aparatos para bruxismo y aparatos para corrección de mordida.
- Preparación del diente, coronas temporales, bases, impresiones y anestesia u otros servicios que son parte del procedimiento dental completo. Estos servicios se consideran componentes del procedimiento completo y están incluidos en la tarifa del mismo. Los dentistas participantes no pueden cobrar tarifas por separado.
- Analgesia, incluyendo óxido nítrico, radiografías duplicadas, aparatos temporales o implantes y procedimientos relacionados.
- Servicios o suministros cubiertos bajo responsabilidad terminal, extensión de beneficios, o disposición similar, de un programa que está siendo reemplazado por este programa.
- Servicios o suministros prestados por un departamento dental o médico mantenido por o en nombre de un grupo, asociación de beneficio mutuo, sindicato, fideicomisario o persona o grupo similar.
- Servicios o suministros proporcionados o pagados por o en virtud de cualquier organismo o programa gubernamental o ley, excepto los cargos que la persona esté legalmente obligada a pagar (esta exclusión se extiende a cualquier beneficio proporcionado en virtud de la Ley de Seguridad Social de EE. UU., en su versión modificada).
- Servicios prestados fuera del alcance de la licencia de un dentista o proveedor de servicio o servicios/suministros experimentales o investigativos.
- Servicios o suministros que un dentista determine por cualquier motivo, según su criterio profesional, que no deben prestarse.
- Instrucciones sobre higiene dental, planificación alimentaria o control de sarro.
- Citas a las que no se ha acudido o compleción de formularios de solicitud de pago.
- Control de infecciones, incluida la esterilización de suministros y equipos.

Cómo presentar y apelar un reclamo

Sus reclamos se deben presentar en un plazo de 365 días después de la fecha en que se prestaron los servicios. DDMO no tiene la obligación de pagar los reclamos presentados después de este período. Si se deniega una solicitud de pago debido a que un dentista participante de PPO o Premier no la ha presentado a tiempo, usted no será responsable ante dicho dentista por el importe que hubiera tenido que pagar DDMO, siempre y cuando usted haya informado al dentista de su derecho a los beneficios en el momento del tratamiento.

Si se deniega total o parcialmente una solicitud de pago de beneficios, recibirá una notificación por escrito en la que se le explicará el motivo de la denegación. En un plazo de 180 días a partir de la recepción de la denegación, puede presentar una solicitud por escrito de reconsideración de la solicitud de pago al destinatario que se indica a continuación. Dicha solicitud deberá ir acompañada de documentos o registros que respalden la apelación. Podrá revisar los documentos pertinentes relativos a la solicitud de pago y presentar cuestiones y comentarios por escrito para su consideración. Se tomará una decisión sobre la apelación de la solicitud de pago y se le notificará por escrito sobre la decisión en un plazo de 60 días a partir de la recepción de la apelación.

En el caso de una apelación que implique una decisión médica, se consultará a un profesional de la salud que tenga formación y experiencia en el campo implicado en la decisión médica. El asesor será una persona que no haya sido consultada en relación con la denegación inicial, ni el subordinado de dicha persona. Se identificará al asesor que dio asesoramiento al Plan o en su nombre, sin tener en cuenta si la decisión sobre el beneficio se basó en el asesoramiento.

Toda solicitud de reconsideración deberá enviarse a:

Delta Dental of Missouri
Appeals Committee
12399 Gravois Rd
St. Louis, Missouri 63127-1702

Este documento es una “descripción resumida del plan” (SPD) de su cobertura de cuidado dental, que se describe con más detalle en el documento del Plan. Dado que este documento es un resumen, no contiene una explicación completa de todas las disposiciones o términos contenidos en el documento del Plan, que es más completo. En caso de conflicto o incoherencia entre el texto de la SPD y el documento del Plan, prevalecerá el texto del documento del Plan. Su empleador (o Administrador del plan) tiene derecho a modificar esta SPD y el documento del Plan, y puede usar su criterio y autoridad para interpretar las disposiciones y los términos de esta SPD y del documento del Plan. Además, su empleador (o Administrador del plan) se reserva el derecho de cambiar o terminar su Plan de cuidado dental en cualquier momento. Esta SPD no es una garantía de empleo o un contrato de empleo.

Delta Dental of Missouri - Tabla de beneficios

PPO - Dentacare M - ASC

Consulte la sección Resumen de beneficios en esta Descripción Resumida del Plan (SPD) para obtener una explicación más detallada de los niveles de cobertura.

Para miembros de: Medical Transportation Management, Inc.

Número del grupo: 2088-1000 y todos los lugares suplentes

Niveles de cobertura y porcentajes:	Dentista PPO	Dentista Premier	Dentista no participante
Cobertura A:	100%	100%	100%
Cobertura B:	90%	80%	80%
Cobertura C:	60%	50%	50%
Cobertura D:	50%	50%	50%

Deducible:	\$50	\$50	\$50
Aplica a:	Cobertura B y C	Cobertura B y C	Cobertura B y C
Límite por familia:	\$150	\$150	\$150

Las cantidades pagadas por el Miembro hacia el deducible aplica a todas las categorías de deducible (PPO, Premier y Dentista no participante).

Beneficio máximo:			
Cobertura A, B y C (si aplica):	\$1,500	\$1,500	\$1,000

Las cantidades pagadas por el Plan se aplican a todos los beneficios máximos (PPO, Premier y Dentista no participante).

Máximo de ortodoncia de por vida:	\$1,500	\$1,500	\$1,500
-----------------------------------	---------	---------	---------

Las cantidades pagadas por el Plan se aplican a todos los beneficios máximos de ortodoncia (PPO, Premier y Dentista no participante).

Límite de edad del dependiente: 26

Fecha de vigencia del programa: 01/01/2026

La Fecha de renovación algunas veces se denomina Fecha de aniversario.

Período de beneficio: Los beneficios dentales se proporcionan según un período de beneficios de un año calendario. El período de beneficios por año calendario comienza en la Fecha de entrada en vigor y finaliza el 31 de diciembre del año de la Fecha de entrada en vigor. Un nuevo período de beneficio comienza cada año el 1 de enero.

Elegibilidad: Para tener derecho a esta cobertura, debe ser un empleado activo del grupo o de un afiliado designado. "Activo" significa un empleado que trabaja regularmente por lo menos la cantidad de horas en la semana normal de trabajo establecida por su grupo (pero no menos de 20 horas). Debe estar trabajando activamente, a menos que su grupo estuviera inscrito en otro programa de DDMO antes de cambiar a este programa.

Si se da de baja la cobertura en cualquier momento, los miembros o los dependientes no podrán volver a inscribirse hasta la primera inscripción abierta después de un año.

Los nuevos miembros y sus dependientes tienen derecho a esta cobertura a partir de la fecha asignada por su grupo. La cobertura termina en la fecha en la que termina su empleo.

Además de los beneficios descritos en esta Descripción Resumida del Plan (SPD), su programa personalizado incluye:

- Este programa incluye la opción de beneficios de MAXAdvantage. Los beneficios pagados por exámenes, limpiezas, radiografías y tratamientos con fluoruro no se aplican a su máximo anual.

Información de ERISA

Las siguientes secciones contienen información para cumplir los requisitos de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (*Employee Retirement Income Security Act*, ERISA) de 1974, según su versión modificada. No constituye parte del Plan ni de ninguna póliza de seguro emitida en relación con el mismo. Todas las consultas relacionadas con el siguiente material deben remitirse directamente a su Administrador del plan.

Nombre del plan: El Plan dental de Medical Transportation Management, Inc., denominado aquí como “el Plan”.

Número del plan: 512

Plan dental para miembros de: Medical Transportation Management, Inc.

Dirección del grupo: 16 Hawk Ridge Circle
Lake St. Louis, MO 63367

Número fiscal: 43-1719762

Tipo de Plan y administración:

El Plan es un plan dental grupal. El Plan se autofinancia. El Plan es administrado por DDMO a través de un contrato de autofinanciación con el Administrador del plan. DDMO proporciona ciertas funciones a nombre del Plan. Estas funciones incluyen, entre otras, la administración y el pago de las solicitudes de pago, el servicio de atención al cliente y la emisión de Descripciones Resumidas del Plan.

Administrador del Plan: Medical Transportation Management, Inc.
16 Hawk Ridge Circle
Lake St. Louis, MO 63367
636-695-5686

Agente de servicio legal: Medical Transportation Management, Inc.
16 Hawk Ridge Circle
Lake St. Louis, MO 63367

Además, las notificaciones de actos procesales pueden hacerse al Fideicomisario o al Administrador del plan.

Fideicomisario: Medical Transportation Management, Inc.
16 Hawk Ridge Circle
Lake St. Louis, MO 63367

El año fiscal del plan termina el: 31 de Diciembre

Financiación es: Contributiva

Las contribuciones al plan se hacen tanto por el grupo como por el miembro. La cantidad que el grupo contribuye al plan se determinará a discreción del grupo de vez en cuando. Esta práctica puede interrumpirse o modificarse en cualquier momento sin previo aviso al miembro.

Información de ERISA (continuación)

Si su Plan está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA), le aplica lo siguiente. La ERISA le otorga, como persona inscrita a este programa, ciertos derechos y protecciones. Para más información, póngase en contacto con la oficina de su Administrador del plan.

La ERISA, dispone que todos los inscritos en el Plan tienen derecho a:

Recibir información sobre su Plan y los beneficios

Examinar, sin cargo, en las oficinas del Administrador del plan y en otros lugares especificados, tales como lugares de trabajo y sedes sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, incluyendo los contratos de seguros, acuerdos de negociación colectiva y una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE.UU. y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados.

Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos de negociación colectiva y copias del último informe anual (serie del Formulario 5500) y una Descripción Resumida del Plan actualizada. El Administrador del plan puede cobrar un cargo razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del plan tiene la obligación por ley de proporcionar a cada persona inscrita una copia de este informe anual resumido.

Continuar con la cobertura del Plan de salud grupal

Continuar recibiendo la cobertura de salud para usted, su cónyuge o sus dependientes si se pierde la cobertura del Plan como consecuencia de un cambio de vida que califique. Puede que usted o sus dependientes tengan que pagar dicha cobertura. Lea esta Descripción Resumida del Plan y los documentos que rigen el Plan o las normas que rigen sus derechos de continuación de la cobertura conforme a la Ley COBRA.

Reducción o eliminación de los períodos de exclusión de cobertura en caso de enfermedades preexistentes según su plan de salud grupal, si tiene cobertura acreditable de otro plan. Debería recibir un certificado de cobertura acreditable, sin cargo, de su plan grupal de salud o del emisor de su seguro de salud cuando pierde la cobertura del Plan, cuando tiene derecho a optar por la continuación de la cobertura conforme a la Ley COBRA, o cuando cesa la continuación de su cobertura conforme a la Ley COBRA, si lo solicita antes de perder la cobertura o dentro de los 24 meses de haber perdido la cobertura. Sin evidencia de cobertura acreditable, puede estar sujeto a una exclusión por enfermedad preexistente durante un período de 12 meses (o 18 meses para las personas que se inscriben fuera de término) después de la fecha de inscripción en su cobertura.

Acciones prudentes por fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para las personas inscritas al Plan, la ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del Plan.

Las personas que administran su Plan, llamados “fiduciarios” del Plan, tienen la obligación de hacerlo de manera prudente y protegiendo sus intereses y las de otras personas inscritas y beneficiarias del Plan. Nadie, ni siquiera su grupo, su sindicato ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de cualquier otra manera para impedirle obtener un beneficio ni ejercer los derechos que le otorga la ERISA.

Hacer valer sus derechos.

Si su solicitud de pago de un beneficio le es denegada o no es tenida en cuenta, ya sea en forma total o parcial, tiene derecho a saber por qué, a obtener sin cargo algunas copias de documentos relacionados con la decisión y a apelar cualquier denegación, dentro de ciertos plazos establecidos. En virtud de la ERISA, puede tomar algunas medidas para hacer valer los derechos mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o el último informe anual del Plan y no los recibe en un plazo de 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En este caso, es posible que el tribunal exija al Administrador del plan que proporcione los materiales y le pague hasta \$110 diarios hasta que los reciba, a menos que los materiales no se hubieran enviado por razones fuera del control del Administrador del plan.

Si un reclamo de beneficios le es denegado o no es tenido en cuenta, ya sea en forma total o parcial, puede iniciar una demanda en una corte estatal o federal. Asimismo, si no está de acuerdo con la decisión del Plan, o con la ausencia de la misma, respecto al estado calificado de una orden de relaciones domésticas o manutención infantil médica, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En el caso de que los fiduciarios del Plan utilicen en forma indebida el dinero del Plan, o si se lo discrimina por hacer valer sus derechos, puede solicitar asistencia al Departamento de Trabajo de EE. UU., o puede presentar una demanda ante un tribunal federal. La corte decidirá quién deberá pagar los costos judiciales y honorarios de abogados. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar que la persona que usted ha demandado pague estos costos y honorarios. Si pierde, la corte puede ordenarle que usted pague dichos costos y honorarios, por ejemplo, si considera que su reclamo es frívolo.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe comunicarse con el Administrador del plan. Si tiene alguna pregunta acerca de esta declaración o acerca de sus derechos conforme a ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del plan, debe ponerse en contacto con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados, Departamento de Trabajo de los EE.UU., al número que figura en el directorio telefónico o con la División de Asistencia y Consultas Técnicas, Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados, Departamento de Trabajo de los EE.UU., 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades conforme a ERISA llamando a la línea telefónica de atención de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados.