

LANDSCAPE, IRRIGATION AND LAWN SPRINKLER INDUSTRY BENEFIT TRUSTS



2020 SUPPLEMENTAL SUMMARY PLAN DESCRIPTION

HEALTH & WELFARE PLAN

Supplemental Summary Plan Description /
Plan Rules & Regulations

of the

Landscape, Irrigation and Lawn
Sprinkler Industry

**HEALTH & WELFARE
FUND**

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	2
2. INSCRIPCIÓN	3
3. ELEGIBILIDAD.....	5
4. AMPLIACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD – CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA	9
5. TRANSPORTISTAS Y PROVEEDORES DE SERVICIOS	13
6. RECLAMACIONES Y APELACIONES	14
7. COORDINACIÓN DE LAS PRESTACIONES	19
8. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS	19
9. AVISOS IMPORTANTES	19
10. INFORMACIÓN REQUERIDA POR ERISA	20
11. OTRAS LEYES FEDERALES	23
12. DEFINICIONES	27
13. FIDEICOMISARIOS	30

SECCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

En 1993, se creó el Fondo de Salud y Bienestar de la Industria del Paisajismo, el Riego y la Aspersión de Césped (el “Fondo” o “Plan”) a través de los esfuerzos de negociación del Sindicato y los Empleadores de la industria de accesorios de plomería y rociadores del sur de California. Los Fideicomisarios del sindicato y de la empresa administran el Fondo.

A) Esta Descripción Resumida del Plan Complementario

Esta Descripción Resumida del Plan Complementario/Normas y Regulaciones del Plan (“SPD Complementaria”, por sus siglas en inglés), junto con la Descripción Resumida del Plan de Western Growers Assurance Trust (“WGAT”) y otros documentos emitidos por aseguradores y proveedores de prestaciones descritos en esta SPD Complementaria, de los cuales se le han proporcionado copias y están disponibles a petición, constituyen el Plan de Salud y Bienestar de la Industria del Paisajismo, el Riego y la Aspersión de Césped. Esta SPD Complementaria entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2020. Es muy importante que la lea detenidamente y que lea los demás documentos para comprender el funcionamiento del Plan. Conserve esta SPD Complementaria para futuras consultas.

Las normas del plan pueden cambiar oportunamente, en cuyo caso se enviará una notificación por escrito explicando cualquier cambio importante a todas las familias cubiertas. Asegúrese de leer todas las comunicaciones del Plan y de conservarlas junto con esta SPD Complementaria.

B) Objetivo del Plan

El Plan se creó para proporcionar prestaciones médicas, dentales, de medicamentos recetados, oftalmológicas, de vida, muerte accidental o desmembramiento y otras. El Plan está financiado por los Empleadores que realizan contribuciones en nombre de sus empleados sobre una base por hora en virtud de un Convenio Colectivo. El Plan solo paga las reclamaciones por las prestaciones previstas en el Plan. El Plan no paga prestaciones por enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo.

C) Función del Consejo de Administración

El Consejo de Administración está autorizado a interpretar todas las normas y los documentos del Plan, incluidos el Contrato de Fideicomiso y esta SPD Complementaria. La Consejo de Administración tiene la autoridad para decidir todas las cuestiones relativas a los derechos y las prestaciones descritas en esta SPD Complementaria, y que no se proporcionan a través de los aseguradores y proveedores de prestaciones, incluso, entre otras, las preguntas sobre la elegibilidad para la participación en el Plan, los derechos a las prestaciones y la definición de cualquier término del Plan. El Consejo de Administración también está facultado para tomar decisiones fácticas sobre estas cuestiones.

Ningún fideicomisario individual, Empleador o representante del sindicato tiene autoridad para interpretar ningún documento del Plan en nombre del Consejo de Administración ni para actuar como representante del Consejo de Administración. El Consejo de Administración puede delegar su autoridad en un subcomité u otro subgrupo del Consejo de Administración. Está facultado para determinar si usted cumple las normas de elegibilidad requeridas para las prestaciones y el tipo de prestaciones a las que puede tener derecho. El asegurador de una prestación concreta determinará si tiene una reclamación válida para sus prestaciones y en qué medida se pagarán. La determinación incluirá las reclamaciones de hospital, médicas, de medicamentos recetados, dentales, oftalmológicas, de vida, muerte accidental o desmembramiento. Los detalles de las prestaciones aseguradas figuran en la Descripción Resumida del Plan de WGAT y en otras pólizas y documentos de la aseguradora a los que se hizo referencia en el apartado (A) anterior.

Los fideicomisarios tienen la intención de mantener el Fondo de forma indefinida. No obstante, el Consejo de Administración está facultado para modificar o rescindir el Plan según lo considere oportuno.

D) Función de la Oficina del Fondo

El Consejo de Administración ha autorizado a la Oficina del Fondo a responder por escrito las preguntas que se presenten de esta manera. Como cortesía, la Oficina del Fondo también puede responder informalmente las preguntas por teléfono, correo electrónico o en persona en la Oficina del Fondo. Sin embargo, dicha información y respuestas no son vinculantes para el Consejo de Administración y no pueden invocarse en ningún litigio. Tenga en cuenta que en todos los asuntos que se le comuniquen, verbalmente o por escrito, el Consejo de Administración tendrá la máxima autoridad y discreción para interpretar los documentos del Plan y tomar una decisión independiente sobre su derecho a las prestaciones.

NOTA

Si tiene alguna pregunta sobre los requisitos, las prestaciones o los procedimientos, póngase en contacto con la Oficina del Fondo.

Landscape, Irrigation and Lawn Sprinkler Industry Health and Welfare Fund
501 Shatto Place, Suite 500
Los Angeles, CA 90020

Llamada gratuita: (800) 595-7473 / Fuera de los Estados Unidos: (213) 385-6161

Sitio web: www.scptac.org / Correo electrónico: info@scptac.org

NOTA

Los términos en mayúsculas se definen en la sección 12, página 27.

Aviso para los Participantes Hispanohablantes

Este folleto contiene informes importantes acerca de sus beneficios del Plan de Salud y Bienestar. Si tiene dificultad para comprender cualquier parte de los informes, llame a la oficina administrativa al (800) 595-7473 o visite la oficina ubicada en 501 Shatto Place, Suite 500, Los Angeles, CA 90020. La oficina está abierta los lunes, martes, miércoles y viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. y los jueves de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Un representante que hable español estará disponible para ayudarlo.

SECCIÓN

2. INSCRIPCIÓN

A) Inscribirse

Cuando cumpla los requisitos, la Oficina del Fondo le enviará un Formulario de Inscripción.

Además del Formulario de Inscripción, también debe completar los formularios de inscripción para Western Growers Assurance Trust ("WGAT"), Dental Health Services, Anthem Blue Cross Blue View Vision y Hartford, y cualquier otro proveedor de beneficios del Plan. La Oficina del Fondo le proporcionará estos formularios cuando cumpla los requisitos. Puede obtener todos los formularios en cualquier momento en la Oficina del Fondo o en el sitio web de la Oficina del Fondo: www.scptac.org.

No podrá inscribirse para recibir prestaciones hasta que la Oficina del Fondo reciba los formularios necesarios completos.

B) Inscribir a un Dependiente Elegible

Las personas a su cargo están cubiertas por los mismos programas médicos, de medicamentos recetados, oftalmológicos y dentales que usted. No hay prestaciones de vida, muerte accidental o desmembramiento para los Dependientes Elegibles.

Para inscribir a los Dependientes Elegibles, debe completar un Formulario de Inscripción y presentar los documentos necesarios.

Si no se presenta la documentación requerida en el plazo de 60 días, la cobertura no será retroactiva. Estas fechas pueden tener otras limitaciones que impongan los proveedores de prestaciones del Plan.

Puede obtener todos los formularios en la Oficina del Fondo o en el sitio web de la Oficina del Fondo: www.scptac.org.

C) Designar a un Beneficiario

Para designar a un Beneficiario(s) del seguro de vida, debe completar un formulario de Beneficiario del Seguro de Vida de Hartford y una tarjeta de inscripción en WGAT.

Puede obtener todos los formularios en la Oficina del Fondo o en el sitio web de la Oficina del Fondo: www.scptac.org.

D) Documentos Necesarios

Para añadir o eliminar a un Dependiente Elegible, debe proporcionar a la Oficina del Fondo la documentación adecuada, que puede incluir:

- i) una copia certificada del certificado de matrimonio;
- ii) una copia certificada del registro de la Pareja de Hecho;
- iii) una copia certificada de la partida de nacimiento;
- iv) una copia del documento de entrega del niño en adopción o de finalización de la adopción;
- v) una copia del certificado de defunción;
- vi) una copia de la sentencia de divorcio definitiva; o
- vii) una copia de la disolución de la Pareja de Hecho.

NOTA

Las copias certificadas de los documentos citados anteriormente deben ser emitidas por el organismo gubernamental correspondiente. No se aceptan copias no certificadas de documentos de organismos no gubernamentales, como certificados de nacimiento de hospitales o certificados de matrimonio emitidos por la iglesia. Tampoco se aceptan las licencias de matrimonio.

E) Cuándo Presentar los Documentos de Inscripción ante la Oficina del Fondo

i) Documentos de Matrimonio o Pareja de Hecho

Debe presentar un nuevo Formulario de Inscripción con los documentos requeridos, tal como se indicó más arriba, en un plazo de 60 días a partir de la fecha de inscripción del matrimonio o de la Pareja de Hecho. Si el Formulario de Inscripción y los documentos requeridos no se reciben en un plazo de 60 días a partir de la fecha del matrimonio o del registro de la Pareja de Hecho, la cobertura no será retroactiva a la fecha del matrimonio o del registro de la Pareja de Hecho. Debe notificar inmediatamente a la Oficina del Fondo si se produce un retraso en la obtención de una copia del certificado de matrimonio o del registro de la Pareja de Hecho.

ii) Documentos de Nacimiento, Adopción o Tutela

Debe presentar un nuevo Formulario de Inscripción con los documentos requeridos según lo indicado anteriormente en un plazo de 60 días a partir de la fecha de nacimiento o colocación en adopción; de lo contrario, la fecha de elegibilidad de su hijo se retrasará. Debe notificar inmediatamente a la Oficina del Fondo si hay un retraso en la obtención de una copia del certificado de nacimiento o de los documentos de adopción.

iii) Certificados de Defunción

Deberá enviarse una copia del certificado de defunción a la Oficina del Fondo, a más tardar, 60 días después del fallecimiento de cualquier persona cubierta por el Plan. Si no se notifica a la Oficina del Fondo, es posible que no se proporcionen las prestaciones de COBRA y otras, si correspondiera.

iv) Documentos de Divorcio o Disolución de Pareja de Hecho

Debe presentar ante la Oficina del Fondo una copia de cualquier sentencia definitiva de divorcio o disolución de la Pareja de Hecho apenas esté disponible. Usted o su Excónyuge o expareja deberán reembolsar las prestaciones pagadas en su nombre después de la fecha de divorcio o disolución de la pareja.

F) Cambio de Dirección

Si desea cambiar su dirección, debe completar un formulario de cambio de dirección y enviarlo a la Oficina del Fondo. Puede obtener un formulario de cambio de dirección en cualquier oficina local del Sindicato, en la Oficina del Fondo o en el sitio web de la Oficina del Fondo: www.scptac.org.

IMPORTANTE

Si se produce un cambio en su situación familiar, como el matrimonio, el divorcio, la disolución de la pareja de hecho o el fallecimiento, o un cambio en la situación de un dependiente elegible o beneficiario con derecho a percibir prestaciones, o si cambia de domicilio, notifíquelo a la Oficina del Fondo lo antes posible, pero, a más tardar, 60 días después del cambio.

SECCIÓN

3. ELEGIBILIDAD

A) Establecimiento y Restablecimiento de la Elegibilidad

Usted adquiere el derecho a participar en el Plan en función de las horas acreditadas en su Banco de Elegibilidad por las contribuciones del Empleador Contribuyente al Plan. Los Empleadores realizan contribuciones al Plan en nombre de los empleados que trabajan en virtud de un Empleo Cubierto por un Convenio Colectivo.

Usted y los Dependientes Elegibles tienen derecho a las prestaciones una vez que hayan trabajado, y que su empresa haya pagado, 300 horas en un Empleo Cubierto en un plazo de 24 meses consecutivos. Si pierde el derecho a percibir la prestación, esta se restablecerá una vez que haya trabajado, y que su Empleador haya pagado, 300 horas en un Empleo Cubierto en un plazo de 24 meses consecutivos.

Las contribuciones se aplican al mes trabajado, no al mes en que la Oficina del Fondo recibe la contribución. Su cobertura puede retrasarse o aplicarse con carácter retroactivo si las contribuciones no se reciben a su vencimiento.

B) Mantener la Elegibilidad

Las horas pagadas en su nombre por un Empleador Contribuyente se abonarán a su Banco de Elegibilidad. El máximo de horas que puede acreditarse en su Banco de Elegibilidad es la cantidad que le proporcionará seis meses de elegibilidad (es decir, 900 horas).

Las horas se deducirán de su Banco de Elegibilidad por cada mes de elegibilidad. Este cargo, llamado Importe de Deducción Mensual, es de 150 horas.

Si el saldo de su Banco de Elegibilidad cae por debajo del Importe de Deducción Mensual, su elegibilidad terminará. Los saldos del Banco de Elegibilidad por debajo del Importe de Deducción Mensual permanecen en su Banco de Elegibilidad durante un período que no exceda los 24 meses consecutivos. Si no se restablece su elegibilidad en el plazo de 24 meses mediante las contribuciones del Empleador, se perderán las horas residuales.

Ejemplo 1: Fecha de Inicio de la Cobertura				
Mes	Horas por las que se Reciben las Contribuciones del Empleador	¿Es elegible?	Horas Deducidas para el Mes de Elegibilidad	Saldo del Banco de Elegibilidad
Enero	90	No	0	90
Febrero	120	No	0	210
Marzo	90	No	0	300
Abril	70	No	150	220
Mayo	80	<input checked="" type="checkbox"/>	150	150

Ejemplo 2: Fecha de Inicio de la Cobertura				
Mes	Horas por las que se Reciben las Contribuciones del Empleador	¿Es elegible?	Horas Deducidas para el Mes de Elegibilidad	Saldo del Banco de Elegibilidad
Enero	120	No	0	120
Febrero	180	No	0	300
Marzo	90	No	150	240
Abril	70	<input checked="" type="checkbox"/>	150	160
Mayo	80	<input checked="" type="checkbox"/>	150	90

Ejemplo 3: Fecha de Finalización de la Cobertura

Mes	Horas por las que se Reciben las Contribuciones del Empleador	¿Es elegible?	Horas Deducidas para el Mes de Elegibilidad	Saldo del Banco de Elegibilidad
Enero	120	No	0	120
Febrero	180	No	0	300
Marzo	90	No	150	240
Abril	70	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	150	160
Mayo	80	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	150	90
Junio	0	No	0	90

IMPORTANTE

Las contribuciones se aplican al mes trabajado, no al mes en que se ha enviado o recibido la contribución en la Oficina del Fondo. La cobertura puede retrasarse o aplicarse con carácter retroactivo si no se reciben las contribuciones a su vencimiento.

C) Suspensión y Finalización de la Elegibilidad

i) Cuándo Finaliza la Cobertura

Su cobertura finalizará en la primera de las siguientes fechas:

- 1) el último día del mes en el que su Banco de Elegibilidad sea inferior al Importe de Deducción Mensual vigente en ese momento (véase la sección 3(B), página 5);
- 2) el último día del mes en que se haya alcanzado el máximo de meses permitidos para la cobertura COBRA;
- 3) la fecha en que un pago de COBRA no se realiza a tiempo o no se realiza por el monto requerido;
- 4) la fecha de su fallecimiento;
- 5) la fecha en que empiece a trabajar en el sector de la fontanería, la calefacción y las tuberías fuera del Convenio Colectivo de United Association (el saldo de su Banco de Elegibilidad se perderá y no se restablecerá; sin embargo, puede tener derecho a adquirir la cobertura COBRA);
- 6) la fecha en la que entra en el Servicio Uniformado y, si dicho servicio es un Servicio Uniformado Calificado, no elige la cobertura del Plan (véase la sección 3(E), página 8); o
- 7) la fecha de entrada en vigencia en la que el Consejo de Administración da por terminado el Plan o modifica el Plan, lo que supone la pérdida de su derecho.

ii) Rescisiones de la Cobertura

Una rescisión de la cobertura es una cancelación o terminación retroactiva de su cobertura. El Plan puede rescindir la cobertura si la persona cuya cobertura se rescinde (o la persona a través de la cual se obtiene la cobertura de un dependiente) lleva a cabo un acto, práctica u omisión que constituya un fraude o realiza una tergiversación intencional de un hecho relevante. El Fondo debe avisar con 30 días de antelación a cada Participante que se vería afectado por la rescisión antes de que esta pueda producirse.

La terminación de la cobertura por no pagar una prima, incluida la de COBRA o la de las contribuciones en nombre de un individuo, no es una rescisión. Del mismo modo, la terminación de la cobertura con carácter retroactivo a la fecha del divorcio (u otro acontecimiento que haga que un dependiente no tenga derecho a la cobertura) no es una “rescisión” cuando no se notifica a la Oficina del Fondo el divorcio u otro acontecimiento descalificador y no se elige COBRA o el Empleado o excónyuge no paga la totalidad de la prima de COBRA para la cobertura. En estas circunstancias, el Fondo puede rescindir la cobertura, con carácter retroactivo, sin previo aviso. La terminación anticipada no es una rescisión.

D) Elegibilidad de los Dependientes

i) ¿Quiénes son los Dependientes Elegibles?

Sus Dependientes Elegibles pueden ser:

- 1) su Cónyuge;
- 2) su Pareja de Hecho; o
- 3) Cualquiera de los siguientes puntos suyos, de su Cónyuge o de su Pareja de Hecho:
 - a) hijo biológico;
 - b) hijo legalmente adoptado;
 - c) hijo entregado en adopción; o
 - d) hijo puesto bajo tutela legal.

El Plan cubrirá a los hijos hasta los 25 años, y la cobertura finalizará a las 12:01 horas del día en que el hijo cumpla 26 años. Los hijos estarán cubiertos independientemente de que (1) estén casados; (2) sean estudiantes a tiempo completo; (3) estén bajo la custodia de alguno de los padres o vivan con ellos; o (4) estén a cargo de alguno de ellos.

Se le pedirá que presente ante la Oficina del Fondo la documentación necesaria para establecer la elegibilidad del niño.

ii) Doble Cobertura

Si una persona tiene doble cobertura en el Plan (a) como Participante y como Dependiente Elegible o (b) como Dependiente Elegible de dos Participantes, se aplicarán las normas de coordinación de prestaciones. (Véase la sección 7, página 19).

iii) Cuándo Comienza la Cobertura de los Dependientes Elegibles

Una vez que haya proporcionado la documentación requerida, como se indicó en la sección 2(D), dentro del plazo de 60 días establecido en la sección 2(E), la cobertura de sus Dependientes Elegibles comenzará en la última de las siguientes fechas:

- 1) la fecha en la que reúne los requisitos;
- 2) la fecha de nacimiento del niño, o la fecha en que el niño le es entregado en adopción, la adopción se completa o se establece la tutela legal, lo que ocurra primero; o
- 3) su fecha de matrimonio o de registro de Pareja de Hecho, a menos que hayan transcurrido más de 60 días desde la fecha de matrimonio o de registro, en cuyo caso se tomará en cuenta el primer día del mes siguiente a la fecha en que la Oficina del Fondo reciba su certificado de matrimonio o de registro de la Pareja de Hecho.

Si no se presenta la documentación requerida en el plazo de 60 días, la cobertura no será retroactiva. Estas fechas pueden tener otras limitaciones que impongan los proveedores de prestaciones del Plan.

iv) Normas Especiales de Inscripción

- 1) La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) exige que si usted no se inscribe en un plan o elige no inscribir a sus Dependientes, tendrá la opción de inscribirse en las siguientes circunstancias:
 - a) cuando se case;
 - b) cuando tenga un nuevo Dependiente Elegible (ya sea por nacimiento, adopción o matrimonio con una persona que tenga hijos); o
 - c) cuando su Cónyuge o Pareja de Hecho legal estuviera cubierto por otro plan de salud grupal y haya perdido la elegibilidad, agotado la continuación de la cobertura de COBRA, o haya habido un cambio sustancial en la cobertura o el costo de modo que el Cónyuge o la Pareja de Hecho ya no podría estar cubierto.
- 2) Existe un período especial de inscripción de 60 días para un Dependiente Elegible que cumpla la definición de “hijo que califica” si (1) el niño pierde la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (“CHIP”, por sus siglas en inglés) según la ley estatal o (2) pasa a ser elegible para participar en un programa de ayuda con la prima en virtud de Medicaid o CHIP. Debe solicitar la inscripción en el Plan dentro de los 60 días siguientes a la pérdida de Medicaid/CHIP o a la determinación de la elegibilidad.

La Oficina del Fondo no puede responder las preguntas relativas a sus derechos en el marco de los programas patrocinados por el Estado. El estado de California o el estado de su residencia pueden ayudarlo con las preguntas de elegibilidad de Medicaid o CHIP.

v) Cuándo Termina la Cobertura de los Dependientes

La cobertura de su Dependiente Elegible termina en la primera de las siguientes fechas:

- 1) la fecha en la que su elegibilidad termina por motivos distintos a su fallecimiento (véase también la sección 3(D)(vi);

- 2) el final del mes en el que el dependiente deja de cumplir los requisitos como Dependiente Elegible debido a su divorcio o disolución de la Pareja de Hecho o a que el hijo cumple 26 años;
- 3) el primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud de baja de su dependiente;
- 4) el final del mes en que su hijo sea adoptado por otra persona;
- 5) la fecha de fallecimiento del dependiente; o
- 6) la fecha de entrada en vigencia en la que el Consejo de Administración da por terminado el Plan o modifica el Plan, lo que supone la pérdida de su derecho.

La elegibilidad puede extenderse en virtud de la Continuación de la Cobertura de COBRA. (Véase la sección 4, página 9).

IMPORTANTE

No se pagan prestaciones después de la pérdida de la condición de Dependiente Elegible. Deberá reembolsar los pagos de prestaciones o primas de seguro efectuados después de la fecha en que debería haber finalizado la cobertura por pérdida de elegibilidad. Es responsabilidad del Participante informar cualquier cambio en la condición de Dependiente Elegible.

vi) Dependientes Elegibles Sobrevivientes de Participantes Fallecidos

En caso de fallecimiento del Participante, los Dependientes Elegibles seguirán teniendo derecho a las prestaciones hasta que se agote el Banco de Elegibilidad.

Cuando se agota el Banco de Elegibilidad, los Dependientes Elegibles pueden continuar la cobertura solo en virtud de COBRA. (Véase la sección 4, página 9).

vii) Orden de Manutención Médica para Niños (QMCSO)

Además de los métodos anteriores para obtener la elegibilidad, este Plan proporcionará cobertura a un hijo si así lo exige una Orden de Manutención Médica Calificada para Niños (QMCSO, por sus siglas en inglés) de acuerdo con la sección 609 (a)(2)(A) de ERISA.

Una QMCSO es una orden judicial o una notificación administrativa que cumple ciertos requisitos legales. Si ha obtenido o recibido una QMCSO que exige que el Plan cubra a un hijo, debe proporcionar inmediatamente una copia a la Oficina del Fondo. El Plan cuenta con procedimientos para determinar si la orden u otro documento es una QMCSO. Puede solicitar una copia del procedimiento QMCSO del Plan.

E) Elegibilidad en virtud de USERRA

Según la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés), si participa en el Servicio Uniformado mientras está cubierto por el Plan y cumple los demás requisitos de dicha Ley, tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura para usted y sus Dependientes Elegibles. Puede elegir la cobertura básica o completa, como en el caso de COBRA. (Véase la sección 4, página 9).

i) Continuación de la Cobertura USERRA

La continuación de la cobertura de USERRA es generalmente la misma que la cobertura de COBRA y se proporcionará durante el menor de los siguientes períodos: (a) 18 meses a partir del final del mes durante el cual comienza su Servicio Uniformado Calificado o (b) el período que comienza al final del mes durante el cual usted se retira para el Servicio Uniformado Calificado y que termina en la fecha en que usted no firma la lista de personas sin trabajo o no se presenta de nuevo a trabajar con un Empleador Contribuyente dentro de los plazos previstos en USERRA.

ii) Costo de la Cobertura

Si se ausenta del trabajo para participar en el Servicio Uniformado Calificado durante un período de 30 días o menos, la continuación de la cobertura se proporciona sin costo alguno. Si su Servicio Uniformado Calificado es de 31 días o más, se le puede cobrar hasta el 102 % del costo total de la cobertura, como en el caso de COBRA.

iii) Tiene dos opciones en virtud de USERRA para el Servicio Uniformado Calificado

- 1) Congelar el Banco de Elegibilidad, Elegir USERRA
Independientemente de si tiene o no dinero en su Banco de Elegibilidad, puede optar por pagar usted mismo la continuación de la cobertura USERRA. En este caso, el dinero de su Banco de Elegibilidad se congelará hasta que regrese del Servicio Uniformado Calificado para trabajar con un Empleador Contribuyente y puede utilizarse en ese momento para establecer la continuación de su elegibilidad para la cobertura sin costo alguno para usted.
- 2) Congelar el Banco de Elegibilidad, Renunciar a USERRA
Puede optar por NO pagar la continuación de la cobertura conforme a la ley USERRA y congelar su Banco de Elegibilidad hasta que regrese del Servicio Uniformado Calificado para trabajar con un Empleador Contribuyente y luego utilizar el

saldo de su Banco de Elegibilidad en ese momento para establecer la continuación de su elegibilidad para la cobertura sin costo alguno para usted.

iv) Requisitos de Notificación

La ley USERRA le exige que notifique con antelación a su Empleador que se ausentará por un período de Servicio Uniformado, a menos que la notificación sea imposible o poco razonable o que no pueda hacerlo por necesidad militar. Al notificar a su Empleador, también debe notificar por escrito a la Oficina del Fondo y a WGAT que participará en el Servicio Uniformado y que elige continuar con su cobertura médica o congelar su Banco de Elegibilidad. En un plazo de 60 días a partir de la recepción de dicha notificación, la Oficina del Fondo le proporcionará información específica sobre el costo de la continuación de la cobertura conforme a USERRA, si así lo elige.

Si no notifica con antelación a la Oficina del Fondo su ausencia por el Servicio Uniformado, su cobertura finalizará a partir del último día del mes en el que deje su empleo por el Servicio Uniformado. Si su falta de notificación anticipada relativa al Servicio Uniformado está excusada, porque era imposible o irrazonable hacerlo o porque lo impedía la necesidad militar, la Oficina del Fondo restablecerá su cobertura de salud con carácter retroactivo a la fecha de salida del empleo si (1) se pone en contacto con la Oficina del Fondo para solicitar la continuación de la cobertura en un plazo de 30 días a partir de su salida y (2) envía el formulario de elección de la continuación de la cobertura según la ley USERRA a la Oficina del Fondo con su pago inicial en un plazo de 30 días a partir de la recepción de dicho formulario de la Oficina del Fondo.

SECCIÓN

4. AMPLIACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD – CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA

Es posible que pueda prolongar la elegibilidad pagando la continuación de la cobertura COBRA si experimenta un Evento que Califica.

Se le enviarán las solicitudes y los formularios de elección de COBRA si la Oficina del Fondo toma conocimiento de que es elegible.

A) ¿Qué es la Continuación de la Cobertura COBRA?

La ley federal (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 o COBRA, por sus siglas en inglés) exige que la mayoría de los planes de salud grupales (incluido este Plan) ofrezcan a los Empleados y a sus familias la oportunidad de continuar con su cobertura de asistencia sanitaria cuando se produzca un “Evento que Califica” que suponga la pérdida de la cobertura del Plan. Según el tipo de Evento que Califica, los “Beneficiarios Calificados” pueden incluir al Empleado cubierto por el plan de salud grupal, al Cónyuge elegible del Empleado cubierto y a los hijos elegibles del Empleado cubierto. Ni la Pareja de Hecho ni los hijos de la Pareja de Hecho son Beneficiarios Calificados según COBRA, pero pueden estar cubiertos si el Participante es un Beneficiario Calificado.

Antes de tomar la decisión de comprar COBRA, revise los costos y prestaciones disponibles a través del mercado Covered California. También puede ser elegible para una inscripción especial en un plan proporcionado por el empleador en el que participe su Cónyuge o Pareja de Hecho.

Usted, su Cónyuge elegible y su hijo elegible tienen la opción de elegir uno o ambos de los siguientes Planes COBRA:

- i) Cobertura médica: Proporciona cobertura solo para los gastos médicos.
- ii) Cobertura dental y oftalmológica: Proporciona cobertura dental y oftalmológica.

Las prestaciones por fallecimiento, muerte accidental o desmembramiento no están contempladas en COBRA. Cada Beneficiario Calificado que elija la continuación de la cobertura tendrá los mismos derechos que cualquier otra persona cubierta por el Plan, incluidos los derechos de inscripción especial.

B) Derechos del Participante Cubierto

Puede tener derecho a elegir esta continuación de la cobertura si pierde la cobertura sanitaria grupal a causa de un Evento que Califica.

Un Evento que Califica incluye:

- i) una reducción de su Banco de Elegibilidad por debajo del Importe de Deducción Mensual debido a un despido (véase la sección 3(B), página 5);
- ii) horario reducido;
- iii) desvinculación voluntaria;

- iv) discapacidad;
- v) jubilación; o
- vi) cualquier otro motivo, excepto una falta grave.

Si no elige la cobertura de COBRA, su Cónyuge y sus hijos elegibles tienen el derecho a elegir COBRA por separado.

C) Derechos del Cónyuge Elegible

Su Cónyuge puede tener derecho a elegir la continuación de la cobertura si usted pierde la cobertura de salud grupal del Plan a causa de un Evento que Califica, por ejemplo:

- i) una reducción de su Banco de Elegibilidad por debajo del Importe de Deducción Mensual (véase la sección 3(B), página 5) debido a un despido, reducción de horas, desvinculación voluntaria, discapacidad, jubilación o cualquier otro motivo, excepto una falta grave;
- ii) su fallecimiento;
- iii) su divorcio; o
- iv) la disolución de la Pareja de Hecho.

Tenga en cuenta que ni la Pareja de Hecho ni los hijos de la Pareja de Hecho son Beneficiarios Calificados según COBRA, pero pueden estar cubiertos si el Participante es un Beneficiario Calificado.

D) Derechos del Hijo Elegible

Su hijo elegible puede tener derecho a la continuación de la cobertura si esta se pierde a causa de un Evento que Califica, por ejemplo:

- i) una reducción de su Banco de Elegibilidad por debajo del Importe de Deducción Mensual (véase la sección 3(B), página 5) debido a un despido, reducción de horas, desvinculación voluntaria, discapacidad, jubilación o cualquier otro motivo, excepto una falta grave;
- ii) su fallecimiento;
- iii) que su hijo deje de ser un Dependiente Elegible según la definición de este Plan.

E) Duración de la Continuidad de la Cobertura

En caso de pérdida de la cobertura debido a la finalización del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, la cobertura puede continuar hasta 18 meses en virtud de COBRA. Si la cobertura se pierde por (1) su fallecimiento, (2) su divorcio o (3) el hecho de que su hijo deje de ser un Dependiente Elegible según los términos del Plan, la cobertura puede continuar durante un máximo de 36 meses. Cuando el Evento que Califica es el fin de su empleo o la reducción de sus horas de trabajo, y usted tuvo derecho a las prestaciones de Medicare menos de 18 meses antes del Evento que Califica, la cobertura de COBRA para los Beneficiarios Calificados, excepto usted, dura hasta 36 meses desde la fecha del derecho a las prestaciones de Medicare.

La continuidad de la cobertura de este Plan se dará por terminada antes de que finalice el período máximo si se produce alguna de las siguientes situaciones:

- i) La prima requerida no se paga a tiempo.
- ii) Un Beneficiario Calificado pasa a estar cubierto por otro plan de salud grupal.
- iii) Un Beneficiario Calificado adquiere derecho a las prestaciones de Medicare (en virtud de las Partes A, B o ambas) después de elegir la continuación de la cobertura.
- iv) El Plan deja de brindar cobertura a todos los Participantes.

La continuidad de la cobertura también puede terminarse por cualquier motivo por el que el Plan terminaría la cobertura de un Participante o Dependiente Elegible que no recibiera la continuidad de la cobertura (como el fraude).

Puede haber una nueva prórroga de este período si un Beneficiario Calificado tiene una discapacidad o se produce un segundo Evento que Califica. Se debe notificar a la Oficina del Fondo acerca de la discapacidad o del segundo Evento que Califica para extender este período de continuación de la cobertura. La falta de notificación de una discapacidad o del segundo Evento que Califica puede afectar el derecho a extender el período de continuación de la cobertura. Si un Beneficiario Calificado ya está recibiendo la cobertura de COBRA por el período máximo de 36 meses, la cobertura no puede extenderse por ninguno de estos eventos.

Períodos Máximos de Continuación de la Cobertura COBRA

Evento que Califica	Beneficiario Calificado	Período Máximo de Continuación en virtud del Plan
1. Reducción de las horas del Participante cubierto	Participante, Cónyuge e hijos elegibles	18 meses después de la fecha del Evento que Califica*
2. Desvinculación del empleo del Participante cubierto	Participante, Cónyuge e hijos elegibles	18 meses después de la fecha del Evento que Califica*
3. Fallecimiento del Participante cubierto	Cónyuge e hijos elegibles	36 meses después de la fecha del Evento que Califica
4. Divorcio del Participante cubierto	Cónyuge	36 meses después de la fecha del Evento que Califica
5. Pérdida de la condición de hijo elegible	Hijo elegible afectado	36 meses después de la fecha del Evento que Califica
6. Derecho del Participante cubierto a Medicare después de suscribirse a COBRA	Cónyuge e hijos elegibles	36 meses después del Evento que Califica inicial
7. Derecho del Participante cubierto a Medicare antes de suscribirse a COBRA	Cónyuge e hijos elegibles	Lo que ocurra después: 18 meses desde el Evento que Califica o 36 meses desde la fecha en que el Participante tenga derecho a Medicare

* Los períodos de continuación de las líneas 1, 2 y 3 comienzan una vez agotado el Banco de Elegibilidad, si lo hubiera.

F) Discapacidad

Si alguno de los Beneficiarios Calificados presenta una discapacidad, se puede extender la cobertura durante 11 meses. El resultado sería un período máximo de continuación de la cobertura de 29 meses. La discapacidad tiene que haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de continuación de la cobertura y debe durar, al menos, hasta el final del período de 18 meses de continuación de la cobertura. Para que se considere discapacitado según los términos del Plan, la Administración de la Seguridad Social (SSA, por sus siglas en inglés) debe determinar que el Beneficiario Calificado presenta una discapacidad. Si la SSA determinó que algún Beneficiario Calificado presentaba una discapacidad antes del inicio de la continuación de la cobertura, debe notificar este hecho a la Oficina del Fondo dentro de los primeros 60 días de la continuación de la cobertura. Si algún Beneficiario Calificado queda discapacitado dentro de los primeros 60 días de continuación de la cobertura, debe notificar este hecho a la Oficina del Fondo dentro de los 60 días siguientes a la determinación de la SSA y antes de que finalicen los primeros 18 meses de continuación de la cobertura. En cualquiera de los casos, su notificación debe enviarse por correo a la Oficina del Fondo y debe incluir una copia de la carta de determinación de la SSA. Todos los Beneficiarios Calificados que hayan elegido la continuación de la cobertura tendrán derecho a la prórroga de 11 meses por discapacidad si uno de ellos cumple los requisitos.

Si la SSA determina que el Beneficiario Calificado ya no está discapacitado, debe notificar este hecho a la Oficina del Fondo dentro de los 30 días siguientes a la determinación de la SSA.

G) Obligación de Notificar al Fondo

i) Divorcio o Disolución de la Pareja de Hecho

La cobertura del Cónyuge o la Pareja de Hecho finaliza en la fecha de divorcio o disolución de la Pareja de Hecho. Debe notificar por escrito el divorcio o la disolución adjuntando una copia de los documentos definitivos del divorcio o la disolución a la Oficina del Fondo lo antes posible, pero a más tardar 60 días después de que el divorcio o la disolución sean definitivos.

Si no se notifica el divorcio o la disolución a la Oficina del Fondo y se pagan las prestaciones, el Participante será responsable y deberá reembolsar los pagos en exceso. Además, la cobertura COBRA no se ofrecerá al Excónyuge.

Ni la Pareja de Hecho ni los hijos de la Pareja de Hecho son Beneficiarios Calificados según COBRA, pero pueden estar cubiertos si el Participante es un Beneficiario Calificado.

ii) Dependiente No Elegible

La cobertura de un hijo finaliza en la fecha en la que el hijo deja de cumplir los requisitos para que se lo considere Dependiente Elegible. Si el Plan no le ha notificado la pérdida de la cobertura de un hijo, debe notificar la pérdida de la condición de dependiente a la Oficina del Fondo lo antes posible, a más tardar, 60 días después de la pérdida de dicha condición.

Si no se notifica a la Oficina del Fondo la pérdida de la condición de Dependiente Elegible y se pagan las prestaciones, el Participante será responsable y deberá reembolsar al Fondo. Además, no se ofrecerá la cobertura COBRA al hijo no elegible.

iii) Fallecimiento

Se debe notificar a la Oficina del Fondo dentro de los 60 días siguientes al fallecimiento de cualquier persona cubierta por el Plan. Si no se notifica a la Oficina del Fondo, es posible que no se ofrezcan las prestaciones de COBRA y otras prestaciones, si correspondiera.

H) Elección de la Continuidad de la Cobertura

Para elegir la continuación de la cobertura, debe completar el/los formulario/s de elección proporcionados por la Oficina del Fondo y WGAT y enviarlos en un plazo de 60 días, según las indicaciones del formulario. Cada Beneficiario Calificado tiene un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura.

I) Costo de la Continuidad de la Cobertura

Debe pagar la totalidad del costo de la continuación de la cobertura. El importe que pagará no puede superar el 102 % del costo del plan de salud grupal por la cobertura de una persona en situación similar que no reciba la continuación de la cobertura (o, en el caso de una extensión de la continuación de la cobertura debido a una discapacidad, el 150 %). El pago requerido para la continuación de la cobertura se describe en las notificaciones que recibirá cuando tenga derecho a la cobertura COBRA.

J) Cuándo y Cómo Debe Pagar la Continuación de la Cobertura

i) Su Primer Pago

Si elige la continuación de la cobertura, no tiene que enviar ningún pago con el/los formulario/s de elección.

Sin embargo, debe realizar el primer pago de la continuación de la cobertura, a más tardar, 45 días después de la fecha de su elección oportuna. Su primer pago debe cubrir el número de meses que transcurren desde la fecha en que la cobertura habría finalizado hasta el mes en que realiza el primer pago. No puede haber un intervalo entre su elegibilidad regular y la elegibilidad para COBRA. Si no realiza el pago de la continuación de la cobertura en su totalidad dentro de los 45 días siguientes a la fecha de su elección oportuna, perderá todos los derechos de continuación de la cobertura en virtud del Plan.

Usted es responsable de asegurarse de que el importe de su primer pago sea suficiente para cubrir todo este período. La cobertura no se confirmará hasta que se reciba el pago.

Su Primer Pago de COBRA	
EJEMPLO	Si pierde la cobertura regular el 1 de enero y elige la cobertura COBRA el 1 de marzo, su primer pago debe realizarse, a más tardar, el 14 de abril. Si realiza el primer pago en marzo, debe incluir las primas correspondientes a los meses de enero a marzo. Si realiza el primer pago en abril, debe incluir las primas de enero a abril.

ii) Pagos Periódicos para la Continuación de la Cobertura

Después de efectuar el primer pago de la continuación de la cobertura, deberá pagar la continuación de la cobertura por cada mes subsiguiente. De acuerdo con el Plan, estos pagos periódicos deben realizarse antes del primer día del mes de cobertura.

El Plan puede enviar notificaciones periódicas de los pagos adeudados por esos períodos de cobertura, pero usted es responsable de realizar los pagos a tiempo, reciba o no las notificaciones.

iii) Período de Gracia para los Pagos Periódicos

Aunque los pagos periódicos vencen en las fechas indicadas, se le concederá un período de gracia hasta 30 días después del día 1 del mes de cobertura para realizar cada pago periódico. Se proporcionará la continuación de la cobertura para cada período de cobertura siempre que el pago de ese período de cobertura se realice antes de que finalice el período de gracia para ese pago. La cobertura no se confirmará hasta que se reciba el pago. Si no realiza un pago periódico antes de que finalice el período de gracia para dicho pago, perderá todos los derechos a la continuación de la cobertura del Plan.

EJEMPLO

Sus Pagos Periódicos de COBRA

El pago de la cobertura de julio debe realizarse, a más tardar, el 1 de julio. Si el pago no se recibe antes del 30 de julio, su cobertura se dará por terminada.

iv) Forma de Pago

Todos los pagos deben realizarse mediante cheque, cheque de caja o giro postal. No se acepta dinero en efectivo para los pagos de COBRA.

K) Más Información

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura oftalmológica o dental en el marco de COBRA, póngase en contacto con la Oficina del Fondo:

Landscape, Irrigation and Lawn Sprinkler Industry Health
and Welfare Fund
Attention: Eligibility Department
501 Shatto Place, Suite 500
Los Angeles, CA 90020

(800) 595-7473
(213) 385-6161
www.scptac.org
info@scptac.org

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura hospitalaria, médica y de medicamentos recetados de COBRA, póngase en contacto con Western Growers Assurance Trust:

Western Growers Assurance Trust
17620 Fitch Street
Irvine, CA 92614

(800) 777-7898
www.wgat.com

Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de ERISA, incluida COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, póngase en contacto con la Administración de Seguridad de Prestaciones para los Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos de su zona o visite el sitio web de EBSA en www.dol.gov/ebsa.

SECCIÓN

5. TRANSPORTISTAS Y PROVEEDORES DE SERVICIOS

Las compañías aseguradoras y los proveedores de servicios de este Plan son:

A) Para las prestaciones hospitalarias, médicas y de medicamentos

Western Growers Assurance Trust
17620 Fitch Street
Irvine, CA 92614
(800) 777-7898
www.wgat.com

Para obtener detalles completos sobre estas prestaciones, consulte la Descripción Resumida del Plan de WGAT y otros documentos proporcionados por WGAT.

B) Para las prestaciones dentales

Dental Health Services
3833 Atlantic Avenue
Long Beach, CA 90807
(562) 595-6000
www.dentalhealthservices.com

Para obtener información completa sobre estas prestaciones, consulte la Evidencia de Cobertura Combinada y el Formulario de Divulgación.

C) Para las prestaciones oftalmológicas

Anthem Blue Cross Blue View Vision
PO Box 629
Woodland Hills, CA 91365-0629
(866) 723-0515
www.anthem.com/ca

Para obtener información completa sobre estas prestaciones, consulte el Certificado de Seguro de Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company.

D) Para las prestaciones del seguro de vida o de muerte accidental o desmembramiento

The Hartford Life
PO Box 14299
Lexington, KY 40512-4299
(800) 523-2233
gbdcustomerservice@thehartford.com

Para obtener información completa sobre estas prestaciones, consulte el folleto “Su Plan de Prestaciones” de Hartford.

IMPORTANTE

Ningún proveedor de servicios de salud es un agente o representante del Plan o del Consejo de Administración. El Fondo no presta servicios médicos por sí mismo, ni controla o dirige la prestación de servicios o suministros sanitarios de terceros. Usted elige los proveedores a los que desea acudir para recibir tratamiento; el Fondo no le exige que acuda a ningún proveedor en particular para obtener tratamiento o suministros. El Fondo no declara ni garantiza de ningún modo que un proveedor proporcione servicios o suministros de atención sanitaria sin errores o que el proveedor que usted seleccione sea competente para tratar su enfermedad. Esto se aplica a todos los proveedores de atención de la salud, incluidas todas las entidades (y sus agentes, empleados y representantes) que tienen contrato con el Fondo para ofrecer servicios o suministros relacionados con la salud. Ninguna disposición de este Plan restringe la capacidad de un proveedor para divulgar opciones de tratamiento alternativas.

SECCIÓN

6. RECLAMACIONES Y APELACIONES

La mayoría de las reclamaciones y las apelaciones se presentan ante la aseguradora concreta que proporciona la prestación en cuestión. Por ejemplo, si su reclamación está relacionada con un tratamiento médico, una hospitalización o medicamentos recetados, su reclamación y cualquier apelación posterior se presentarán ante Western Growers Assurance Trust. Si su reclamación se relaciona con servicios dentales, su reclamación y cualquier apelación posterior se presentarán ante Dental Health Services. Si su reclamación está relacionada con la atención oftalmológica, su reclamación y cualquier apelación posterior se presentarán ante Anthem Blue Cross Blue View Vision. Si su reclamación implica el pago de una indemnización por fallecimiento, muerte accidental o desmembramiento, su reclamación y cualquier recurso posterior se presentarán ante The Hartford Life.

Si su reclamación o apelación se refiere a cualquier otra norma del Plan o a cualquier desacuerdo sobre la forma en que se administra el Plan, incluida la elegibilidad para participar en el Plan o cualquier decisión tomada por la Oficina del Fondo o el Consejo de Administración, deberá presentar la reclamación ante la Oficina del Fondo y la apelación ante el Comité de Apelaciones del Consejo de Administración del Fondo.

IMPORTANTE

Todas las solicitudes o reclamaciones de prestaciones deben presentarse directamente ante el proveedor de prestaciones o la aseguradora. En el caso poco frecuente de que sea necesario presentar su reclamación o solicitud ante la Oficina del Fondo o el Consejo de Administración, esta sección describe los procedimientos para presentar dicha reclamación o solicitud de prestaciones.

A) Tramitación de Reclamaciones ante la Oficina del Fondo

Los plazos en los que la Oficina del Fondo responderá a su reclamación dependen del tipo de reclamación presentada.

i) Reclamación de Atención Urgente

Una reclamación de atención urgente es una reclamación que implica atención médica de emergencia necesaria de inmediato para evitar un grave peligro para su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones, o que un médico con conocimiento de su estado de salud considera que lo sometería a un grave dolor si su reclamación no se tramita dentro del plazo de “atención urgente”, que es el siguiente. La Oficina del Fondo le notificará si su reclamación de atención urgente se ha aprobado o denegado lo antes posible, a más tardar, 72 horas después de recibir su reclamación, a menos que esta esté incompleta. La Oficina del Fondo le notificará lo antes posible si su reclamación está incompleta, a más tardar, 24 horas después de recibir su reclamación. La Oficina del Fondo puede notificarlo verbalmente, a menos que usted solicite una notificación por escrito. Luego, dispondrá de 48 horas para proporcionar la información especificada. Una vez recibida esta información adicional, la Oficina del Fondo le notificará su decisión lo antes posible, en el plazo de 48 horas tras la recepción de la información, o cuando finalice el plazo en el que debe proporcionar la información, lo que ocurra primero.

ii) Reclamación Previa al Servicio

Una reclamación previa al servicio es una reclamación que condiciona la recepción de una prestación, total o parcialmente, a su aprobación previa. La certificación previa del ingreso hospitalario es un ejemplo de reclamación previa al servicio. La Oficina del Fondo le notificará si su reclamación se ha aprobado o denegado en un plazo razonable, a más tardar, 15 días después de la recepción de su reclamación. Este plazo puede ampliarse por un período de 15 días, si circunstancias especiales ajenas a la Oficina del Fondo requieren tiempo adicional para tramitar su reclamación. Si se necesita una prórroga, la Oficina del Fondo le notificará, antes de que expire el plazo inicial de 15 días, las circunstancias que requieren una prórroga y la fecha en la que la Oficina del Fondo espera tomar una decisión. Si la Oficina del Fondo necesita una prórroga porque usted ha presentado una reclamación incompleta, se lo notificará en los cinco días siguientes a la recepción de su reclamación. La notificación describirá la información necesaria para tomar una decisión. Si la Oficina del Fondo necesita más información, el plazo para tomar una decisión sobre su reclamación se suspenderá desde la fecha en que se le envíe la notificación de la prórroga hasta la fecha en que usted responda la solicitud.

iii) Reclamación Posterior al Servicio

Una reclamación posterior al servicio es una reclamación presentada después de que se haya producido el servicio o procedimiento. La mayoría de las reclamaciones entran en esta categoría. La Oficina del Fondo le notificará su decisión en un plazo razonable, a más tardar, 30 días después de la recepción de su reclamación. Este plazo puede ampliarse por un período de 15 días, si circunstancias especiales ajenas a la Oficina del Fondo requieren tiempo adicional para tramitar su reclamación. Si se necesita una prórroga, la Oficina del Fondo le notificará, antes de que expire el plazo inicial de 15 días, las circunstancias que requieren una prórroga y la fecha en la que la Oficina del Fondo espera tomar una decisión. Si la Oficina del Fondo necesita una prórroga porque usted no ha presentado la información necesaria para tomar una decisión respecto de la reclamación, la notificación también describirá la información que necesita para tomar una decisión. Tendrá hasta 45 días después de recibir esta notificación para proporcionar la información especificada. Si la Oficina del Fondo necesita más información, el plazo para tomar una decisión sobre su reclamación se suspenderá desde la fecha en que se le envíe la notificación de la prórroga hasta la fecha en que usted responda la solicitud.

iv) Reclamación de Atención Concurrente

Una reclamación de atención concurrente es cualquier reclamación para ampliar el curso del tratamiento más allá del período de tiempo o el número de tratamientos que el Plan ya ha aprobado como tratamiento en curso que se proporcionará durante un período de tiempo o número de tratamientos. Una reclamación de atención concurrente puede ser una reclamación de atención urgente, una reclamación previa o posterior al servicio. Si la Oficina del Fondo ha aprobado un tratamiento continuo durante un período de tiempo, le notificará con antelación cualquier reducción o finalización de dicho tratamiento. Si presenta una reclamación de prórroga de un tratamiento, y dicha reclamación implica atención urgente, la Oficina del Fondo le notificará su decisión en un plazo de 24 horas después de recibir su reclamación, siempre que el Fondo reciba su reclamación al menos 24 horas antes de la expiración del tratamiento. Si la reclamación no implica atención urgente, la solicitud se resolverá en el plazo adecuado, según se trate de una reclamación previa o posterior al servicio.

v) Reclamación por Discapacidad

Una reclamación por discapacidad se tramitará como las reclamaciones médicas posteriores al servicio. Sin embargo, hay algunos plazos especiales que se aplican a la tramitación de una reclamación por discapacidad. La Oficina del Fondo le notificará su decisión en un plazo razonable, a más tardar, 45 días después de la recepción de su reclamación. Este plazo puede prorrogarse hasta dos períodos adicionales de 30 días por circunstancias ajenas a la Oficina del Fondo, si esta le notifica las prórrogas antes de que expiren los 45 días iniciales y el primer período de prórroga de 30 días, respectivamente. Toda notificación de prórroga identificará las circunstancias que requieren la prórroga, la fecha en la que la Oficina del Fondo espera tomar una decisión, las normas en las que se basa el derecho a una prestación, las cuestiones no resueltas que requieren una prórroga y la información adicional necesaria, en su caso, para resolver dichas cuestiones. Si la Oficina del Fondo necesita más

información, el plazo para tomar una decisión sobre su reclamación se suspenderá desde la fecha en que se le envíe la notificación de la prórroga hasta la fecha en que usted responda la solicitud.

Se le proporcionará, de forma gratuita y antes de que se emita una determinación adversa de beneficios, (a) cualquier prueba nueva o adicional considerada, generada o utilizada por el Plan con respecto a la reclamación, y (b) cualquier fundamento nuevo o adicional en el que se basará la determinación adversa de beneficios. Las pruebas o fundamentos nuevos o adicionales deben proporcionarse lo antes posible, y con suficiente antelación a la fecha de la determinación adversa de beneficios, a fin de darle una oportunidad razonable de responder a la nueva información antes de que se emita la determinación adversa de beneficios.

B) Notificación de Denegación de la Reclamación

Si se deniega una reclamación de prestaciones, total o parcialmente, o si se ha producido una rescisión de su cobertura, la Oficina del Fondo le proporcionará una notificación por escrito que (1) indique el motivo o los motivos específicos de la denegación, (2) haga referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la denegación o rescisión, (3) describa cualquier documento o información adicional que pueda ayudar a la reclamación, (4) explique por qué es necesaria esa información, y (5) describa los procedimientos de revisión del Fondo y los plazos aplicables, incluido el derecho a interponer una acción civil en virtud del artículo 502(a) de ERISA.

Si se basó en una norma interna, directriz, protocolo o criterio similar para tomar la determinación adversa, se le proporcionará la norma, directriz, protocolo o criterio similar específico, o recibirá una declaración de que se basó en él/ella para tomar dicha determinación, y se le proporcionará una copia si así lo solicita.

Si su reclamación se refiere a una prestación por discapacidad y es denegada, la Oficina del Fondo le proporcionará, si corresponde, lo siguiente: (1) cualquier criterio interno específico, incluidas las normas o directrices internas utilizadas para tomar la determinación, y (2) una explicación de cualquier desacuerdo con la determinación de un profesional de la salud que lo haya tratado o evaluado, un especialista/profesional médico cuyo asesoramiento haya sido obtenido por el Fondo, o una determinación de discapacidad de la SSA.

Si la determinación adversa se basa en un criterio médico, se le proporcionará una explicación del criterio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que dicha explicación se dará de forma gratuita si se solicita.

C) Procedimiento de Apelaciones

Este Plan incluye un procedimiento de apelación que debe seguirse antes de presentar una demanda que involucre al Plan, al Consejo de Administración o al Fondo. La finalidad del procedimiento de apelaciones es hacer posible que las reclamaciones y los conflictos se resuelvan de forma justa y eficaz sin necesidad de recurrir a litigios costosos.

IMPORTANTE

La mayoría de las apelaciones deben presentarse directamente ante el proveedor de prestaciones o la aseguradora. En el caso poco frecuente de que su apelación deba presentarse ante el Consejo de Administración del Fondo, esta sección describe los procedimientos para presentar dicha apelación.

i) Apelar una Denegación de Prestación

Si su reclamación de prestaciones es denegada, total o parcialmente, o si se ha producido una rescisión de su cobertura, puede solicitar que el Consejo de Administración revise la denegación de prestaciones o la rescisión de la cobertura. El Consejo de Administración ha delegado la responsabilidad de decidir las apelaciones en su Comité de Apelaciones. (En algunos casos, el Consejo de Administración puede decidir evaluar una apelación y, en otros, el Comité de Apelaciones puede delegar la responsabilidad de evaluar una apelación a un subgrupo del Comité). Todas las apelaciones, a excepción de las de atención urgente, deben presentarse por escrito. Una apelación de atención urgente puede ser verbal o escrita y puede hacerse por teléfono, fax u otros medios disponibles. El Fondo debe recibir todas las apelaciones dentro de los 180 días calendario siguientes a la recepción de la notificación de denegación o rescisión de la cobertura por parte de la Oficina del Fondo. Si no se presenta una apelación por escrito dentro del plazo previsto, se considerará que se ha renunciado por completo al derecho de apelar, y la decisión del Fondo será definitiva y vinculante.

Al presentar su apelación, tiene la oportunidad de agregar comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con su reclamación de prestaciones u objeción a la rescisión de la cobertura. También tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información relevante para su reclamación de prestaciones o rescisión de la cobertura. Las comparecencias personales en las apelaciones quedan a discreción del Comité de Apelaciones.

Su apelación debe expresar las razones específicas por las que cree que la denegación de su reclamación fue un error. También debe presentar cualquier documento o registro que respalde su reclamación. Esto no significa que esté obligado a citar todas las disposiciones del Plan que se aplican o a presentar argumentos “legales”; sin embargo, su apelación debe expresar claramente por qué cree que tiene derecho a las prestaciones u otra reparación que reclame. El Comité de Apelaciones puede considerar mejor su posición si entiende claramente sus reclamaciones, motivos u objeciones.

La revisión del Comité de Apelaciones considerará todos los comentarios, documentos, registros y demás información que usted presente, sin tener en cuenta si dicha información se presentó a la Oficina del Fondo o fue considerada por esta oficina en su determinación. El Comité de Apelaciones tampoco dará preferencia a la decisión inicial de la Oficina del Fondo.

La Oficina del Fondo mantiene un registro de las determinaciones apeladas y las interpretaciones del Plan, de modo que puedan consultarse en futuros casos con circunstancias similares.

Al decidir la apelación de una determinación de la Oficina del Fondo que se basó, en su totalidad o en parte, en un criterio médico, el Comité de Apelaciones consultará, cuando sea apropiado, a un profesional de la salud que tenga la capacitación y experiencia apropiadas en esa especialidad particular de la medicina, y que no fuera consultado por la Oficina del Fondo en relación con su determinación. También se le facilitará la identidad de cualquier especialista médico o profesional cuyo asesoramiento se haya obtenido en cualquier nivel del proceso de reclamaciones y apelaciones, sin tener en cuenta si se ha tomado en cuenta dicho asesoramiento.

ii) Plazos de las Decisiones del Comité de Apelaciones

El Comité de Apelaciones (o un subgrupo del mismo, si está autorizado, o el Consejo de Administración, si no se delega en el Comité) decidirá todas las apelaciones.

Apelaciones Posteriores al Servicio. La mayoría de las reclamaciones serán apelaciones posteriores al servicio. El Comité de Apelaciones se reunirá, al menos, una vez cada tres meses para revisar las apelaciones pendientes. La decisión del Comité de Apelaciones se tomará en la reunión inmediatamente posterior a la fecha en que la Oficina del Fondo reciba la apelación. Si la apelación se recibe durante los 30 días anteriores a la reunión, la decisión no se tomará hasta la segunda reunión posterior a la recepción de la apelación. El plazo de tramitación de una apelación puede ampliarse en circunstancias especiales mediante notificación por escrito dirigida a usted antes del inicio de la prórroga. Dicha prórroga solo podrá durar hasta la tercera reunión posterior a la recepción de la apelación.

iii) Notificación de la Decisión sobre la Apelación

La decisión del Comité de Apelaciones se notificará por escrito en un plazo de cinco días a partir de la fecha de la reunión en la que se revisó la apelación.

Apelaciones de Reclamaciones de Atención Urgente. La apelación de una reclamación de atención urgente se resolverá lo antes posible, a más tardar, 72 horas después de que la reciba la Oficina del Fondo.

Apelaciones de Reclamaciones Previas al Servicio. La apelación de una reclamación previa al servicio se resolverá dentro de un plazo razonable, a más tardar, 15 días después de su recepción por la Oficina del Fondo.

Apelaciones de Reclamaciones Concurrentes. La apelación de una reclamación concurrente se decidirá dentro del plazo de una apelación de reclamación posterior o previa al servicio, según el tipo de apelación.

Apelaciones de Reclamaciones por discapacidad. Si su reclamación se refiere a prestaciones por discapacidad, se decidirá dentro del plazo de una apelación de reclamación posterior al servicio.

Si su apelación es denegada, total o parcialmente, recibirá una decisión por escrito que incluirá: (1) el/los motivo/s específico/s de la denegación; (2) las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la denegación; (3) una declaración de que tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable a todos los documentos, registros y demás información relevante para su reclamación, así como copias de los mismos; y (4) una declaración de su derecho a presentar una demanda en virtud del artículo 502(a) de ERISA.

Si se basó en una norma interna, directriz, protocolo o criterio similar para tomar la determinación adversa, se le proporcionará la norma, directriz, protocolo o criterio similar específico, o recibirá una declaración de que se basó en él/ella para tomar la determinación, y se le proporcionará una copia si así lo solicita.

Si la decisión se basa en un criterio médico, se le proporcionará una explicación del criterio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de que dicha explicación se dará de forma gratuita si se solicita.

Si su apelación se refiere a una prestación por discapacidad y es denegada, se le facilitará, si corresponde, lo siguiente: (1) cualquier criterio interno específico, incluidas las normas o directrices internas utilizadas para tomar la determinación, y (2) una explicación de cualquier desacuerdo con la determinación de un profesional de la salud que lo haya tratado o evaluado, un especialista/profesional médico cuyo asesoramiento haya sido obtenido por el Fondo, o una determinación de discapacidad de la SSA.

Si, al revisar su apelación para obtener una prestación por discapacidad, el Comité de Apelaciones o el Consejo de Administración consideran, se basan o generan cualquier prueba nueva o adicional, o si el Comité o el Consejo están considerando denegar su apelación basándose en fundamentos nuevos o adicionales, se le proporcionará esta información, sin costo alguno, y se le dará una oportunidad razonable para responder antes de que se tome una decisión adversa.

iv) Las Decisiones sobre la Apelación son Definitivas y Vinculantes

La decisión del Comité de Apelaciones es definitiva y vinculante para todas las partes, incluida cualquier persona que reclame una prestación en su nombre.

Una vez que se ha dictado una decisión definitiva, no tiene derecho a volver a presentar la misma apelación, ni a solicitar una reconsideración, y si se presenta tal apelación o solicitud de reconsideración, el Comité de Apelaciones puede negarse a considerarla.

En su calidad de comité de los Fideicomisarios, el Comité de Apelaciones tiene plena discreción y autoridad para determinar todos los asuntos relacionados con las prestaciones proporcionadas en virtud de este Plan, incluso, entre otras, todas las cuestiones de cobertura, elegibilidad y métodos para proporcionar o coordinar las prestaciones. Como comité de los Fideicomisarios, el Comité de Apelaciones también tiene plena discreción y autoridad sobre el estándar de prueba requerido para cualquier investigación, reclamación o apelación y sobre la aplicación e interpretación del Plan. El Consejo de Administración ha delegado en el Comité de Apelaciones su autoridad para tomar decisiones definitivas sobre las apelaciones. En la medida en que el Consejo de Administración no delegue esta autoridad para una o varias apelaciones, el Consejo de Administración sustituirá al Comité de Apelaciones en este procedimiento de apelación y tendrá plena discreción para decidir una apelación como se establece en este párrafo.

Si el Comité de Apelaciones deniega la apelación y usted decide solicitar una revisión judicial, la decisión de dicho Comité estará sujeta a una revisión judicial limitada para determinar únicamente si la decisión fue arbitraria y caprichosa. Por lo general, no se puede interponer ninguna demanda sin agotar previamente los procedimientos de reclamación y apelación mencionados. Tampoco podrá utilizarse ninguna prueba en los tribunales si no se ha presentado primero ante el Comité de Apelaciones con anterioridad a la decisión sobre la apelación. No podrá iniciarse ninguna acción legal contra el Fideicomiso, el Plan o los Fideicomisarios una vez transcurridos dos años desde la denegación de la apelación.

IMPORTANTE

No podrá iniciarse ninguna acción judicial contra el Fondo o los Fideicomisarios una vez transcurridos dos años desde la denegación de la apelación.

v) Derecho a un Representante Autorizado

Para presentar una reclamación o una apelación, puede contar con un representante autorizado. Si su representante no es un abogado ni un delegado designado por el tribunal, debe designar al representante mediante una declaración por escrito firmada. Se supone que el padre o la madre de un hijo menor de edad es el representante autorizado del hijo a efectos de presentar una reclamación de prestaciones o apelar una denegación de dicha reclamación. Sin embargo, ni usted ni su representante tienen derecho a una audiencia o comparecencia en persona ante los Fideicomisarios o el Comité de Apelaciones.

vi) Otras Apelaciones

Si recibe cualquier correspondencia por escrito de la Oficina del Fondo que pueda interpretarse como adversa a sus intereses, puede recurrir al Comité de Apelaciones para que determine o revise dicha correspondencia. Dicha solicitud de revisión debe presentarse por escrito y dentro de los 180 días calendario siguientes a la recepción de la correspondencia de la Oficina del Fondo. Dichas apelaciones se tramitarán de la misma manera que las apelaciones de reclamaciones de prestaciones.

SECCIÓN

7. COORDINACIÓN DE LAS PRESTACIONES

Las prestaciones médicas, oftalmológicas y de medicamentos recetados se coordinan con las proporcionadas a los Empleados Elegibles y Dependientes Elegibles por cualquier otro plan grupal hospitalario, de prestaciones médicas o servicios. El asegurador del proveedor de las prestaciones le proporcionará la información necesaria si esta disposición se aplica a su reclamación o situación particular.

Consulte la Descripción Resumida del Plan de WGAT para obtener detalles sobre la coordinación de las prestaciones hospitalarias, médicas y de medicamentos recetados.

SECCIÓN

8. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

Este Plan no cubre ninguna enfermedad, lesión u otra afección por la que un tercero pueda ser responsable o legalmente responsable debido a negligencia, un acto intencional o el incumplimiento de cualquier obligación legal por parte de ese tercero y contra el que un Participante o Dependiente Elegible tenga una reclamación. Sin embargo, la aseguradora o el proveedor de prestaciones puede pagar condicionalmente las prestaciones, una vez que usted haya proporcionado una declaración por escrito en la que manifieste que reembolsará a la aseguradora o al proveedor si su reclamación contra el tercero genera un reintegro por dicha enfermedad o lesión mientras se resuelve la reclamación, y puede cubrir dichas prestaciones en la medida en que el reintegro contra el tercero no tenga éxito. El asegurador del proveedor de las prestaciones le proporcionará la información necesaria si esta disposición se aplica a su reclamación o situación particular.

Consulte la Descripción Resumida del Plan de WGAT para conocer los detalles relativos a la responsabilidad frente a terceros en relación con las prestaciones hospitalarias, médicas y de medicamentos recetados.

SECCIÓN

9. AVISOS IMPORTANTES

A) Sin Cesión de Prestaciones

Nadie, incluido, entre otros, un Participante o Dependiente Elegible, está autorizado a ceder ninguna prestación, ningún derecho ni ninguna reclamación de prestaciones a ningún tercero, incluido, entre otros, un proveedor o una institución, sin el consentimiento expreso por escrito del Consejo de Administración. Por consiguiente, a menos que se proporcione un consentimiento por escrito, el Plan no reconocerá ni aceptará ninguna cesión de prestaciones, derechos o reclamaciones de prestaciones, ni ninguna apelación de una reclamación de prestaciones denegada. “Prestaciones, derechos o reclamaciones de prestaciones” incluye, entre otros conceptos: (i) una reclamación, o la apelación de una reclamación denegada, para el pago de una prestación en virtud de los términos de la Descripción Resumida del Plan u otro documento o comunicación del Plan; (ii) una reclamación de prestaciones u otra reparación en virtud del artículo 502(a) de ERISA; (iii) una reclamación por incumplimiento de las obligaciones fiduciarias en virtud de ERISA o del derecho común; (iv) una reclamación presentada en virtud de la legislación estatal; o (v) una reclamación de las sanciones imponibles en virtud de cualquier ley o reglamento.

Un Participante o Dependiente Elegible puede ordenar que las prestaciones pagaderas de este Plan se paguen al proveedor o la institución que brindó la atención médica relacionada al Participante o Dependiente Elegible. Sin embargo, el Plan no está obligado a aceptar dicha directiva y ningún pago realizado por el Plan al proveedor, ni ninguna comunicación sobre las prestaciones o los pagos entre los representantes del Plan y un proveedor o institución se considerará una cesión de la prestación/reclamación o una apelación, una renuncia a esta prohibición de cesión o un contrato con el proveedor o institución para pagar las prestaciones.

B) Pagos Erróneos

Se hará todo lo posible para garantizar la exactitud en el pago de sus prestaciones. Si se descubre un error, independientemente del tiempo que haya transcurrido, y se determina que el Fondo ha pagado prestaciones a las que no tiene derecho, usted está obligado a reembolsarle al Fondo los pagos erróneos, incluidos los honorarios de los abogados, los intereses y los gastos de cobro razonables. Los Fideicomisarios tienen derecho a reclamarle el reembolso por cualquier medio legal, incluido el derecho a reducir los futuros pagos de prestaciones para usted o sus Dependientes Elegibles por el importe del pago erróneo.

C) Declaración Falsa o Fraude

Si recibe prestaciones como resultado de información falsa o una declaración engañosa o fraudulenta, deberá devolver todos los importes erróneos abonados por el Fondo y será responsable de todos los gastos de cobro, incluidos los honorarios de los abogados. Los Fideicomisarios se reservan el derecho a reducir los futuros pagos de prestaciones por el importe del pago realizado a causa de un fraude o una declaración falsa.

D) Sin Responsabilidad del Fondo

El uso de los servicios de cualquier hospital, médico u otro proveedor de atención de la salud, ya sea designado por el Fondo o de otra manera, es un acto voluntario suyo. Ninguna disposición en esta SPD Complementaria pretende ser una recomendación o instrucción para utilizar un proveedor. Debe seleccionar un proveedor o tratamiento sobre la base de todos los factores apropiados, de los cuales solo uno es la cobertura del Plan. Los proveedores son contratistas independientes, no empleados ni subcontratistas del Plan. Los Fideicomisarios no realizan declaración alguna sobre la calidad del servicio o el tratamiento de los proveedores y no son responsables de ningún acto u omisión de los proveedores en relación con la cobertura del Fondo. El proveedor es el único responsable de los servicios y tratamientos prestados.

Ni el Plan, ni el Consejo de Administración ni ninguna de las personas designadas se dedican al ejercicio de la medicina, así como tampoco tienen control alguno sobre el diagnóstico, el tratamiento, la atención o la falta de ella, ni sobre ningún servicio de atención de la salud prestado o entregado a alguien por cualquier proveedor de atención de la salud. Ni el Plan, ni el Consejo de Administración, ni ninguna de las personas designadas asumen responsabilidad por cualquier pérdida o lesión causada a cualquier persona por un proveedor de atención de la salud debido a negligencia, falta de atención o tratamiento, o de otra manera.

SECCIÓN

10. INFORMACIÓN REQUERIDA POR ERISA

La siguiente información adicional relativa al Plan se le proporciona de acuerdo con la Ley de Seguridad de la Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés). Los términos de esta sección son, en general, los que se definen en la ley ERISA, a menos que estén con mayúscula inicial.

A) Nombre y Tipo de Plan

El nombre del Plan es Plan de Salud y Bienestar de la Industria del Paisajismo, el Riego y la Aspersión de Césped. Se trata de un plan de salud y bienestar multiempresarial. Ofrece prestaciones médicas, de medicamentos recetados, oftalmológicas, dentales, de fallecimiento y de muerte accidental o desmembramiento.

B) Números de Identificación

El número de identificación fiscal del Servicio de Impuestos Internos del Fondo es 95-4418990. El número del Plan es el 501.

C) Año del Plan

El Año del Plan es el Año Calendario que va del 1 de enero al 31 de diciembre.

D) Patrocinador del Plan, Fiduciario Designado y Administrador

El Plan se mantiene en virtud de un fideicomiso negociado colectivamente y dirigido conjuntamente por los trabajadores y la gerencia. El Consejo de Administración es el patrocinador del plan, el administrador del plan y el fiduciario designado en virtud de ERISA.

E) Consejo de Administración

El Consejo de Administración está formado por representantes del Empleador y el Sindicato, seleccionados por los Empleadores y los Sindicatos, de conformidad con el Contrato de Fideicomiso que se relaciona con este Plan. Si desea ponerse en contacto con el Consejo de Administración, puede hacerlo en:

Board of Trustees
Landscape, Irrigation and Lawn Sprinkler Industry Health
and Welfare Fund
501 Shatto Place, Suite 500
Los Angeles, CA 90020

(800) 595-7473
(213) 385-6161
www.scptac.org
info@scptac.org

F) Oficina del Fondo

El Consejo de Administración ha designado a Southern California Pipe Trades Administrative Corporation para que desempeñe las funciones comerciales diarias del Plan. Puede ponerse en contacto con la Oficina del Fondo en:

Southern California Pipe Trades Administrative Corporation	(800) 595-7473
Attention: Joel Brick	(213) 385-6161
501 Shatto Place, Suite 500	www.scptac.org
Los Angeles, CA 90020	info@scptac.org

G) Agente Notificador de Procesos Legales

El nombre y la dirección del agente designado para la notificación de procesos legales es:

Landscape, Irrigation and Lawn Sprinkler Industry Health and Welfare Fund
Attention: Joel Brick
501 Shatto Place, Suite 500
Los Angeles, CA 90020

La notificación de un proceso legal también puede realizarse a un fideicomisario del plan o al administrador del plan.

H) Fuente de las Contribuciones e Identidad de Cualquier Organización a través de la cual se Proporcionan las Prestaciones

Las contribuciones al Fondo se realizan mediante:

- i) los Empleadores, de acuerdo con sus Convenios Colectivos o con los términos de un Acuerdo de Participación, que requieren que se realicen contribuciones al Fondo; y
- ii) el pago propio para la continuación de la cobertura de COBRA, tal como se describió en la sección 4, página 9.

La Oficina del Fondo le proporcionará, previa solicitud por escrito, una lista completa de los Empleadores y Sindicatos que forman parte de un Convenio Colectivo, así como sus direcciones. La Oficina del Fondo también proporcionará información sobre si un empleador específico está obligado a realizar contribuciones al Fondo en nombre de los empleados que trabajan en virtud de un Convenio Colectivo o Acuerdo de Participación y la dirección de dicho empleador.

El Consejo de Administración mantiene los activos del Fondo en fideicomiso. La custodia de los activos del Fondo está en manos de U.S. Bank, N.A. Los activos se utilizan exclusivamente para proporcionar prestaciones a los participantes y beneficiarios de acuerdo con las disposiciones del Plan, y para pagar los gastos administrativos razonables del Fondo.

Todos los tipos de prestaciones que ofrece el Plan a los Empleados activos se establecen en esta SPD Complementaria.

I) Convenio Colectivo

Las contribuciones al Fondo se realizan de acuerdo con los Convenios Colectivos entre los Empleadores y District Council No. 16 de United Association, o los Sindicatos locales afiliados de District Council No. 16 o de United Association. Los sindicatos locales de United Association afiliados a District Council No. 16 son los números 78, 114, 230, 250, 345, 364, 398, 403, 460, 484, 582 y 761. La Oficina del Fondo le proporcionará, previa solicitud por escrito, una copia del Convenio Colectivo aplicable. El Convenio Colectivo también está disponible para su examen en la Oficina del Fondo. El principal Convenio Colectivo en virtud del cual se hacen la mayoría de las contribuciones a este Fondo es el Acuerdo entre District Council 16 y California Plumbing & Mechanical Contractors Association (CPMCA).

J) Finalización del Plan

Se pretende que este Plan continúe por tiempo indefinido, pero el Consejo de Administración se reserva el derecho de cambiar o interrumpir el Plan en cualquier momento. Los activos también pueden transferirse a un fondo sucesor que proporcione prestaciones de atención de la salud. Los Fideicomisarios podrán dar por terminado el Plan mediante un documento por escrito adoptado por la mayoría de los Fideicomisarios del Sindicato y del Empleador si, en su opinión, el Fondo no es adecuado para llevar a cabo su propósito o para hacer frente a los pagos adeudados o que pueden llegar a adeudarse. El Plan también puede finalizar si no hay personas vivas que puedan calificar como participantes o beneficiarios o si ya no hay ningún Convenio Colectivo que exija contribuciones al Fondo. Los Fideicomisarios tienen plena discreción para determinar cuándo debe finalizar el Fondo y si debe darse por finalizado.

En caso de finalización del Plan, los Fideicomisarios se encargarán de (i) pagar los gastos del Fondo incurridos hasta la fecha de finalización, así como los gastos relacionados con la finalización; (ii) organizar una auditoría final del fondo; (iii) notificar, preparar y presentar cualquier informe requerido por la ley; y (iv) aplicar los activos del Fondo de acuerdo con la ley y el Plan, incluidas las

enmiendas adoptadas como parte de la finalización, hasta que se distribuyan los activos. En ningún caso se revertirá parte del Fondo en beneficio de un Empleador, de una asociación de empleadores o del Sindicato.

Al momento de la finalización del Plan y del Fondo, los Fideicomisarios notificarán de inmediato al Sindicato, a cualquier asociación de empleadores, a los Empleadores y a todas las demás partes interesadas. Los Fideicomisarios continuarán como Fideicomisarios a efectos de la liquidación de los asuntos del Plan.

K) Acciones de los Fideicomisarios

Los Fideicomisarios tienen plena discreción y autoridad sobre el criterio de prueba para cualquier investigación, reclamación o apelación y sobre la aplicación e interpretación del Plan y del fideicomiso. No se podrá iniciar ningún procedimiento legal en ningún tribunal u organismo administrativo contra el Plan o sus Fideicomisarios, a menos que se hayan agotado todos los procedimientos de revisión con los Fideicomisarios. No podrá iniciarse ninguna acción legal contra el fideicomiso, el Plan o los Fideicomisarios una vez transcurridos dos años desde la denegación de la apelación.

L) Derecho de Enmienda

Los Fideicomisarios tienen total discreción para enmendar o modificar el Plan o el fideicomiso y cualquiera de sus disposiciones, total o parcialmente, en cualquier momento. Esto significa que los Fideicomisarios pueden reducir, eliminar o modificar las prestaciones, así como mejorarlas. Los Fideicomisarios también pueden modificar la duración o eliminar la cobertura de los Participantes, Dependientes Elegibles y Beneficiarios. Los Fideicomisarios también pueden modificar cualquier requisito de elegibilidad para la cobertura.

M) Derechos en virtud de ERISA

Como participante en el Plan de Salud y Bienestar de la Industria del Paisajismo, el Riego y la Aspersión de Césped, usted tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos Jubilatorios de los Empleados de 1974 (ERISA). ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

i) Recibir Información sobre su Plan y Prestaciones

- 1) Examinar, sin costo alguno, en la oficina del administrador del plan y en otros lugares especificados, como los puestos de trabajo y las sedes sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y los convenios colectivos, así como una copia del último informe anual (formulario de la serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de las Prestaciones de los Empleados.
- 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, así como copias del último informe anual (formulario de la serie 5500) y una descripción resumida del plan actualizada. El administrador puede cobrar un monto razonable por las copias.
- 3) Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El administrador del plan está obligado por ley a entregar a cada participante un ejemplar de este informe anual resumido.

ii) Continuar con la Cobertura del Plan de Salud Grupal

Continuar con la cobertura sanitaria para usted, su cónyuge o sus dependientes si se produce una pérdida de la cobertura del Plan como consecuencia de un Evento que Califica. Usted o sus dependientes tendrán que pagar por dicha cobertura. Revise esta Descripción Resumida del Plan y los documentos que rigen el Plan en relación con sus derechos de continuación de la cobertura de COBRA.

iii) Acciones Prudentes de los Fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de su funcionamiento. Las personas que gestionan su Plan, denominadas “fiduciarios” del Plan, tienen la obligación de hacerlo con prudencia y en interés suyo y de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni su empleador, ni su sindicato, ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para impedirle obtener una prestación social o ejercer sus derechos en virtud de ERISA.

iv) Ejercer sus Derechos

Si se le deniega o se ignora su reclamación de una prestación social, total o parcialmente, tiene derecho a saber el motivo, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin costo alguno y a apelar cualquier denegación, todo ello dentro de plazos determinados.

En virtud de la ley ERISA, hay medidas que puede tomar 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, el tribunal puede exigirle al administrador del plan que le proporcione los documentos y le pague \$110 diarios (como máximo) hasta que los reciba, a menos que los documentos no se hayan enviado por razones ajenas al administrador del plan. Si su reclamación de prestaciones es denegada o ignorada, total o parcialmente,

puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan, o con la falta de ella, en lo que respecta a la calificación de una orden de relaciones domésticas o de una orden de manutención médica de los hijos, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. Si los fiduciarios del Plan hacen un mal uso del dinero del plan, o si se lo discrimina por hacer valer sus derechos, puede pedir ayuda al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios de los abogados. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenarle a la persona a la que ha demandado que pague las costas y los honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estas costas y honorarios, por ejemplo, si considera que su demanda es infundada.

v) Asistencia con Sus Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe ponerse en contacto con el administrador del plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de la ley ERISA, o si necesita ayuda para obtener los documentos del administrador del plan, debe ponerse en contacto con la oficina más cercana de Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, que figura en su guía telefónica, o con Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener determinadas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de la ley ERISA llamando a la línea telefónica de publicaciones de la Administración de Seguridad de las Prestaciones de los Empleados.

SECCIÓN

11. OTRAS LEYES FEDERALES

A) Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)

i) Información de Salud Protegida

El Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos publicó las Normas para la Privacidad de la Información de Salud de Identificación Personal. De acuerdo con la HIPAA, estas normas le dan un mayor control sobre quién puede tener acceso a la información de su historial médico. Los planes de salud, como este Plan, no pueden compartir Información de Salud Protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés) en muchas circunstancias sin una autorización escrita.

ii) Uso o Divulgación de la PHI

El Fondo puede utilizar o divulgar su PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica sin su autorización por escrito.

- a) Por lo general, el pago se refiere a las actividades de un Fondo para cobrar las primas, cumplir sus responsabilidades de cobertura y proporcionar prestaciones en virtud del Plan, así como para obtener o proporcionar el reembolso de la prestación de atención de la salud. El pago puede incluir, entre otras cosas, lo siguiente: determinar la cobertura y las prestaciones del Plan, pagar u obtener el reembolso de la atención de la salud, adjudicar la subrogación de las reclamaciones de atención de la salud o la coordinación de las prestaciones, facturar y cobrar, presentar reclamaciones para el seguro de limitación de pérdidas, determinar la necesidad médica y realizar la revisión de la utilización. Por ejemplo, el Fondo divulgará la PHI mínima necesaria a los proveedores de servicios médicos a efectos del pago.
- b) Las operaciones de atención de la salud son ciertas actividades administrativas, financieras, legales y de mejora de la calidad del Fondo que son necesarias para su funcionamiento y para apoyar las funciones básicas de tratamiento y pago. Por ejemplo, el Fondo puede divulgar la PHI mínima necesaria al abogado, al auditor, al actuario y a los consultores del Fondo cuando estos profesionales prestan servicios para el Fondo que requieren el uso de PHI. Las personas que prestan servicios para el Fondo se denominan “asociados comerciales”. La ley federal exige que el Fondo tenga contratos por escrito con sus asociados comerciales antes de compartir PHI con ellos, y la divulgación de su PHI debe respetar el contrato del Fondo con ellos. Otros ejemplos de asociados comerciales son la compañía de seguros de limitación de pérdidas del Fondo, los servicios de revisión de reclamaciones, las empresas de revisión de la utilización, los gestores de prestaciones con receta, los PPO y las HMO.
- c) Por “tratamiento” se entiende la prestación, coordinación o gestión de la atención de la salud y de los servicios relacionados por parte de uno o varios proveedores de atención de la salud, incluida la coordinación o gestión de la atención por parte de un proveedor de atención de la salud con un tercero; la consulta entre proveedores de atención sanitaria en relación con un paciente; o la derivación de un paciente para atención sanitaria de un proveedor de atención de la salud a otro. El Fondo no suele participar en actividades de tratamiento.

El Fondo puede o debe utilizar o divulgar su PHI sin su autorización por escrito para los siguientes fines y en las siguientes circunstancias, según lo dispuesto por la ley:

- a) El Fondo utilizará o divulgará su PHI en la medida en que la ley lo exija.

- b) El Fondo puede divulgar su PHI a una autoridad de salud pública para ciertas actividades de salud pública, por ejemplo: (1) la notificación de una enfermedad o lesión, o de nacimientos y fallecimientos; (2) la realización de tareas de vigilancia, investigaciones o intervenciones en materia de salud pública; (3) la notificación de abuso o abandono infantil conocido o presunto; (4) la garantía de la calidad, seguridad o eficacia de un producto o actividad regulados por la FDA; (5) la notificación a una persona que corre el riesgo de contraer o propagar una enfermedad; y (6) la notificación a un Empleador sobre un miembro de su plantilla con el fin de realizar una vigilancia médica en el lugar de trabajo o la evaluación de enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo, pero solo en la medida en que el Empleador necesite esa información para cumplir con la Administración de Seguridad y Salud en el Trabajo (OSHA, por sus siglas en inglés), la Administración de Seguridad y Salud en las Minas (MSHA) o los requisitos de la ley estatal que tengan un propósito similar.
- c) El Fondo puede divulgar su PHI a la autoridad gubernamental apropiada si cree razonablemente que usted es una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- d) El Fondo puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por ley, que incluyen: (1) auditorías; (2) investigaciones civiles, administrativas o penales; (3) inspecciones; (4) acciones de licencia o disciplinarias; (5) procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales; y (6) otras actividades.
- e) El Fondo puede divulgar su PHI en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación, solicitud de pruebas u otro proceso legal.
- f) El Fondo puede divulgar su PHI a los funcionarios encargados de la aplicación de la ley. Dichos fines incluyen la divulgación exigida por la ley, o en cumplimiento de una orden o citación judicial, una citación del gran jurado o una solicitud administrativa.
- g) El Fondo puede divulgar su PHI en respuesta a la solicitud de un agente de policía con el fin de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- h) El Fondo puede divulgar su PHI si usted es víctima de un delito y está de acuerdo con la divulgación o, si el Fondo no puede obtener su consentimiento debido a una incapacidad o emergencia, y las autoridades policiales demuestran la necesidad de la divulgación o el Fondo determina, según su criterio profesional, que dicha divulgación redunda en su beneficio.
- i) El Fondo puede divulgar su PHI a la policía para informarles su muerte si cree que su muerte puede haber sido resultado de una conducta delictiva.
- j) El Fondo puede divulgar la PHI a la policía cuando considere que es una prueba de que se ha producido un delito en las instalaciones del Fondo.
- k) El Fondo puede divulgar su PHI a un médico forense para fines de identificación. El Fondo puede divulgar su PHI a un director de funeraria para que lleve a cabo sus funciones cuando usted fallezca o con anterioridad y con una anticipación razonable respecto de su muerte.
- l) El Fondo puede divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos para la donación de órganos, ojos o tejidos cadavéricos.
- m) El Fondo puede utilizar o divulgar su PHI para fines de investigación si obtiene uno de los siguientes puntos: (1) la aprobación documentada de la junta de revisión institucional o de la junta de privacidad; (2) la declaración del investigador de que el uso o la divulgación se realizan únicamente con fines de investigación preparatoria; (3) la declaración del investigador de que el uso o la divulgación se realizan únicamente para la investigación de la PHI de los fallecidos; o (4) un acuerdo para excluir información específica que identifique a la persona.
- n) El Fondo puede utilizar o divulgar su PHI para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad suya o de otras personas.
- o) El Fondo puede divulgar su PHI si usted está en el Servicio Uniformado y su PHI es necesaria para las autoridades del comando militar. El Fondo también puede divulgar su PHI para llevar a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia.
- p) El Fondo puede divulgar su PHI a una institución penitenciaria en la que esté recluido.
- q) El Fondo puede divulgar su PHI en casos de emergencia o después de que usted dé su consentimiento verbal en determinadas circunstancias.
- r) El Fondo puede divulgar su PHI según lo autorizado y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de los trabajadores u otros programas similares.

El Fondo puede utilizar o divulgar su PHI a usted, a su representante personal, a un tercero (como su Cónyuge o Pareja de Hecho) de acuerdo con un Formulario de Autorización, y al Consejo de Administración del Fondo, pero solo para los fines y en la medida especificada en el Plan:

- a) El Fondo le proporcionará acceso a su PHI. Por lo general, el Fondo le pedirá que complete y firme un “Formulario de Solicitud de Información de Salud Protegida” y le proporcionará acceso a la PHI de acuerdo con el formulario de solicitud, o según lo exija la ley.
- b) El Fondo puede proporcionarle a su representante personal o a su abogado acceso a su PHI de la misma manera que se lo proporcionaría a usted, pero solo tras recibir la documentación que demuestre que su representante personal o abogado está autorizado, según la ley aplicable, para actuar en su nombre.
- c) Salvo que la ley lo permita, el Fondo no utilizará ni divulgará su PHI a otra persona que no sea usted, a menos que firme un formulario de autorización. Puede revocar un formulario de autorización en cualquier momento presentando un

formulario de cancelación de autorización al Fondo. La cancelación del formulario de autorización revoca dicho formulario en la fecha en que lo recibe el Fondo.

- d) El Fondo divulgará su PHI al Consejo de Administración del Fondo solo de acuerdo con las disposiciones de la Política de Privacidad del Fondo y las disposiciones del Plan.

iii) Derechos Individuales

Usted tiene ciertos derechos importantes con respecto a su PHI. Debe ponerse en contacto con el Responsable de Privacidad del Fondo para ejercer estos derechos.

- a) Tiene derecho a solicitar que el Fondo restrinja el uso o la divulgación de su PHI para llevar a cabo operaciones de pago o de atención médica. El Fondo no está obligado a aceptar una restricción solicitada.
- b) Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su PHI del Fondo por medios alternativos o en lugares alternativos, si presenta una solicitud por escrito ante el Fondo, en la que indique claramente que la divulgación de la totalidad de esa información, o parte de ella, podría ponerlo en peligro.
- c) Tiene derecho a inspeccionar y copiar la PHI que el Fondo mantiene en un “conjunto de registros designados”. Un “conjunto de registros designados” consiste en registros u otra información que contenga su PHI mantenida, recopilada, utilizada o difundida por o para el Fondo en relación con: (1) los sistemas de registro de inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones y gestión de casos o de atención médica mantenidos por o para el Fondo; o (2) las decisiones que el Fondo toma sobre usted.
- d) Tiene derecho a modificar su PHI creada por el Fondo y que este mantiene en un conjunto de registros designados, si presenta una solicitud por escrito ante el Fondo, en la que exponga los motivos de la modificación.
- e) Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su PHI, con ciertas excepciones, si presenta una solicitud por escrito ante el Fondo. El Fondo no necesita dar cuenta de las divulgaciones que se realizaron más de seis años antes de la fecha en que usted presenta su solicitud, ni de aquellas que se realizaron para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

iv) Obligaciones del Fondo

El Fondo tiene las siguientes obligaciones:

- a) El Fondo está obligado por ley a mantener la privacidad de la PHI y a proporcionar una notificación de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Para obtener una copia de la Política de Privacidad completa del Fondo, debe ponerse en contacto con el Responsable de Privacidad del Fondo.
- b) El Fondo está obligado a respetar los términos de la notificación actualmente en vigor.
- c) El Fondo le proporcionará una copia en papel de la notificación actualmente en vigor, si así lo solicita.
- d) Si se descubre una violación de su PHI, el Fondo tiene ciertas obligaciones de notificación.

v) Cambios en la Notificación

El Fondo se reserva el derecho de cambiar los términos de esta notificación y de hacer efectivas las nuevas disposiciones de la notificación para toda la PHI que mantiene, independientemente de si fue creada o recibida por el Fondo antes de emitir la notificación revisada.

Siempre que se produzca un cambio importante en los usos y divulgaciones de la PHI por parte del Fondo, en los derechos individuales, en las obligaciones del Fondo o en otras prácticas de privacidad establecidas en esta notificación, el Fondo revisará y distribuirá rápidamente la nueva notificación a los participantes y beneficiarios.

vi) Contactos y Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante el Responsable de Privacidad del Fondo en la siguiente dirección:

Landscape, Irrigation and Lawn Sprinkler Industry
Health and Welfare Fund
Attention: Privacy Officer
501 Shatto Place, Suite 500
Los Angeles, CA 90020

(800) 595-7473
(213) 385-6161
www.scptac.org
info@scptac.org

También puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos en Washington, DC. El Fondo no intimidará, amenazará, coaccionará, discriminará ni tomará otras represalias contra ninguna persona por presentar una queja.

vii) Más Información sobre Privacidad

Si desea más información sobre las políticas y los procedimientos del Fondo en relación con la privacidad de su información médica y otros datos personales, póngase en contacto con el Responsable de Privacidad del Fondo.

B) Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)

Su Empleador, y no el Fondo, debe seguir pagando la cobertura de salud durante cualquier licencia aprobada en virtud de la Ley Federal de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés). En general, puede optar por un máximo de 12 semanas de licencia FMLA no remunerada al año si:

- i) el Empleador tiene al menos 50 empleados que trabajan en un radio de 75 millas; y
- ii) ha trabajado para el Empleador durante, al menos, 12 meses y un total de, al menos, 1,250 horas durante los últimos 12 meses; y
- iii) su licencia es necesaria por uno de los siguientes motivos:
 - 1) nacimiento o colocación de un niño en adopción o acogida;
 - 2) cuidado de su hijo, Cónyuge o padre/madre con una enfermedad grave; o
 - 3) su propio estado de salud grave; o
 - 4) una “exigencia que califica”, tal y como se define en la normativa aplicable, que surge del hecho de que un miembro de la familia cubierto está en servicio activo o es convocado al servicio activo en la Guardia Nacional o en las Reservas de Apoyo de una operación federal de contingencia. Además, la FMLA establece que un Empleado elegible que sea familiar o pariente cercano de un miembro del servicio militar cubierto puede tomarse hasta 26 semanas laborales de licencia en un solo período de 12 meses para cuidar al miembro del servicio cubierto con una enfermedad o lesión grave sufrida en cumplimiento del deber.

Puede solicitar detalles relativos a la licencia de la FMLA a su Empleador. Las solicitudes de licencia de la FMLA deben dirigirse a su Empleador; el Fondo no puede determinar si usted reúne los requisitos. Si surge una disputa entre usted y su Empleador en relación con la elegibilidad para la licencia de la FMLA, la cobertura de salud puede continuar haciendo pagos propios de COBRA. Si la disputa se resuelve a su favor, el Plan obtendrá las contribuciones requeridas por la FMLA de su Empleador y le reembolsará los pagos correspondientes de COBRA. Si su Empleador continúa con la cobertura durante una licencia de la FMLA y usted no se reincorpora al trabajo, es posible que deba reembolsar a su Empleador todas las contribuciones pagadas al Plan por la cobertura durante su licencia.

La Ley de Derechos Familiares de California (“CFRA”, por sus siglas en inglés) ofrece muchas de las protecciones que ofrece la FMLA. Si se encuentra en una licencia concedida en virtud de la CFRA, su Empleador puede estar obligado a seguir pagando las contribuciones en su nombre para proporcionarle una cobertura ininterrumpida en virtud del Fondo durante su licencia, de forma similar a los requisitos impuestos a los empleadores por la FMLA. Debe ponerse en contacto con su Empleador si cree que tiene derecho a una licencia en virtud de la CFRA.

C) Salud de la Mujer

i) Embarazo

El Plan pagará las prestaciones por su embarazo (o el de su Cónyuge o Pareja de Hecho) con las mismas condiciones que una enfermedad o lesión. El Plan no paga las prestaciones por embarazo, condiciones relacionadas con el embarazo o complicaciones para los niños elegibles.

De acuerdo con la Ley Federal de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos de 1996, la duración de la estadía en un hospital para las madres y los recién nacidos no puede limitarse a menos de:

- 1) 48 horas después de un parto vaginal; o
- 2) 96 horas después de un parto por cesárea.

El médico de la madre o del recién nacido puede, previa consulta con la madre, dar el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas o de las 96 horas posteriores al parto, según corresponda. Ni usted ni su médico están obligados a obtener una autorización previa para una hospitalización relacionada con el parto que no sea superior a 48 horas (o 96 horas en caso de cesárea) después del parto.

ii) Salud de la Mujer y Derechos por Cáncer

El Plan cumple la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998. El Plan le proporcionará cobertura a usted o a su Dependiente Elegible para mastectomías médicamente necesarias para el tratamiento del cáncer.

El Plan también ofrece prestaciones para los siguientes procedimientos:

- 1) todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;

- 2) cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y
- 3) prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas, de la manera que se determine en consulta con el médico y la paciente.

Las prestaciones se determinan en función de la naturaleza del tratamiento, de si elige o no un proveedor de la red, y de acuerdo con los límites del Plan.

SECCIÓN

12. DEFINICIONES

Comité de Apelaciones

Un subgrupo del Consejo de Administración facultado para revisar las reclamaciones descritas en la sección 6(C).

Beneficiario

Beneficiario es la persona con derecho a recibir las prestaciones por fallecimiento o muerte accidental de este Plan de acuerdo con la designación del Participante en un Formulario de Beneficiarios o de acuerdo con los Términos del Plan. Véase también Beneficiario Calificado.

Consejo de Administración

Todos los Fideicomisarios constituidos como un solo cuerpo en virtud del Contrato de Fideicomiso.

Año Calendario

El Año calendario abarca desde el 1 de enero al 31 de diciembre de cada año.

COBRA

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 que puede proporcionar la continuación de la cobertura cuando un Participante o Dependiente Elegible pierde la cobertura en virtud del Plan.

Convenio Colectivo

Todos y cada uno de los acuerdos laborales negociados entre un Empleador contribuyente, o una asociación de Empleadores que actúe en nombre de los Empleadores, y Southern California Pipe Trades District Council No. 16 of the United Association of Journeymen and Apprentices of the Plumbing and Pipe Fitting Industry of the United States and Canada (“United Association”), o cualquier sindicato local afiliado a District Council que requiera contribuciones al Fondo de Salud y Bienestar de la Industria del Paisajismo, el Riego y la Aspersión de Césped. También se refiere a un acuerdo del que forma parte United Association que exige contribuciones al Fondo.

Empleador Contribuyente

Un Empleador que haya firmado un Convenio Colectivo o un Acuerdo de Participación, o un Empleador que ceda sus derechos gremiales a una asociación de empleadores que haya firmado un Convenio Colectivo, que requiera contribuciones al Fondo.

Empleo Cubierto

Trabajo realizado por un Empleado en el marco de un Convenio Colectivo.

Pareja de Hecho

Una persona que ha establecido y registrado una Pareja de Hecho con un Participante en el Estado de California, o que ha establecido y registrado válidamente una Pareja de Hecho, o una unión similar en otro estado que es sustancialmente similar a la pareja de hecho reconocida en California.

Banco de Elegibilidad

El Banco de Elegibilidad se financia con las contribuciones recibidas de los Empleadores Contribuyentes en nombre de un Empleado. La elegibilidad se determina por las contribuciones acreditadas y debitadas en el Banco de Elegibilidad según lo establecido en la sección 3, página 5.

Dependiente Elegible

El Cónyuge o la Pareja de Hecho del Participante, si se inscribe oportunamente, o los hijos hasta los 25 años de edad, que cumplan los requisitos del Plan.

Empleado

Un Empleado es cualquier persona que trabaja para un Empleador Contribuyente en un puesto por el que el Empleador realiza contribuciones al Fondo en virtud de un Convenio Colectivo. Los empleados también incluyen a un Empleador o a una persona empleada por una organización signataria de un Acuerdo de Participación.

Empleador

Véase Empleador Contribuyente.

ERISA

Siglas en inglés de Ley de Seguridad de los Ingresos Jubilatorios de los Empleados de 1974, y sus modificaciones.

Fondo

El Fondo de Salud y Bienestar de la Industria del Paisajismo, el Riego y la Aspersión de Césped, creado por el Contrato de Fideicomiso que establece dicho Fondo.

Oficina del Fondo

Fondo de Salud y Bienestar de la Industria del Paisajismo, el Riego y la Aspersión de Césped
a/c Southern California Pipe Trades Administrative Corporation
501 Shatto Place, Suite 500
Los Angeles, CA 90020

(800) 595-7473
(213) 385-6161
www.scptac.org
info@scptac.org

Medicare

Medicare se refiere al Título XVIII (Seguro de Salud para Ancianos y Discapacitados) de la Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos, y sus modificaciones.

Importe de Deducción Mensual

Monto de dinero deducido del Banco de Elegibilidad para financiar la elegibilidad de un mes.

Participante

Un Empleado que ha cumplido las normas para tener derecho a las prestaciones según los términos del Plan.

Acuerdo de Participación

Un acuerdo aprobado por el Consejo de Administración que le permite a un Empleador Contribuyente o a una organización relacionada, cuya participación en el Fondo ha sido aprobada por el Consejo de Administración, pagar las contribuciones al Plan para los Empleados que no están cubiertos por un Convenio Colectivo.

Plan

Las prestaciones, normas y otras disposiciones descritas en esta SPD Complementaria.

Año del Plan

Del 1 de enero al 31 de diciembre de cada año.

Beneficiario Calificado

Beneficiario Calificado es el Participante, el Cónyuge o el hijo que tiene derecho a elegir la cobertura de COBRA tras la pérdida de la cobertura del Plan debido a un Evento que Califica. Véase también Beneficiario.

Orden de Manutención Médica para Niños (QMCSO)

Una orden emitida por un tribunal, organismo estatal u otro organismo gubernamental autorizado que establece la cobertura a un beneficiario alternativo. La orden debe cumplir todos los requisitos de ERISA, incluida la aprobación como orden calificada por parte del Fondo.

Evento que Califica

Circunstancia que permite a un Participante, al Cónyuge o al hijo elegir la cobertura COBRA. Los Eventos que Califican pueden incluir, entre otros, la pérdida de la cobertura debido a una reducción en las horas de trabajo, el divorcio del Participante, la muerte del Participante, o un hijo elegible que cumpla 26 años.

SPD Complementaria

Descripción Resumida del Plan Complementaria. Este documento. Descripción de las disposiciones y prestaciones del Fondo de Salud y Bienestar de la Industria del Paisajismo, el Riego y la Aspersión de Césped.

Cónyuge

Cualquier persona con la que el Participante esté legalmente casado según las leyes de la jurisdicción en la que se haya celebrado el matrimonio.

Contrato de Fideicomiso

El documento por escrito titulado “Acuerdo Actualizado y Declaración de Fideicomiso que da Continuidad al Fondo de Salud y Bienestar de la Industria del Paisajismo, el Riego y la Aspersión de Césped”, en virtud del cual se ha establecido y mantenido el Fondo, y al que se refiere este Plan, y cualquier modificación del mismo.

Fideicomisarios

Representantes del Empleador y del Sindicato que supervisan el Fondo.

Servicio Uniformado y Servicio Uniformado Calificado

El Servicio Uniformado es el servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, el cuerpo comisionado del Servicio de Salud Pública y cualquier otro servicio designado por el Presidente, que pueda dar derecho a un Participante a las protecciones de la USERRA.

El Servicio Uniformado Calificado es el Servicio Uniformado que cumple los requisitos de la USERRA que establecen los derechos de reemplazo y otros.

Sindicato(s)

Southern California Pipe Trades District Council No. 16 of the United Association of Journeymen and Apprentices of the Plumbing and Pipe Fitting Industry of the United States and Canada, AFL-CIO (“United Association”), sus sindicatos locales afiliados, y los otros sindicatos que sean o puedan llegar a ser parte del Contrato de Fideicomiso y acepten estar obligados por él.

USERRA

Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados de 1994.

WGAT

Western Growers Assurance Trust
17620 Fitch Street
Irvine, CA 92614

(800) 777-7898
www.wgat.com

SECCIÓN

13. FIDEICOMISARIOS

A continuación, se presenta una lista de los Fideicomisarios a la fecha de publicación de esta SPD Complementaria. Los miembros del Consejo de Administración pueden cambiar oportunamente. Si desea una lista actualizada de los Fideicomisarios, póngase en contacto con la Oficina del Fondo.

A) Fideicomisarios del Empleador

WALTER SCOTT BAKER

Murray Company
18414 South Santa Fe Avenue
Rancho Domínguez, CA 90221

DON CHASE

Muir-Chase Plumbing Co., Inc.
4530 Brazil Street
Los Angeles, CA 90039

JOHN FEIKEMA

California Spectra Instrumentation, Inc.
21818 S. Wilmington Avenue, Suite 402
Carson, CA 90810

ROBERT FELIX

All Area Plumbing/ACCO Engineered Systems, Inc.
6446 E. Washington Blvd.
Commerce, CA 90040

JASON GORDON

Xcel Mechanical Systems, Inc.
1710 W. 130th Street
Gardena, CA 90249

CHIP MARTIN

CPMCA
3500 West Olive, Suite 860
Burbank, CA 91505

JOHN MODJESKI

University Mechanical & Engineering Contractors
1290 N. Hancock Street, Suite 100
Anaheim, CA 92807

BRYAN SUTTLES

Suttles Plumbing
2267 Agate Court
Simi Valley, CA 93065

LAWRENCE VERNE

Verne's Plumbing, Inc.
8561 Whitaker Street
Buena Park, CA 90621

DAVID ZECH

Pacific Plumbing Company
615 E. Washington Avenue
Santa Ana, CA 92701

B) Fideicomisarios del Sindicato

DAVID BALDWIN

U.A. Local No. 403
3710 Broad Street
San Luis Obispo, CA 93401

SHANE BOSTON

U.A. Local No. 484
1955 N. Ventura Avenue
Ventura, CA 93001

RODNEY COBOS

District Council No. 16
501 Shatto Place, Suite 400
Los Angeles, CA 90020

JEREMY DÍAZ

U.A. Local No. 78
1111 W. James M. Wood Blvd.
Los Angeles, CA 90015

STEVEN GÓMEZ

U.A. Local No. 460
6718 Meany Avenue
Bakersfield, CA 93308

MIKE HARTLEY

U.A. Local No. 230
6313 Nancy Ridge Drive
San Diego, CA 92121

GREG LEWIS

U.A. Local No. 761
1305 North Niagara Street
Burbank, CA 91505

MICHAEL LÓPEZ

U.A. Local No. 114
93 Thomas Road
Buellton, CA 93427

ANTHONY NOVELLO

U.A. Local No. 582
1916 W. Chapman Avenue
Orange, CA 92868

RICARDO PÉREZ

U.A. Local No. 345
1430 Huntington Drive
Duarte, CA 91010

AL POWERS

U.A. Local No. 364
223 S. Rancho Avenue
Colton, CA 92324

GLENN SANTA CRUZ

U.A. Local No. 250
18355 South Figueroa Street
Gardena, CA 90248

WILLIAM STEINER (en funciones desde el 10 de febrero de 2021)

U.A. Local No. 398
8590 Utica Avenue, Suite 200
Rancho Cucamonga, CA 91730