



Carpenters Southwest Administrative Corporation

533 South Fremont Avenue • Los Angeles, California 90071-1706 • Tel: 213-386-8590 • Toll Free: 800-293-1370

www.carpenterssw.org

ANUNCIO IMPORTANTE

Junio 2017

Para: Todos los Carpinteros Activos del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste Plan de Salud y Bienestar para los Empleados Activos

AVISO DEL PARTICIPANTE

Este aviso del Participante le informará de ciertas modificaciones materiales que se harán al plan. **Esta información es MUY IMPORTANTE para usted y sus dependientes.** Por favor tome el tiempo para leer con cuidado.

La Junta de Fideicomisarios se complace en anunciar que el crédito por horas de incapacidad que fue suspendido el 1 de enero de 2015 será restablecido para incapacidades que ocurran en y después del 1 de julio de 2017.

Este crédito se refiere solamente a las horas de Salud y Bienestar y no tiene ningún efecto en sus créditos de Pensión.

Como se explica más detalladamente a continuación, la Junta de Fideicomisarios ha restablecido las reglas previas que permiten a los participantes recibir crédito por horas de incapacidad después de una herida o enfermedad que les impide desempeñar sus deberes laborales y costumbres de su ocupación.

CREDITO POR HORAS DE INCAPACIDAD EFECTIVO PARA LAS INCAPACIDADES QUE OCCURAN EN Y DESPUES DEL 1 DE JULIO DE 2017

Si un Carpintero Activo se deshabilita en un Trimestre de Trabajo, se le acreditarán horas **de incapacidad a razón de ocho (8) horas por cada día en que esté incapacitado** (excluyendo sábados, domingos y días feriados). El total de horas de incapacidad acreditadas y horas trabajadas en un trimestre de trabajo no puede exceder las horas mínimas trabajadas para mantener la elegibilidad.

El máximo número de horas de incapacidad que se pueden acreditar durante un trimestre laboral es 360, menos el número de horas efectivamente trabajadas durante ese trimestre.

El crédito de horas de incapacidad se puede dar por un máximo de dos trimestres consecutivos de trabajo.

Por este propósito, se considera que un Carpintero Activo tiene una "**incapacidad**" cuando **no puede cumplir con los deberes regulares y acostumbrados de su ocupación debido a una enfermedad o herida.**

Las horas de incapacidad serán acreditadas una vez que se cumplan todos los requisitos siguientes:

- a. **El estado de incapacitado debe ser certificado por escrito por un médico que es un doctor;**
- b. **Límites de tiempo:** la certificación escrita de incapacidad debe ser presentada a la oficina administrativa por el primero de:
 - 1) 90 días después de la fecha en que el Carpintero Activo se convirtió incapacitado,
 - 2) 60 días después de la primera fecha en que el Carpintero Activo pierde la elegibilidad bajo el plan (después de la fecha en que el Carpintero Activo se incapacita).
- c. El Carpintero Activo debe haber sido acreditado con horas trabajadas por razones distintas de haber sido deshabilitado o una licencia médica o familiar cualificada dentro del período de 90 días que terminó en la fecha en que se convirtió en incapacitado;
- d. El Carpintero Activo debe haber sido un individuo elegible en una base de no-pago-propio durante ambos de los dos trimestres de elegibilidad consecutivos que terminaron inmediatamente antes del comienzo del trimestre de elegibilidad en el cual él se convirtió en incapacitado; y
- e. El Carpintero Activo no debe recibir un Beneficio de Pensión del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Pensión.

El Carpintero Activo debe presentar una **solicitud de acreditación de horas** para incapacidad junto con la **certificación por escrito del Médico** de la incapacidad a la oficina administrativa dentro de los límites de tiempo especificados anteriormente. La oficina administrativa tomará una decisión sobre la solicitud y notificará por escrito al Carpintero Activo si la solicitud de acreditación de horas de incapacidad es aprobada o denegada (una denegación se llama una determinación adversa de beneficios). El Carpintero Activo puede apelar una Determinación Adversa de Beneficios siguiendo el proceso de apelación de reclamos del plan, que se describe a continuación.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN PARA CREDITAR HORAS DE INCAPACIDAD

1. La Oficina Administrativa hará una determinación sobre la solicitud de acreditación de horas de incapacidad y notificará por escrito al Carpintero Activo si la solicitud ha sido aprobada o denegada (Determinación de Beneficios Adversos). Los empleados elegibles que tienen una incapacidad deben solicitar (presentar una reclamación) para acreditar las horas de incapacidad dentro del plazo requerido descrito en el plan. **El hecho de no presentar su reclamo dentro del plazo requerido invalidará su reclamo.**

Envíe una solicitud de acreditación de horas de incapacidad junto con la certificación de la incapacidad a:

Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Salud y Bienestar
Att: Crédito por Horas de Incapacidad
533 S. Fremont Ave.
Los Angeles, CA 90071

2. La solicitud de acreditación de horas de incapacidad se determinará a más tardar **45 días calendarios** después de recibir la solicitud y la certificación del médico por la Oficina Administrativa.
3. Se le notificará **si no siguió los procedimientos del plan** (por ejemplo, no presentó la certificación del Médico para probar una incapacidad) y le proporcionó **45 días calendarios** para obtener esta información adicional.

Este período de 45 días se puede extender hasta 30 días calendarios siempre y cuando la oficina administrativa determine que es necesaria una extensión debido a asuntos fuera de su control y le notifica por escrito (o electrónicamente, según sea el caso) antes de la expiración del período inicial de 45 días, que se necesita tiempo adicional para procesar la reclamación, las circunstancias especiales de esta prórroga y la fecha en que se espera que haga su determinación.

- (a) Si antes del término de esta primera extensión de 30 días, la oficina administrativa determina que debido a asuntos fuera de su control no se puede tomar una decisión dentro del primer período de extensión de 30 días, el período de determinación puede ser extendido hasta 30 días calendarios adicionales siempre que se le notifique antes del primer período de extensión de 30 días de las circunstancias que requieren la segunda extensión y la fecha en que se espera que se decida.
 - (b) Un Aviso de Extensión explicará las normas en las que se basa el derecho a un beneficio, las cuestiones no resueltas que impiden una decisión y la información adicional necesaria para resolver esas cuestiones. **Si la oficina administrativa necesita información adicional de usted para tomar su decisión**, tendrá al menos 45 días calendarios para enviar la información adicional. (Si se prolonga un período de tiempo debido a la falta de información, el período de tiempo se mide a partir de la fecha en que se envía el Aviso de Extensión hasta la primera fecha en que usted responda o 60 días han pasado desde la fecha en que se le envió la notificación).
4. El plan tomará medidas para asegurar que las reclamaciones y apelaciones para acreditar las horas de incapacidad sean adjudicadas de una manera diseñada para asegurar la independencia e imparcialidad de las personas involucradas en la toma de la decisión. En consecuencia, las decisiones relativas a la contratación, compensación, terminación, promoción u otros asuntos similares con respecto a cualquier individuo (como un árbitro de reclamaciones o un experto médico o vocacional) no se basarán en la probabilidad de que el individuo apoye la denegación de beneficios. Los expertos médicos y profesionales serán seleccionados basado en sus calificaciones profesionales.
 5. El plan le proporcionará, de forma automática y gratuita, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, confiada o generada por el plan (o por la dirección del plan) en relación con la solicitud de acreditación de horas de incapacidad. Dicha evidencia se proporcionará lo antes

posible (y con suficiente antelación a la fecha en que se requiere el aviso de Determinación de Beneficios Adversos en la revisión) para darle una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha. Adicionalmente, antes de que el plan emita una Determinación de Beneficios Adversos en la revisión basada en una justificación nueva o adicional, se le proporcionará, de forma automática y gratuita, la justificación. La justificación se proporcionará lo antes posible (y con suficiente antelación a la fecha en la que se requiere que el aviso de Determinación de Beneficios Adversos en la revisión se debe proporcionar) para darle tiempo razonable para responder antes de esa fecha. Si el plan recibe nueva o adicional evidencia o justificación tan tarde en el proceso de apelación de reclamación o reclamación que el demandante no tendría una oportunidad razonable de responder, el plazo para proporcionar una determinación final se retrasa hasta que el reclamante haya tenido una oportunidad.

6. La acreditación de horas de incapacidad será aprobada si se ha determinado que la reclamación cumple con la definición de incapacidad bajo este plan. **Si se aprueba la solicitud de acreditación de horas de incapacidad**, se le notificará por escrito (o electrónicamente, según corresponda) y se le acreditarán horas.
7. **Si se rechaza la solicitud de acreditación de horas de incapacidad** en su totalidad o en parte, un aviso de esta denegación inicial (una Determinación de Beneficio Adverso) será proporcionado al empleado por escrito (o electrónicamente, según corresponda). Este aviso de denegación inicial será:
 - (a) indicar la(s) razón(es) específica(s) para denegar la acreditación de las horas de incapacidad (incluyendo una discusión de las decisiones y la base para estar en desacuerdo o no con las (1) opiniones presentadas por el reclamante al plan de profesionales de la salud (2) puntos de vista presentados por los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del plan en relación con la determinación de beneficios adversos del reclamante, (3) la determinación de incapacidad del reclamante hecha por el solicitante y el profesional vocacional que evaluó al reclamante; Administración del Seguro Social que fue presentada por el reclamante al plan);
 - (b) hacer referencia a la(s) provisión(es) específica(s) del plan en que se basa la determinación;
 - (c) contenga una declaración que usted tiene derecho a recibir a petición, el libre acceso a, y copias de documentos, registros y otra información relevante a su reclamo;
 - (d) describir cualquier información adicional necesaria para perfeccionar la reclamación y una explicación de por qué dicha información adicional es necesaria;
 - (e) proporcionar una explicación del procedimiento de apelación del plan junto con los plazos;
 - (f) contener una declaración de que usted tiene el derecho de traer una acción civil bajo la Sección 502(a) de ERISA después de una apelación;
 - (g) describir cualquier período de prescripción contractual aplicable en disputas de beneficios (como el límite de tiempo del plan para cuando se pueda presentar una demanda después de una apelación);
 - (h) si la denegación se basó en una regla interna, una pauta, un protocolo, una norma o un criterio similar, se proporcionará una declaración de que dicha regla, pauta, protocolo,

norma o criterios que se utilizaron serán proporcionados gratuitamente a usted, cuando lo solicite; y

- (i) si la denegación se basó en necesidad médica, tratamiento experimental o exclusión o límite similar, se proporcionará una declaración de que se proporcionará gratuitamente una explicación sobre el juicio científico o clínico para la denegación, a pedido.
8. Si no entiende inglés y tiene preguntas acerca de acreditar horas de incapacidad, presentar unareclamación por acreditar horas de incapacidad o acerca de una denegación de reclamación, comuníquese con la oficina administrativa al 213-386-8590 o 800-293-1370 para averiguar si la asistencia es disponible.
- SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 213-386-8590 or 800-293-1370.
 - TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan niyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 213-386-8590 or 800-293-1370.
 - CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 213-386-8590 or 800-293-1370.
 - NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 213-386-8590 or 800-293-1370.
9. **Si no está de acuerdo con una negación de acreditar las horas de incapacidad**, usted o su representante autorizado pueden solicitar una revisión de apelación como se describe a continuación. Tiene 180 días calendarios después de recibir una denegación inicial para solicitar una revisión de la apelación. El plan no aceptará apelaciones presentadas después de este período de 180 días.

APELACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN POR CREDITO DE HORAS DE INCAPACIDAD

1. Las apelaciones deben presentarse por escrito a la Junta de Fideicomisarios a cargo de la Oficina Administrativa (cuya información de contacto aparece en el membrete en este documento). Se le proporcionará:
 - (a) bajo petición y sin costo alguno, acceso razonable y copias de todos los documentos relevantes, registros y otra información pertinente a su reclamo de beneficios;
 - (b) la oportunidad de presentar comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con la solicitud de beneficios;
 - (c) una revisión completa y justa que tenga en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por usted, sin considerar si dicha información fue presentada o considerada en la determinación inicial de beneficios;
 - (d) de forma automática y gratuita, con cualquier evidencia nueva o adicional considerada, confiada o generada por el plan (o por la dirección del plan) en conexión con la reclamación denegada por acreditar las horas de incapacidad. Dicha evidencia se proporcionará lo antes posible (y con suficiente antelación a la fecha en que se requiere el aviso de Determinación de Beneficios Adversos en la revisión) para darle una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha. Adicionalmente, antes de que el plan emita una Determinación de Beneficios Adversos en la revisión basada en una justificación nueva o adicional, se le proporcionará, de

forma automática y gratuita, la justificación. La justificación se proporcionará lo antes posible (y con suficiente antelación a la fecha en la que se requiere que el Aviso de Determinación de Beneficios Adversos en la revisión se debe proporcionar) para darle tiempo razonable para responder antes de esa fecha. Si el Plan recibe nueva o adicional evidencia o justificación tan tarde en el proceso de apelación de reclamación o reclamación que el demandante no tendría una oportunidad razonable de responder, el plazo para proporcionar una determinación final se retrasa hasta que el reclamante haya tenido tal oportunidad.

- (e) una revisión que no otorgue deferencia a la Determinación de Beneficio Adverso inicial y que sea llevada a cabo por un fiduciario apropiado del plan que no sea el individuo que hizo la Determinación de Beneficios Adversos que es el objeto de la apelación ni el subordinado de tal persona;
 - (f) al decidir una apelación de cualquier Determinación de Beneficio Adverso que se base en su totalidad o en parte en un juicio médico, incluyendo si un tratamiento, fármaco u otro artículo particular es experimental, investigativo, no médicamente necesario o no apropiado, el fiduciario apropiado:
 - 1) consultará con un profesional de la salud que tenga la experiencia apropiada en el campo de la medicina involucrada en el juicio médico y no es una persona que fue consultada en relación con la Determinación de Beneficios Adversos que es el objeto de la apelación ni el subordinado de dicha persona; y
 - 2) proporcionará la identificación de los expertos médicos o vocacionales cuyo consejo se obtuvo en relación con una Determinación de Beneficios Adversos sin tener en cuenta si el consejo se utilizó en la determinación de la prestación.
2. El Consejo Directivo del Fideicomiso hará una determinación sobre la apelación de la siguiente manera:
- (a) A más tardar en la fecha de la reunión del Consejo Directivo del Fideicomiso que sigue inmediatamente después de que el plan reciba una solicitud de revisión, cuando la solicitud de revisión sea presentada **dentro** de los 30 días naturales anteriores a la fecha de dicha reunión. Si la apelación **es presentada más de 30 días** antes de la siguiente reunión, se tomará una determinación de beneficios a más tardar en la fecha de la segunda reunión después de que el plan reciba la solicitud de revisión.
 - (b) Si circunstancias especiales (como la necesidad de celebrar una audiencia) requieren una extensión adicional de tiempo para el procesamiento, la determinación del beneficio se hará a más tardar en la tercera reunión de la Junta después de que el Plan reciba la solicitud de revisión.
 - (c) Si tal extensión es necesaria, el plan le proveerá un Aviso de Extensión describiendo las circunstancias especiales y la fecha en que se tomará la determinación del beneficio.
 - (d) El plan le notificará de la determinación de beneficios en la apelación a más tardar cinco (5) días después de que se haya hecho la determinación de beneficios.
3. **El Plan puede obtener una extensión de 45 días si** se le notifica la necesidad y el motivo de una extensión antes del vencimiento del período inicial de 45 días. (Si se prolonga un período de tiempo debido a la falta de presentación de información, el período de tiempo es llamado desde la fecha en que se envía el Aviso de Extensión hasta la primera de la fecha en la que usted responde o 60 días han transcurrido desde la fecha en que se le envió la notificación).
4. Usted recibirá un aviso de la determinación de la apelación si esa determinación es adversa, incluirá:

- (a) la(s) razón(es) específica(s) para la decisión de revisión de apelación adversa de acreditar las horas de incapacidad (incluyendo una discusión de las decisiones y la base para estar en desacuerdo o no con la (1) opiniones presentadas por el reclamante al plan de los profesionales de la salud que tratan al reclamante y profesional vocacional que evaluó al reclamante, (2) puntos de vista presentados por los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del plan en relación con la determinación desfavorable del beneficio del reclamante, (3) la determinación de incapacidad del reclamante hecha por la Administración de Seguro Social que fue presentada por el reclamante al plan);
 - (b) referencia la disposición o disposiciones específicas del plan en las que se basa la determinación;
 - (c) contener una declaración de que tiene derecho a recibir, previa solicitud, el libre acceso y copias de los documentos pertinentes a su reclamación;
 - (d) una declaración de que usted tiene el derecho a presentar una acción civil bajo la Sección 502(a) de ERISA después de la apelación;
 - (e) describir cualquier período de prescripción contractual aplicable en las disputas de beneficios (como el límite de tiempo del plan para cuando una demanda pueda ser presentada después de una apelación);
 - (f) una declaración de los procedimientos voluntarios de apelación del plan, si los hay;
 - (g) si la denegación se basó en una regla interna, una pauta, un protocolo, un criterio estándar o un criterio similar, se proporcionará una declaración de que dicha regla, pauta, protocolo, estándar o criterios a los que se basó serán proporcionados gratuitamente a usted, a pedido; y (h) Si la denegación se basó en necesidad médica, tratamiento experimental o exclusión o límite similar, se proporcionará una declaración de que se proporcionará gratuitamente una explicación sobre el juicio científico o clínico para la denegación, a pedido; y
 - (h) la declaración de que "Usted y su Plan pueden tener otras opciones voluntarias de resolución de disputas como la mediación. Una forma de averiguar qué puede estar disponible es ponerse en contacto con el Departamento de Trabajo de U. S. y con su agencia estatal de regulación de seguros."
5. Si no entiende inglés y tiene preguntas acerca de acreditar horas de incapacidad, presentar una reclamación por acreditar horas de incapacidad o acerca de una denegación de reclamación, comuníquese con la oficina administrativa al 213-386-8590 o 800-293-1370 para averiguar si la asistencia es disponible.
- SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 213-386-8590 or 800-293-1370.
 - TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan niyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 213-386-8590 or 800-293-1370.
 - CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 213-386-8590 o 800- 293-1370
 - NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 213-386-8590 or 800-239-1370
6. Esto concluye el proceso de apelación bajo este plan relacionado con la acreditación de horas de incapacidad. Este plan no ofrece un proceso adicional de apelación voluntaria.

RECORDATORIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA SOBRE MEDICAMENTO

RECORDATORIO: Ciertos medicamentos requieren autorización previa. Si presenta una receta a la farmacia minorista o por correo, el farmacéutico determinará si el medicamento necesita autorización previa. Si es así, el farmacéutico iniciará el proceso de autorización previa con su proveedor de atención médica.

Si tiene preguntas sobre los medicamentos que requieren autorización previa, comuníquese con el Gerente de Beneficios de Farmacia, Express Scripts, llamando al número gratuito (800) 753-2851.

* * * * *

Si tiene alguna pregunta relacionada con la información en este anuncio, favor de dirigirla a la oficina administrativa al 213-386-8590 o al 800-293-1370, donde el personal estará encantado de ayudarle. También puede visitar el sitio web del Fideicomiso al www.carpenterssw.org.

Sinceramente,

EL CONSEJO DIRECTIVO DEL FIDEICOMISO

La recepción de este aviso no constituye una determinación de su elegibilidad. Si desea verificar la elegibilidad, o si tiene alguna pregunta relacionada con este cambio de plan, comuníquese con la oficina administrativa

De acuerdo con los requisitos de reporte de ERISA, este documento sirve como su Resumen de Modificaciones Materiales al Plan y le aconsejamos sobre estos cambios del plan dentro de los 60 días posteriores a la adopción de dichos cambios.

5481936v7/00539.058