

Labor Alliance
Managed Trust Fund
Summary Plan Description



March 2022

INTRODUCTION

This *Guide to Your Benefits* explains the benefits provided through the Labor Alliance Managed Trust Fund. The booklet is technically known as a Summary Plan Description. It provides an overview in simple language of the most important provisions and the most common situations associated with your benefits.

You'll be sent written updates from time to time as changes are made. Please read these announcements and keep them with your other Plan materials. You are welcome to read the official documents that govern your Plan by contacting the Plan Administrative Office.

Information about Plan administration and your legal rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA) may be found at the end of this guide.

Refer to your Health Plan's *Evidence of Coverage* for other details you need to know (such as amounts of copayments and maximums). If you have questions, contact the Plan Administrative Office at the numbers shown. When calling, you'll be asked for the name of your Plan and your Social Security number.

The *Evidence of Coverage* is the binding document between the Health Plan and its members:

A Health Plan physician must determine that the services and supplies are medically necessary to prevent, diagnose, or treat your medical condition. The services and supplies must be provided, prescribed, authorized, or directed by a Health Plan physician. You must receive the services and supplies at a Health Plan facility inside the Service Area, except where specifically noted to the contrary in the *Evidence of Coverage*.

For details on the benefit and claims review and adjudication procedures, please refer to the Health Plan's *Evidence of Coverage*.

Questions?

If you have questions about the Plan or eligibility for benefits, contact:

Labor Alliance Managed Trust Fund
Plan Administrative Office

Mailing Address:

P.O. Box 757
Pleasanton, CA 94566

Customer Service Telephone Hours:

9:00 a.m. to 4:30 p.m., Monday – Friday (except holidays)
(800) 924-1226

Office Hours:

9:00 a.m. to 4:30 p.m., Monday – Friday (except holidays)

Fax Number:

(877) 738-3815

To Participating Employees:

Your Local Union and your Employer have worked together to provide you with a comprehensive health plan under the Labor Alliance Managed Trust Fund.

The Plan is established as a result of collective bargaining and is financed primarily by Employer contributions to the Trust Fund. The Plan is administered by the Board of Trustees of the Labor Alliance Managed Trust Fund. The Board consists of an equal number of Employer and Union appointed Trustees. The Trust offers Medical, Prescription, Vision, Dental, Orthodontic, Chiropractic, Acupuncture, Life, and Accidental Death and Dismemberment benefits. Your specific benefit package is based on what your Employer and Union have collectively bargained. If you have medical coverage, you have a choice of two benefit classifications, Class I or Class II. You may choose for the Plan to cover Medical, Prescription, and Vision (Life and Dental benefits provided if applicable) for you and your dependents (Class I) or, for the Plan to cover only Vision (Life and Dental benefits provided if applicable) for you and your eligible dependents (Class II). By selecting Class II you will also participate in the Labor Alliance Savings Trust Fund (Note: You can only choose Class II if you meet the qualifying guidelines).

ONLY THE PLAN ADMINISTRATIVE OFFICE, DMC INSURANCE ADMINISTRATORS, INC., REPRESENTS THE BOARD OF TRUSTEES IN ADMINISTERING THE PLAN AND PROVIDING INFORMATION ABOUT THE AMOUNT OF BENEFITS, ELIGIBILITY AND OTHER PROVISIONS OF THE PLAN. NO UNION EMPLOYEE, INCLUDING UNION OFFICERS AND BUSINESS AGENTS, EMPLOYER OR REPRESENTATIVE OF ANY OTHER ORGANIZATION EXCEPT THE PLAN ADMINISTRATIVE OFFICE IS AUTHORIZED TO GIVE INFORMATION, INTERPRET THE PLAN, OR COMMIT THE BOARD OF TRUSTEES ON ANY MATTER. AS A CONVENIENCE TO YOU, THE PLAN ADMINISTRATIVE OFFICE WILL PROVIDE VERBAL ANSWERS ON AN INFORMAL BASIS REGARDING COVERAGE. HOWEVER, NO SUCH ORAL COMMUNICATION IS BINDING ON THE BOARD OF TRUSTEES. IN ALL CASES, THE TERMS OF THE PLAN GOVERN.

From time to time, the Board of Trustees may be required to make changes in the benefit provisions of the Plan. You will receive a written notice of any change. Please keep this booklet and any notices of changes in a safe place.

Your dependents are to be designated on the Enrollment Application included in your information packet. (Applications can also be obtained from the Plan Administrative Office.) Only persons described in the "Eligible Dependents" section of this summary may be covered as dependents. This should be completed and returned to the Plan Administrative Office immediately. If you need to add additional dependents or wish to change your life insurance beneficiary, a new application must be submitted. **THE TRUST FUND REQUIRES THAT EACH COVERED EMPLOYEE HAVE A CURRENT ENROLLMENT APPLICATION ON FILE BEFORE ELIGIBILITY CAN BE PROCESSED. If you do not have an Enrollment Application on file or if a claim is submitted for a dependent not listed on the application, your claim may not be covered.**

The Trust Fund provides benefits through insurance policies. Medical, Prescription, Vision, Dental, Orthodontic, Chiropractic, Acupuncture, Life, and Accidental Death and Dismemberment benefits are all insured.

This Summary Plan Description is intended to cover all plans. Please refer to your Collective Bargaining Agreement for your specific benefit plan.

Important Notice Regarding Eligibility: Your eligibility for benefits under the Plan depends on the continued receipt of Employer contributions on your behalf. If your Employer stops making contributions to the Trust Fund, your eligibility for benefits will end in accordance with Trust Fund rules (see Employee Eligibility Rules on page 2).

If you have questions about your Plan, please contact the Plan Administrative Office at (800) 924-1226.

Sincerely,

The Board of Trustees

TABLE OF CONTENTS

Plan Administrator	2
Eligibility Verification	2
Enrollment	3
Employee Eligibility Rules	3
Dependent Eligibility Rules	5
Continued Health Plan Coverage Statement of “COBRA” Self-Pay Rights	7
Extension of Medical Benefits During “Total Disability”	11
Extended Coverage Under the Family and Medical Leave Act	11
Certificate of Coverage	12
Maternity Notice	12
Women’s Health and Cancer Rights Act	12
Coordination of Benefits	12
Right of Recovery	13
Right of Recovery Against Third Parties	13
Definitions	14
Appeals Procedure When Claims Are Denied	15
Information Required by ERISA	16
Statement of ERISA Rights	20
Compliance with HIPAA Privacy Regulations	22
Retirees	25

PLAN ADMINISTRATOR

The Plan is administered by the Labor Alliance Managed Trust Fund Board of Trustees, which contracts with DMC Insurance Administrators, Inc. for administrative services. If you need further information or assistance, contact the Plan Administrative Office:

**Labor Alliance Managed Trust Fund
P.O. Box 757
Pleasanton, CA 94566
Phone: (800) 924-1226**

ELIGIBILITY VERIFICATION

ONLY THE PLAN ADMINISTRATIVE OFFICE CAN VERIFY ELIGIBILITY. A statement of eligibility furnished by a Local Union, Employer or other source will not be honored if in error. **FOR ELIGIBILITY VERIFICATION PLEASE CALL (800) 924-1226.**

DEFINITIONS

PLEASE NOTE: Words or groups of words in bold lettering enclosed by quotation marks are defined under **DEFINITIONS** on page 12.

GENDER

The terms "he" or "his" as used in this booklet are also understood to mean "she" or "hers."

SCHEDULE OF BENEFITS FOR ACTIVE EMPLOYEES AND DEPENDENTS

Attached is a brief summary of plan benefits in accordance to your Collective Bargaining Agreement. Please refer to the health care providers' Evidence of Coverage for detailed benefit information.

ENROLLMENT

GENERAL INFORMATION

1. Each covered **“employee”** must have a current Enrollment Application on file. If you have not filled out and returned an Enrollment Application to the Plan Administrative Office, you cannot receive any benefits. In addition, you must also have completed the applications for the specific providers you have chosen.
2. A Self-Directed Enrollment is available to plan participants. This allows you the option to change your medical and or dental providers at any time during the year in accordance with certain guidelines. They are as follows:
 - Plan participants can change medical providers one time within a twelve (12) month period.
 - Plan participants can change dental providers one time within a twelve (12) month period.
 - Plan participants can change benefit classifications one time within a twelve (12) month period. Those who select the Class II benefit option and later lose alternative coverage will revert back to the Class I benefit option so that there is no gap in coverage.
3. Complete the Enrollment Application and return it to the Plan Administrative Office. You must also report any changes in your address or dependents to the Plan Administrative Office. An Enrollment Application is included in your information packet. Additional Enrollment Applications can be obtained from the Plan Administrative Office, your Local Union, or on the Trust Fund website at www.lamtfund.org.
4. **The importance of having your current address on file cannot be overstated! It is the only way the Board of Trustees can keep you informed of any changes affecting your benefits.**

EMPLOYEE ELIGIBILITY RULES

INITIAL ELIGIBILITY

Only **“employees”** of a **“participating employer”** are eligible for coverage under the Plan. You become eligible for coverage under the Plan on the following date:

If you are an **“employee”** of a **“participating employer,”** on the date your Employer begins participation in the Labor Alliance Managed Trust Fund, you will become eligible for benefits pursuant to the terms required under the **“Collective Bargaining Agreement”** and your Employer makes the required contribution to the Trust Fund on your behalf.

If you are hired after your Employer has begun participation in the Trust Fund, you will become eligible for benefits on the first day of the month following the third month in any six consecutive months in which you satisfy the terms required under the **"Collective Bargaining Agreement"** and your Employer makes the required contributions to the Trust Fund on your behalf.

Exceptions

If you have been eligible for benefits under another Teamsters Taft Hartley Health and Welfare Trust Fund within the last twelve (12) months, you will become eligible for benefits on the first day of the month immediately following a month in which you work the hours required under the **"Collective Bargaining Agreement"** and your Employer makes the required contribution to the Trust Fund on your behalf.

CONTINUATION OF ELIGIBILITY FOR ACTIVE EMPLOYEES

Once you have established initial eligibility, you will remain eligible for benefits provided that you work the required hours and your Employer makes the required contributions to the Trust Fund on your behalf. Eligibility for benefits in any month is contingent upon receipt of the required contributions.

CONTINUATION OF COVERAGE FOR EMPLOYEES WHO ARE TOTALLY DISABLED

1. **If you are unable to work because you become totally disabled, the Plan will continue your coverage for up to three (3) months in any twelve (12) month period, for all disabilities combined, without self-payment.** In addition, your **"Collective Bargaining Agreement"** may stipulate additional extension of coverage or may require your Employer to make contributions on your behalf for an additional period.
2. If you remain totally disabled following the three (3) month extension described in paragraph 1 or if you have left active employment due to temporary layoff or approved leave of absence, you may extend coverage by self-payment for **"COBRA"** continuation coverage. **"COBRA"** coverage does not include life insurance or disability benefits and is not available to participants entitled to **"Medicare."** See page 6 for more information regarding **"COBRA."**
3. The Plan's disability policy is not applicable to you while you are eligible for, and/or receiving, leave under the Family and Medical Leave Act (FMLA). However, if you remain totally disabled at the conclusion of your FMLA leave, the Plan will continue coverage for up to three (3) months in accordance with the Plan's disability waiver policy.
4. If you experience a second disabling condition during a period of extended eligibility, you will not be entitled to a further extension beyond the period described in paragraph 2.
5. **Proof of disability is required for extension of coverage due to disability. Contact the Plan Administrative Office for a *Proof of Disability Claim Form*.**
6. See page 6 for COBRA rights.

Termination of Eligibility

Your eligibility for benefits will automatically terminate on the earliest of the following dates:

1. The date on which you enter full-time military service;
2. The first day of a month in which your Employer fails to make the required contribution to the Trust Fund on your behalf; or
3. The date the Plan terminates.

REINSTATEMENT OF ELIGIBILITY

If you become covered under the Plan, lose eligibility and then return to work for a “**participating employer**” your eligibility date will be the first day of the month immediately following a month in which you work the hours required under the “**Collective Bargaining Agreement**” and your Employer makes the required contribution to the Trust Fund on your behalf.

DEPENDENT ELIGIBILITY RULES

ELIGIBLE DEPENDENTS ARE:

1. Your lawful spouse.
2. Your children (including stepchildren, legally adopted children, and children for whom you or your spouse is the court appointed guardian) less than 26 years of age.
3. Your children age 26 or older, residing with and dependent upon you for support, which are incapable of self-support because of mental or physical disability that existed prior to reaching age 26.
4. Special Note Pertaining to Domestic Partners: The Plan does not offer domestic partner coverage. However, those plan participants who provided the Trust Fund Office a signed, notarized Declaration of Domestic Partnership and received coverage prior to January 1, 2016 will be “grandfathered” and allowed to continue the domestic partner’s participation in the Plan.

EXCEPTIONS

1. The term dependent will not include any person who is in full-time service of the Armed Forces, who lives outside the Continental United States or who is eligible as an “employee”.
2. Foster children and children for whom you are not the legal guardian may not be eligible as dependents.
3. If both parents are eligible under the Plan as employees, a child may be included as a dependent of both.

QUALIFYING EVIDENCE IS REQUIRED

Each provider has their own requirements as to what proof is needed to show an adult child's incapacity. You should check with the Plan Administrative Office to determine the specific requirements of your providers.

INITIAL DEPENDENT ELIGIBILITY

Individual providers have their own rules on when a dependent first becomes eligible. See provider plan summaries for initial dependent eligibility rules.

ENROLLING NEWLY ACQUIRED DEPENDENTS

To enroll newly acquired dependents, including a newborn, contact the Plan Administrative Office, complete a new Enrollment Application within thirty-one (31) days and supply evidence of dependent status as may be required. You must also complete any applications or forms your providers require to enroll a new dependent.

TERMINATION OF DEPENDENT ELIGIBILITY

Dependents cease to be eligible on:

1. The day that eligibility for the “**employee**” ceases; or
2. The date the dependent ceases to be eligible as a dependent as set forth under definition of dependent.

For Example: Your child ordinarily will lose eligibility at age 26.

3. See the next page for COBRA continuation rights.

REMEMBER: IT IS YOUR RESPONSIBILITY TO NOTIFY THE PLAN ADMINISTRATIVE OFFICE WHEN A CHANGE OCCURS IN YOUR FAMILY WHICH AFFECTS THE ELIGIBILITY OF YOUR DEPENDENTS.

CONTINUED HEALTH PLAN COVERAGE STATEMENT OF "COBRA" SELF-PAY RIGHTS

The right to COBRA continuation coverage was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you when you would otherwise lose your group health coverage. It can also become available to other members of your family who are covered under the Plan when they would otherwise lose their group health coverage. For additional information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should contact the Plan Administrative Office.

WHAT IS COBRA CONTINUATION COVERAGE?

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when coverage would otherwise end because of a life event known as a "qualifying event." Specific qualifying events are listed later in this notice. After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a "qualified beneficiary." You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage must pay for COBRA continuation coverage.

If you are an employee, you will become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because either one of the following qualifying events happens:

- Your hours of employment are reduced; or
- Your employment ends for any reason.

If you are the spouse of an employee, you will become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because any of the following qualifying events happens:

- Your spouse dies;
- Your spouse's hours of employment are reduced;
- Your spouse's employment ends for any reason; or
- You become divorced.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because any of the following qualifying events happens:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;
- The parent-employee's employment ends for any reason;
- The parents become divorced; or
- The child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent child."

WHEN IS COBRA COVERAGE AVAILABLE?

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrative Office has been notified that a qualifying event has occurred. When the qualifying event is the end of employment, reduction of hours of employment or death of the employee, the Employer must notify the Plan Administrative Office of the qualifying event.

YOU MUST GIVE NOTICE OF SOME QUALIFYING EVENTS

For the other qualifying events (divorce or a dependent child's losing eligibility for coverage as a dependent child), you must notify the Plan Administrative Office within 60 days after your loss of coverage due to the qualifying event. You must provide this notice to:

Labor Alliance Managed Trust Fund
c/o DMC Insurance Administrators, Inc.
P.O. Box 757
Pleasanton, CA 94566

HOW IS COBRA COVERAGE PROVIDED?

Once the Plan Administrative Office receives notice that a qualifying event has occurred, COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage. When the qualifying event is the death of the employee, your divorce or a dependent child's losing eligibility as a dependent child, COBRA continuation coverage lasts for up to a total of 36 months. When the qualifying event is the end of employment or reduction of the employee's hours of employment, and the employee became entitled to Medicare benefits less than 18 months before the qualifying event, COBRA continuation coverage for qualified beneficiaries other than the employee lasts until 36 months after the date of Medicare entitlement. For example, if a covered employee becomes entitled to Medicare 8 months before the date on which his employment terminates, COBRA continuation coverage for his spouse and children can last up to 36 months after the date of Medicare entitlement, which is equal to 28 months after the date of the qualifying event (36 months minus 8 months). Otherwise, when the qualifying event is the end of employment or reduction of the employee's hours of employment, COBRA continuation coverage generally lasts for only up to a total of 18 months. There are two ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended.

DISABILITY EXTENSION OF 18-MONTH PERIOD OF CONTINUATION COVERAGE

If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by the Social Security Administration to be disabled and you notify the Plan Administrative Office in a timely fashion, you and your entire family may be entitled to receive up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a total maximum of 29 months. The disability would have to have started at some time before the 60th day of COBRA continuation coverage and must last at least until the end of the 18-month period of continuation coverage. To get this extension you must send a copy of the Social Security Award within 60 days from the latest of (1) the date of the Social Security Disability Award, (2) the date that the qualified beneficiary loses coverage, or (3) the date on which the qualified beneficiary is informed of the obligation to provide the disability award, but in no event later than the expiration of the first 18 months of COBRA continuation coverage.

SECOND QUALIFYING EVENT EXTENSION OF 18-MONTH PERIOD OF CONTINUATION COVERAGE

If your family experiences another qualifying event while receiving 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if notice of the second qualifying event is properly given to the Plan. This extension may be available to the spouse and any dependent children receiving continuation coverage if the employee or former employee dies, becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both), or gets divorced, or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child, but only if the event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.

TERMINATION BEFORE END OF MAXIMUM PERIOD

Continuation coverage will be terminated before the end of the maximum period if:

- Any required premium is not paid in full on time;
- A qualified beneficiary becomes covered, after electing continuation coverage, under another group health plan that does not impose any pre-existing condition exclusion for a pre-existing condition of the qualified beneficiary; or
- A qualified beneficiary becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both) after electing continuation coverage.

Continuation coverage may also be terminated for any reason the Plan would terminate coverage of a participant or beneficiary not receiving continuation coverage (such as fraud).

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below. For more information about your rights under ERISA, including COBRA, the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit the EBSA website at www.dol.gov/ebsa. (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.)

KEEP YOUR PLAN INFORMED OF ADDRESS CHANGES

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

PLAN CONTACT INFORMATION

The group health plan's official name and address are:

Labor Alliance Managed Trust Fund
c/o DMC Insurance Administrators, Inc.
P.O. Box 757
Pleasanton, CA 94566

The Plan's contact person at the foregoing address is:

Name : Mario Guerrero, Fund Manager
Phone : (800) 924-1226
Fax: (877) 738-3815

SUBJECT TO REVISION

COBRA requirements are subject to change according to federal law. Please direct any COBRA eligibility questions to the Plan Administrative Office.

EXTENSION OF MEDICAL BENEFITS DURING “TOTAL DISABILITY”

1. If an eligible individual becomes totally disabled, the Plan will continue coverage for up to three (3) months in any twelve (12) month period, for all disabilities combined, without self-payment. In addition, your **“Collective Bargaining Agreement”** may stipulate additional extension of coverage or may require your Employer to make contributions on your behalf for an additional period.
2. If you remain totally disabled following the three (3) month extension described in paragraph 1, you may extend coverage by self-payment for **“COBRA”** continuation coverage. COBRA coverage does not include life insurance or disability and is not available to participants entitled to **“Medicare.”** See page 6 for more information regarding COBRA.
3. The Plan’s disability policy is not applicable to the eligible individual while eligible for and/or receiving, leave under the Family and Medical Leave Act (FMLA). However, if the eligible individual remains totally disabled at the conclusion of FMLA leave, the Plan will continue coverage for up to three (3) months in accordance with the Plan’s disability waiver policy.

EXTENDED COVERAGE UNDER THE FAMILY AND MEDICAL LEAVE ACT

Your Employer must continue to pay for your health coverage during any approved leave under the federal Family and Medical Leave Act (FMLA). In general, you may qualify for up to 12 weeks of unpaid FMLA leave per year if:

1. Your Employer has at least 50 employees;
2. You worked for the Employer for at least 12 months and for a total of at least 1,250 hours during the most recent 12 months; and
3. You require leave for one of the following reasons:
 - a. Birth or placement of a child for adoption or foster care;
 - b. To care for your child, spouse or parent with a serious medical condition; or
 - c. Your own serious health condition. Details concerning FMLA leave are available from your Employer.

Requests for FMLA leave must be directed to your Employer; the health plan cannot determine whether or not you qualify. If a dispute arises between you and your Employer concerning your eligibility for FMLA leave, you may continue your health coverage by making COBRA self payments. If the dispute is resolved in your favor, the health plan will obtain the FMLA-required contributions from your Employer and will refund the corresponding COBRA payments to you.

If your Employer continues your coverage during an FMLA leave and you fail to return to work, you may be required to repay the Employer for all contributions paid to the Health Plan for your coverage during the leave.

CERTIFICATE OF COVERAGE

The certificate of former group health plan coverage provides evidence of your health coverage under the Labor Alliance Managed Trust Fund. If you become covered under a new group health plan that has a waiting period for coverage, excludes coverage for certain medical conditions, or has a pre-existing condition clause, you may need to furnish the certificate to the new Plan Administrator.

You may also need to provide this certificate if you are buying insurance for yourself or your family, which excludes coverage for certain medical conditions, or has a pre-existing condition clause.

If you or your dependents lose coverage under the Labor Alliance Managed Trust Fund, you will be provided with a certificate of former group health plan coverage. If you are entitled to COBRA coverage, the certificate will be mailed when a notice for a qualifying event under COBRA is required, and after COBRA coverage stops. You may request a certificate within 24 months after losing coverage.

MATERNITY NOTICE

Health Plans and health insurance issuers offering group health coverage generally may not restrict benefits for any hospital length stay in connection with childbirth for the mother or newborn to less than 48 hours following a normal vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section, or require that a provider obtain authorization from the Plan or the insurance issuer for prescribing a length of stay not in excess of the above periods.

WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS ACT

Reconstructive breast surgery expenses incurred by a covered person as the result of a mastectomy on one or both breasts, and in a manner determined in consultation between the attending physician and the patient, are covered as shown on the following page. Any exclusion of benefits for cosmetic surgery does not apply to this benefit. This coverage is subject to the deductibles and/or copayments which apply to your other medical coverage.

1. Reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed.
2. Surgery on and reconstruction of the non-diseased breast to produce symmetry between the breasts.
3. Prostheses and treatment of physical complications, including lymphedemas, at all stages of a mastectomy.

COORDINATION OF BENEFITS

If you or your eligible dependents are also covered by another group plan, the benefits payable by your provider under this Plan may be reduced. Check with the Plan Administrative Office for your provider's Coordination of Benefit rules.

RIGHT OF RECOVERY

1. Whenever payments have been made by your provider under this Plan with respect to “covered expenses” in a total amount in excess of the maximum amount of payment necessary to satisfy the intent of this provision, the provider shall have the right to recover such payments, to the extent of such excess, from among one or more of the following; any persons to or for whom such payments were made, any insurance companies or any other organizations. Failure to invoke this provision for any claims shall not waive the providers’ right to invoke it for subsequent claims.
2. Your provider under this Plan may pay benefits for care or services, pending a determination of whether or not such care or services are covered, without waiving any Plan exclusions. In the event it is determined that such care or services are not covered, the provider under this Plan shall be entitled to recoup and recover the amount paid from the employee or the entity that provided services. You and your eligible dependents must execute and deliver to the Plan, all assignments and other documents necessary or useful to the Plan or provider for the purpose of enforcing its rights under this provision.

RIGHT OF RECOVERY AGAINST THIRD PARTIES

Your provider may be entitled to reimbursement from any recovery of proceeds for damages from any source up to the amount of payments made by the provider on account of any expenses related to, or arising out of any injury, illness, disease or other physical or psychiatric condition, and or resulting death for which a third party is or may be legally responsible. Check with the Plan Administrative Office for your provider’s right of recovery rules.

DEFINITIONS

1. **ACTIVE WORK** means: The “**employee**” is performing all the regular duties of his employment.
2. **COLLECTIVE BARGAINING AGREEMENT** means: A labor agreement between an Employer and a Local Union providing for contributions to the Plan, which has been approved by the Labor Alliance Managed Trust Fund Board of Trustees.
3. **DISABILITY**: See Total Disability.
4. **DURING ANY DISABILITY**:
 - a. **FOR YOU**, the term means all periods of disability arising from the same cause; except that if you completely recover or return to active employment, any subsequent period of disability from the same cause will be considered a new disability.
 - b. **FOR YOUR DEPENDENT**, the term means all periods of disability arising from the same cause; except in case of recovery for a period of six (6) months during which he is capable of resuming the normal activities of a person in good health and of the same age and sex, any subsequent period of disability from the same cause will be considered a new disability.
5. **EMPLOYEE** means: The common law employees of a participating Employer.
6. **MEDI-CAL** means: The Medical Care for Public Assistance Recipients program under California Welfare and Institutions Code Sec. 14000 et. seq., as amended.
7. **MEDICARE** means: The Health Insurance for the Aged program under Title XVIII of the Social Security Act, as such Act was amended by the Social Security Amendments of 1965 (Public Law 89-97), as amended.
8. **PARTICIPATING EMPLOYER** means: Any Employer or successor in interest to such Employer who is party to a “**Collective Bargaining Agreement**” requiring contributions to the Trust Fund.
9. **TOTAL DISABILITY** means: That you are unable because of illness or injury, to carry on the regular and customary activities of a person in good health of the same age and sex and are not, in fact, engaged in any employment or occupation whatsoever for compensation, gain or profit. Disabilities resulting from purposefully self-inflicted injuries, participation in the commission of a felony and injuries or illness due to service in the Armed Forces and for which the “**employee**” received a military pension are excluded.

APPEALS PROCEDURE WHEN CLAIMS ARE DENIED

All initial appeals to denied claims must first go through the appeals procedures as set forth by the provider that denied the claim. If after exhausting the providers' appeals procedures without satisfaction a participant may then follow the following procedures to appeal the denied claim to the Board of Trustees.

1. **Application for Review may be made by you or your authorized representative by filing a written application for review within 60 days after you receive the written notification of the denial from your provider.** Your written application for review should be addressed to the Board of Trustees. The Board of Trustees may consider a late application if it concludes the delay in filing was for a reasonable cause. As part of the review procedure, you or your authorized representative may review pertinent documents and submit issues and comments in writing, but have no right to appear personally before the reviewing group, unless the Board of Trustees concludes that such an appearance would be of value in enabling it to review and decide on your claim.
2. The Board of Trustees will promptly review your claim and appeal. You will be advised of the Board's decision within 90 days after the receipt of your written appeal or within 180 days if there are special circumstances requiring delay. If no decision is reached within the applicable time period, the appeal is deemed denied.
3. **The decision of the Board of Trustees, with respect to any appeal, shall be final and binding on all persons,** subject only to any civil action you may bring under §502(a) of ERISA. A civil action arising from the denial of benefits must be filed within one year from the date on which the Board of Trustees provides notice that your appeal has been denied, regardless of any state or federal statutes establishing provisions relating to limitations of actions.
4. By participating in the Fund, to the fullest extent permitted by law, you waive any right to commence, be a party to in any way, or be an actual or putative class member of any class, collective, or representative action arising out of or relating to any dispute, claim or controversy, and you agree that any dispute, claim or controversy may only be initiated or maintained and decided on an individual basis.
5. Neither your claim nor any rights, interests, or obligations under the Fund shall be assigned, in whole or in part, by operation of law or otherwise, to any third parties. Any such purported assignment shall be void.

INFORMATION REQUIRED BY ERISA

The Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA) requires that certain information be furnished to each participant in an employee benefit plan. That information, as not otherwise included in this Booklet, is as follows:

NAME OF THE PLAN:

The full name of the Plan is Labor Alliance Managed Trust Fund.

PLAN ADMINISTRATION:

The Plan is administered by the Joint Board of Trustees of the Labor Alliance Managed Trust Fund, which consists of equal numbers of Employer Trustees and Union Trustees. The Board of Trustees contract for administrative services with:

DMC Insurance Administrators, Inc.
P.O. Box 757
Pleasanton, CA 94566
Phone: (800) 924-1226

NAME AND ADDRESS OF THE PERSON DESIGNATED AS AGENT FOR SERVICE OF LEGAL PROCESS:

DMC Insurance Administrators, Inc. (at the above address) has been designated as agent for purposes of accepting legal process on behalf of the Plan. Legal process may also be served on any member of the Board of Trustees.

BENEFITS:

All of the types of benefits provided by the Plan are through insurance policies or service agreements. The complete terms of the benefits provided are set forth in the group insurance policies or service agreement with the following organizations:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Prudential Life Insurance Co. of America
2049 Century Park East, Suite 500
Los Angeles, CA 90067
(310) 284-3871
<i>Fully insures life and accidental death and dismemberment benefits for eligible participants.</i> | <ul style="list-style-type: none">• UnitedHealthcare
5701 Katella Ave
Cypress, CA 90630
(888) 522-6788
<i>Provides prepaid medical benefits, with guaranteed payment of these benefits.</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• Kaiser Permanente (So CA Region)
Walnut Center
Pasadena, CA 91188
(626) 405-5000
<i>Provides prepaid medical benefits, with guaranteed payment of these benefits.</i> | <ul style="list-style-type: none">• UnitedHealthcare Dental
5701 Katella Ave
Cypress, CA 90630
(877) 816-3596
<i>Provides prepaid dental benefits, with guaranteed payment of these benefits.</i> |

- United Concordia Dental**
 21700 Oxnard Street, Suite 500
 Woodland Hills, CA 91367
 (818) 710-9400
Provides prepaid dental benefits, with guaranteed payment of these benefits.
- Liberty Dental Plan**
 340 Commerce, Suite 100
 Irvine, CA 92602
 (888) 703-6999
Provides prepaid dental benefits, with guaranteed payment of these benefits.
- SimpleTherapy**
 1080 West Shaw Avenue, Suite 105
 Fresno, CA 93711
 (877) 519-8839
Provides access to chiropractic and acupuncture physicians.
- Vision Service Plan**
 333 Quality Drive
 Rancho Cordova, CA 95670
 (800) 877-7195
Provides prepaid vision benefits, with guaranteed payment of these benefits.

NAMES AND ADDRESSES OF TRUSTEES:

Union Trustees

Carlos Barnett
 Teamsters Local 63
 955 Bloomington Ave.
 Bloomington, CA 92316

Eric Jimenez
 Teamsters Local 952
 140 South Marks Way
 Orange, CA 92868

Victor Mineros
 Teamsters Local 396
 880 Oak Park Road, St. 200
 Covina, CA 91724

Frank Sevilla
 Teamsters Local 952
 140 South Marks Way
 Orange, CA 92868

Employer Trustees

Robert Francin
 Trustee
 1181 Quarry Lane, Suite 400
 Pleasanton, CA 94566

Edward "Chuck" Martin
 Trustee
 1181 Quarry Lane, Suite 400
 Pleasanton, CA 94566

Lyle McVicar
 Rockview Farms
 7011 Steward & Gray Road
 Downey, CA 90241

Larry D. Valenti
 Trustee
 1181 Quarry Lane, Suite 400
 Pleasanton, CA 94566

TYPE OF PLAN

The Labor Alliance Managed Trust Fund is a collectively bargained, jointly trustee'd welfare plan that provides hospital, medical, prescription drug, dental, orthodontic and vision for eligible employees and dependents and life insurance, disability and accidental death and dismemberment benefits for eligible employees.

PLAN FUNDING

The Plan is funded by monthly contributions from participating Employers paid on behalf of eligible employees and their eligible dependents. A list of participating Employers is available from the Plan Administrative Office. The amount of contributions is determined by the Board of Trustees under the authority of provisions contained in the Collective Bargaining Agreements and Trust Fund Agreement. In some cases, employees may be able to self-pay for a period of time when they are not covered by Employer contributions (See COBRA Self-pay Rights). Assets of the Plan are held in Trust Fund and benefits are funded through insurance companies.

FUTURE OF THE PLAN

1. The Labor Alliance Managed Trust Fund is established and maintained through collective bargaining. The Board of Trustees anticipates that the Plan will continue as long as Collective Bargaining Agreements so provide or until the bargaining parties elect to discontinue the Plan or the Trust Fund. The Board of Trustees reserves the right, to the extent not explicitly reserved by the Bargaining parties, to change or modify the Plan at any time for any reason without the specific approval of any person. Any change or modification of the Plan will not affect a claim incurred by a participant or covered dependent before the effective date of such change or modification.
2. If the Trust Fund or Plan is terminated, the remaining assets will be used to continue to provide benefits under the Plan until there are no assets remaining or will be used in a manner consistent with the purpose of the Plan. In no event will termination of the Trust Fund or Plan result in a reversion of assets to any Employer.

DISCRETIONARY AUTHORITY OF BOARD OF TRUSTEES:

The Board of Trustees reserves the right to make any determination of fact necessary or proper to the administration of this Trust Fund. Further, the Trustees shall have the power to construe and interpret the provisions of the Trust Agreement and Plan of Benefits relating to eligibility of employees or retired employees, their dependents and beneficiaries to receive benefits. Such determinations shall be final and binding upon all parties, including employees, retired employees, their dependents and beneficiaries.

PARTICIPATING EMPLOYERS:

A list of participating Employers may be obtained from the Plan Administrative Office.

EMPLOYER IDENTIFICATION NUMBER:

94-3217575

PLAN IDENTIFICATION NUMBER:

501

PLAN YEAR:

The Plan year ends each March 31.

EFFECTIVE DATE OF THE PLAN:

The Plan became effective February 22, 1995.

YOUR LEGAL RIGHTS AND ADMINISTRATION INFORMATION ABOUT THE PLAN

STATEMENT OF ERISA RIGHTS

Rights of Participants and Beneficiaries

As a participant in the Labor Alliance Managed Trust Fund you are entitled to certain rights and protections under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA). ERISA provides that all plan participants shall be entitled to:

Receive Information About Your Plan and Benefits

Examine, without charge, at the Plan Administrative Office and at other specified locations, such as worksites and union halls, all documents governing the plan, including insurance contracts and collective bargaining agreements, and a copy of the latest annual report (Form 5500 Series) filed by the plan with the U.S. Department of Labor and available at the Public Disclosure Room of the Pension and Welfare Benefit Administration.

Obtain, upon written request to the Plan Administrative Office, copies of documents governing the operation of the plan, including insurance contracts and collective bargaining agreements, and copies of the latest annual report (Form 5500 Series) and updated summary plan description. The administrator may make a reasonable charge for the copies.

Receive a summary of the plan's annual financial report. The Plan Administrative Office is required by law to furnish each Participant with a copy of this Summary Annual Report.

Continue Group Health Plan Coverage

Continue health care coverage for yourself, spouse or dependents if there is a loss of coverage under the plan as a result of a qualifying event. You or your dependents may have to pay for such coverage. Review this summary plan description and the documents governing the plan on the rules governing your COBRA continuation coverage rights.

Reduction or elimination of exclusionary periods of coverage for preexisting conditions under your group health plan, if you have creditable coverage from another plan. You should be provided a certificate of creditable coverage, free of charge, from your group health plan or health insurance issuer when you lose coverage under the plan, when you become entitled to elect COBRA continuation coverage, when your COBRA continuation coverage ceases, if you request it before losing coverage, or if you request it up to 24 months after losing coverage. Without evidence of creditable coverage, you may be subject to a pre-existing condition exclusion for 12 months (18 months for late enrollees) after your enrollment date in your coverage.

Prudent Actions by Plan Fiduciaries

In addition to creating rights for plan participants, ERISA imposes duties upon the people who are responsible for the operation of the employee benefit plan. The people who operate your plan, called “fiduciaries” of the plan, have a duty to do so prudently and in the interest of you and other plan participants and beneficiaries. No one, including your employer, your union, or any other person, may fire you or otherwise discriminate against you in any way to prevent you from obtaining a (pension, welfare) benefit or exercising your rights under ERISA.

Enforce Your Rights

If your claim for a (pension, welfare) benefit is denied or ignored, in whole or in part, you have a right to know why this was done, to obtain copies of documents relating to the decision without charge and to appeal any denial, all within certain time schedules.

Under ERISA, there are steps you can take to enforce the above rights. For instance, if you request a copy of plan documents or the latest annual report from the Plan Administrative Office and do not receive them within 30 days, you may file suit in a Federal court. In such a case, the court may require the plan administrator to provide the materials and pay you up to \$110 a day until you receive the materials, unless the materials were not sent because of reasons beyond the control of the plan administrator. If you have a claim for benefits which is denied or ignored, in whole or in part, you may file suit in a state or Federal court. In addition, if you disagree with the plan’s decision or lack thereof concerning the qualified status of a domestic relations order or a medical child support order, you may file suit in Federal court. If it should happen that plan fiduciaries misuse the plan’s money, or if you are discriminated against for asserting your rights, you may seek assistance from the U.S. Department of Labor, or you may file suit in a Federal court. The court will decide who should pay court costs and legal fees. If you are successful, the court may order the person you have sued to pay these costs and fees. If you lose, the court may order you to pay these costs and fees, for example, if it finds your claim is frivolous.

Assistance with Your Questions

If you have any questions about your plan, you should contact the plan administrator. If you have any questions about this statement or about your rights under ERISA, or if you need assistance in obtaining documents from the plan administrator, you should contact the nearest office of the Pension and Welfare Benefits Administration, U.S. Department of Labor, listed in your telephone directory or the Division of Technical Assistance and Inquiries, Pension and Welfare Benefits Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. You may also obtain certain publications about your rights and responsibilities under ERISA by calling the publications hotline of the Pension and Welfare Benefits Administration.

COMPLIANCE WITH HIPAA PRIVACY REGULATIONS

Pursuant to the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996, the Department of Health and Human Services has adopted regulations for group health plans to treat health information of participants and beneficiaries as protected information.

Information regarding a person's past, present or future physical or mental health, the provision of health care to that person, or past present or future payment for that person's health care, known as "Protected Health Information" (PHI), can be disclosed only to certain individuals for specific purposes.

The Plan Sponsor for the Labor Alliance Managed Trust Fund is the Board of Trustees of the Plan. The Board of Trustees consists of an equal number of Union and Management Trustees whose Unions, Companies and Associations are party to collective bargaining agreements that provide for participation in the Plan. The Plan Sponsors have final authority over Plan Administration and operations, and in order to meet their obligations in this regard, must have access to PHI.

Disclosure of Protected Health Information (PHI) to the Plan Sponsor for Plan Administration and Operations

The circumstances and purposes for which the Plan Sponsor may have access to PHI regarding you or your covered dependents are as follows:

1. Deciding appeals of benefit denials and eligibility; establishing contribution rates; making determinations regarding benefits, including whether or not to offer certain benefits and making plan design decisions; monitoring services provided by, and contracting with, HMOs, insurers, provider networks, and providers themselves (i.e., doctors and hospitals).
2. Dealing with subrogation and reimbursement claims involving third parties and participants; addressing coordination of benefit issues with other plans; purchasing stop-loss insurance and/or insurance to cover any of the benefits offered by the Plan.
3. Making decisions regarding the interpretation of plan documents as they relate to specific benefit claims, including decisions regarding medical necessity, disease management, standards of practice, and experimental treatments.
4. Providing for the collection of contributions from participating employers, including the auditing of such employers and the subsequent review of compliance audits to determine which employees and dependents an employer has contributed for and if there are any for whom contributions are delinquent.
5. Addressing issues and appeals involving participants' legal rights, such as COBRA continuation coverage, HIPAA special enrollment periods, and HIPAA certificates of creditable coverage.

Disclosure of PHI to Plan Consultants

The Board of Trustees acting as Plan Sponsor, undertake their responsibilities to the Plan on a voluntary basis. They are not employed by the Plan, nor does Plan or the trust fund have any employees. The Trustees and the Plan therefore utilize outside consultants to assist in all aspects of plan Administration and operations, which requires the Plan to disclose PHI to them.

The consultants retained by the Plan include attorneys, benefit consultants, accountants, auditors, and the third-party administrator that administers the plan. Any or all of them may require access to PHI in order to advise and assist the Trustees. For example, the third-party administrator for the Plan, which processes all claims and verifies eligibility, will have access to PHI in carrying out these administrative functions. The auditor for the Plan determines if contributions have been correctly paid for all covered employees, and if ineligible persons were covered, whether claims were paid for them based on improper employer contributions.

Certifications, Restrictions and Limitations on the Use of PHI

The Plan, and the Plan Sponsor, hereby certify that they will:

- a) Disclose PHI to the Plan Sponsor and its consultants only as set forth above and only the minimum amount necessary to enable them to fulfill their obligations to the Plan and its participants.
- b) Report to the Plan any unauthorized disclosure of PHI or any use of PHI that is contrary to the purposes set forth herein. If the Plan Sponsor wishes to obtain access to PHI for purposes other than those set forth herein, it will seek written authorization from the participant(s) whose PHI is involved before the Plan allows access to the information.
- c) Ensure that all consultants, attorneys, accountants, auditors, third party administrators, HMOs, insurers, or other Business Associates of the Plan agree in writing not to disclose or use PHI for any purpose contrary to law or to the terms of such written agreement with the Plan, and to otherwise comply with the requirements of the Privacy Standards with regard to the use and disclosure of PHI.
- d) Make the PHI of any participant available to them pursuant to Section 164.524 of the Privacy Standards (45 CFR 164.524).
- e) Not use or disclose PHI for employment related actions or decisions or in connection with any other non-group health employee benefit plan of the plan sponsor.
- f) Make available PHI for amendment, and incorporate any amendments to PHI, in accordance with Section 164.526 of the Privacy Standards (45 CFR 164.526).
- g) Make available an accounting of disclosures of PHI to any participant in accordance with Section 164.528 of the Privacy Standards (45 CFR 164.528).
- h) Make the Plan's internal practices, books and records relating to the use or disclosure of PHI available to the Secretary of HHS for audit purposes.

- i) If feasible, return or destroy all PHI received from the group health plan that the plan sponsor retains in any form when no longer needed for the purpose for which the disclosure was made.
- j) Ensure that adequate separation between the group health plan and the plan sponsor exists to ensure the confidentiality of PHI.
- k) Make no other disclosures or uses of PHI besides those permitted or required by the Plan Documents or as required by law.

Privacy Officer

The Plan has appointed a Privacy Officer, who is designated to ensure that this policy is followed and to address any issue or complaint regarding access to PHI for the Plan. Any participant or beneficiary who has a question or concern regarding the use of their PHI may direct their question or concern to: Privacy Officer, Labor Alliance Managed Trust Fund c/o DMC Insurance Administrators, Inc., P.O. Box 757, Pleasanton, CA 94566. The telephone number is (925) 426-3555 or (800) 924-1226. Participants and beneficiaries are also entitled to obtain an accounting of any disclosures of their PHI by the Plan. If they are not satisfied after communication with the Privacy Officer, they may direct any problem, concern or request to the Board of Trustees, who will treat it as an appeal to the Board and respond accordingly.

RETIREES

The Labor Alliance Managed Trust Fund also provides a self-pay voluntary retiree plan for eligible retired employees.

RETIREE ELIGIBILITY RULES

A person who has retired from active employment under the Labor Alliance Managed Trust Fund is eligible for benefits under the plan if all of the following conditions are met:

1. He/She is at least 55 years of age (*see Note (a) below*) or has qualified under Federal Social Security for Monthly benefits; and
2. He/She does not enroll as an active employee under any plan of group insurance or group coverage; and
3. He/She makes timely self-payments in an amount as determined by the Board of Trustees; (*see Note (b) below*); and
4. There is no gap in coverage between eligibility as an active employee, covered under the Trust Fund, and eligibility as a retiree (*see Note (c) below*); and
5. He/She was employed at the time of retirement by an employer who contributes to the Fund or was employed at the time of retirement by an employer who contributed to a different Trust Fund which then contributed to this Trust Fund. (*see Note (d) below*)

Note (a): The minimum age requirement will be waived for retirees younger than 55 receiving a monthly pension from the Western Conference of Teamsters (WCT) Pension Fund or any other pension plan approved by the Board of Trustees.

Note (b): In some specific and exceptional situations, these payments may be remitted by an Employer.

Note (c): A gap in coverage will be waived in cases of disability retirement so long as the application for benefits is made on a timely basis, after receipt of notice of entitlement to Social Security and the relevant Pension Fund. Copies of both the notice of Social Security eligibility and certification of pension entitlement are required to establish eligibility in this plan.

Note (d): If the retired individual's former employer ceases to make contributions to the Trust Fund, he/she will cease to be eligible for benefits, except in the event of a plant closure.

TERMINATION OF ELIGIBILITY

Your eligibility for benefits will automatically terminate on the earliest of the following dates:

1. The first day of a month in which you fail to make the required contribution to the Trust; or
2. The first day of a month in which your former Employer fails to make the required contribution to the Trust Fund on your behalf; or
3. The date your former Employer ceases to participate in the Trust Fund; or
4. The date the Plan terminates.

Labor Alliance
Managed Trust Fund
(Fondo Fiduciario Administrado
Por La Alianza Laboral)

Resumen de la Descripcion
Del Plan



Marzo 2022

INTRODUCCIÓN

Esta *Guía de Sus Beneficios* explica los beneficios proporcionados a través del Fondo Fiduciario Administrado por la Alianza Laboral. Este panfleto técnicamente se conoce como el Resumen de la Descripción del Plan y ofrece un resumen en lenguaje fácil de entender de los elementos más importantes del plan, al igual que referencias a las situaciones más comunes que se asocian con los beneficios.

Cuando hay modificaciones al Plan se les entregarán avisos por escrito. Por favor lean, estos avisos y guárdelos con sus otros materiales del Plan. Se les invita a leer los documentos oficiales que establecen los reglamentos del Plan poniéndose en contacto con la Oficina Administrativa del Plan.

Al final de ésta guía hay información referente a la administración del Plan además de información sobre sus derechos legales bajo el Acto de Seguridad de Ingresos para la Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act) [ERISA].

Refiérase a la *Evidencia de la Cobertura* (Evidence of Coverage) de su Plan de Salud para informarse de otros detalles que usted debe saber (tales como el costo de los pagos cooperativos y las cantidades máximas). Si tiene alguna pregunta, hable con la Oficina Administrativa del Plan a los números telefónicos que se encuentran abajo. Cuando hable, se le va a preguntar el nombre de su Plan y su número de Seguro Social.

La *Evidencia de la Cobertura* es el documento valedero entre el Plan de Salud y sus miembros:

Un médico del Plan de Salud debe de determinar que los servicios y materiales de tratamiento son médicamente necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar la condición médica. Los servicios y materiales de tratamiento deben ser proporcionados, recetados, autorizados o dirigidos por un médico del Plan de Salud. Usted debe recibir los servicios y materiales de tratamiento en el local del Plan de Salud dentro del Área de Servicio, excepto cuando se especifique por escrito lo contrario en la *Evidencia de la Cobertura*.

Por favor, refiérase a la *Evidencia de la Cobertura* del Plan de Salud para más detalles sobre la revisión de los beneficios y demandas, y los procedimientos de la adjudicación.

Preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre el Plan o la elegibilidad para los beneficios, póngase en contacto con:

Labor Alliance Managed Trust
Plan Administrative Office

Dirección:

P.O. Box 757
Pleasanton, CA 94566

Número Telefónico para Servicio al Cliente

De 9:00 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes (con excepción de días festivo)
(800) 924-1226

Horas de Oficina

De 9:00 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes (con excepción de días festivos)

Número de Fax

(877) 738-3815

Para los Empleados Participantes:

Su Unión Local (Sindicato) y la Compañía han trabajado juntos para proporcionarle un plan de salud íntegro bajo el Fondo Fiduciario Administrado por la Alianza Laboral (Labor Alliance Managed Trust Fund).

El Plan se estableció como resultado de una negociación colectiva y está financiado principalmente por las contribuciones de las Compañías al Fondo Fiduciario. El Plan está administrado por la Mesa Directiva del Fondo Fiduciario Administrado por la Alianza Laboral, la cual consiste en un número igual de Fiduciarios nombrados por la Unión (Sindicato) y por las Compañías participantes. El Fondo proporciona beneficios Médicos, para Medicamentos Recetados, para Visión, beneficios Dentales y de Ortodoncia, Quiroprácticos, y Acupuntura al igual que seguros de Vida, de Muerte por Accidente y por pérdida de miembros. Su plan de beneficios específico está basado en lo que la Compañía y la Unión (Sindicato) han decidido durante una negociación colectiva. Si tiene cobertura médica, puede escoger entre dos tipos de beneficios, Clase I ó Clase II. Puede elegir que el Plan cubra los gastos médicos, para Medicamentos Recetados y Visión para usted y sus dependientes (beneficios de Vida y Dentales proporcionados si corresponde) [Clase I], o que el Plan cubra solo Visión para usted y sus dependientes elegibles (beneficios de Vida y Dentales proporcionados si corresponde) [Clase II]. Al escoger la Clase II también participará en el Fondo Fiduciario para Ahorros de la Alianza Laboral (Labor Alliance Savings Trust Fund) (Nota: Solo se puede escoger la Clase II si se cumple con los lineamientos necesarios para calificar.)

SOLO LA OFICINA ADMINISTRATIVA DEL PLAN, DMC INSURANCE ADMINISTRATORS, INC., REPRESENTA LA MESA ADMINISTRATIVA DEL PLAN, ADMINISTRANDO EL PLAN Y PROPORCIONANDO LA INFORMACIÓN SOBRE LA CANTIDAD DE LOS BENEFICIOS, LA ELEGIBILIDAD Y OTRAS ESPECIFICACIONES DEL PLAN. NINGÚN EMPLEADO DE LA UNIÓN (SINDICATO), INCLUYENDO LOS OFICIALES DE LA UNIÓN Y AGENTES DE NEGOCIO, COMPAÑÍA O REPRESENTANTE ESTÁ AUTORIZADO PARA DAR INFORMACIÓN, INTERPRETAR EL PLAN O COMPROMETER A LA MESA DIRECTIVA EN NINGÚN ASUNTO. PARA SERVIRLE MEJOR A UD., LA OFICINA ADMINISTRATIVA DEL PLAN DARÁ RESPUESTAS ORALES EN BASE INFORMAL REFERENTES A PREGUNTAS SOBRE LA COBERTURA, PERO NINGÚNA RESPUESTA ORAL COMPROMETE A LA MESA DIRECTIVA. EN TODOS LOS CASOS LOS TÉRMINOS DEL PLAN ESTABLECEN LAS REGLAS.

En algunas ocasiones, la Mesa Directiva puede estar obligada a hacer cambios en las especificaciones de los beneficios del Plan. Usted recibirá un aviso por escrito referente a cualquier cambio. Por favor guarde éste folleto y todos los avisos de cambios en un lugar seguro.

Usted debe nombrar a sus dependientes en la Solicitud de Inscripción (Enrollment Application) incluida en el paquete de información. (También se pueden obtener solicitudes en la Oficina Administrativa del Plan). Solamente las personas descritas en la sección "Dependientes Elegibles," ("Eligible Dependents") de éste resumen pueden ser cubiertas como dependientes. La Solicitud debe ser totalmente completada y entregada a la Oficina Administrativa del Plan inmediatamente. Si usted tiene que agregar dependientes adicionales o desea cambiar al beneficiario del plan de seguros de vida, debe entregar una nueva solicitud. **EL FONDO FIDUCIARIO REQUIERE QUE CADA EMPLEADO QUE ESTÉ CUBIERTO BAJO EL PLAN**

TENGA UNA SOLICITUD ACTUALIZADA EN EL ARCHIVO ANTES DE QUE SE PROCESA LA ELEGIBILIDAD. Si no tiene una Solicitud de Inscripción en el archivo y se entrega una petición para beneficios, o si se entrega una petición para un dependiente que no esté nombrado en la solicitud, es posible que la petición no sea reconocida.

El fondo fiduciario proporciona beneficios a través de pólizas de seguros. Los gastos de tratamiento Médico, Dental, Quiropráctico, Acupuntura, Visión, Ortodoncia, Medicamentos Recetados, y Seguros de Vida y de Muerte o Lesión por Accidente están cubiertos.

Este Resumen de la Descripción del Plan intenta referirse a todos los planes. Por favor de referirse al acuerdo de negociación colectiva para beneficios específicos del plan.

Un Aviso Importante Referente a la Elegibilidad: La elegibilidad para los beneficios bajo el plan depende de la entrega regular de las contribuciones a su nombre por parte de la Compañía. Si la Compañía deja de hacer las contribuciones al Fondo Fiduciario, de acuerdo con las reglas del mismo, la elegibilidad para los beneficios se terminará (vea Las Reglas para la Elegibilidad del Empleado en la página 2).

Si tiene alguna pregunta sobre el Plan, por favor hable con la Oficina Administrativa del Plan al (800) 924-1226.

Atentamente,
La Mesa Directiva

CONTENIDO

Administración del Plan	2
Verificación de la Elegibilidad	2
Inscripción	3
Reglas de Elegibilidad para los Empleados	3
Reglas de Elegibilidad para los Dependientes	5
Continuación de la Cobertura del Plan de Salud y La Declaración de los Derechos "COBRA" con Pago Personal	7
Cobertura Prolongada Bajo el Acto de Permiso Médico o Permiso por Motivos Familiares	11
Certificado de la Cobertura	12
Aviso sobre Maternidad	12
Derechos sobre la salud y de cancer de la mujer	12
Coordinación de los Beneficios	12
Derecho de Recuperación	13
Derecho de Recuperación contra Terceras Partes	13
Definiciones	14
Procedimientos para Apelar cuando se Rechaza una Petición	15
Información Requerida por ERISA	16
Declaración de los Derechos ERISA	20
Cumplimiento de Regulaciones de Privacidad de HIPAA	22
Personas Jubiladas	25

ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

El Plan está administrado por la Mesa Directiva del Fondo Fiduciario Administrado por la Alianza Laboral (Labor Alliance Managed Trust Fund Board of Trustees), la cual contrata a los Administradores de Seguros DMC (DMC Insurance Administrators, Inc.) para los servicios administrativos. Si desea más información o ayuda, póngase en contacto con la Oficina Administrativa del Plan:

**Labor Alliance Managed Trust Fund
P.O. Box 757
Pleasanton, CA 94566
Teléfono: (800) 924-1226**

VERIFICACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

SOLO LA OFICINA ADMINISTRATIVA DEL PLAN PUEDE VERIFICAR LA ELEGIBILIDAD. No se reconocerá ninguna declaración de la elegibilidad proporcionada por una Unión Local (Sindicato), la Compañía u otro origen si hay algún error. **PARA VERIFICAR LA ELEGIBILIDAD LLAME AL (800) 924-1226.**

DEFINICIONES

POR FAVOR PONGA ATENCIÓN: Se encuentran las definiciones de las palabras o grupos de palabras con letras negritas y encerradas entre comillas en la sección de DEFINICIONES en la página 12.

GÉNERO

Para el uso en este panfleto, el término "su" se puede referir a "él" o "ella."

HORARIO DE LAS VENTAJAS PARA LOS EMPLEADOS Y LOS DEPENDIENTES ACTIVOS

Se une un breve resumen de las ventajas del plan de acuerdo a su estipular colectivo. Por favor refiérase a la evidencia de los proveedores del cuidado médico de la cobertura para la información detallada de la ventaja.

INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN GENERAL

1. Cada **"empleado"** que esté cubierto debe de tener una Solicitud de Inscripción actualizada en el archivo. Si usted no ha llenado y entregado una Solicitud de Inscripción a la Oficina Administrativa del Plan, no puede recibir ningún beneficio. Además, debe de haber llenado la solicitud para los suministradores específicos que ha escogido.
2. Una Inscripción Auto Dirigida se encuentra disponible para los participantes del plan, lo cual le da la opción a cambiar los suministradores del cuidado médico y dental en cualquier momento durante el año, de acuerdo con ciertos lineamientos. Tales lineamientos son:
 - Los participantes del plan pueden cambiar el suministrador del cuidado de salud una vez durante un período de doce (12) meses.
 - Los participantes del plan pueden cambiar el suministrador del cuidado dental una vez durante un período de doce (12) meses.
 - Los participantes del plan pueden cambiar la clasificación de los beneficios una vez durante un período de doce (12) meses. Los que escogen la opción de beneficios de Clase II (Class II) y luego pierden la cobertura alternativa, volverán a tener la opción de beneficios de Clase I (Class I) para que no haya interrupción en la cobertura.
3. Complete la Solicitud de Inscripción y entréguela a la Oficina Administrativa del Plan. Usted debe reportar cualquier cambio de su dirección o de dependientes a la Oficina Administrativa del Plan. En su paquete de información se encuentra una Solicitud de Inscripción, y se pueden obtener Solicitudes de Inscripción adicionales a través de la Oficina Administrativa del Plan, de la Unión Local (Sindicato), o el sitio web LAMT, www.lamtfund.org.
4. **No podemos expresarle lo importante que es tener su dirección actual en el archivo! Es la única manera en que la Mesa Directiva puede informarle sobre los cambios que afectan los beneficios.**

REGLAS SOBRE LA ELEGIBILIDAD PARA LOS EMPLEADOS

LA ELEGIBILIDAD INICIAL:

Solamente los **"empleados"** de una **"compañía participante"** son elegibles para la cobertura bajo el Plan. Usted es elegible para la cobertura bajo el Plan a partir de la siguiente fecha:

Si usted es un **"empleado"** de una **"compañía participante,"** en la fecha en que la compañía inicia la participación en el Fondo Fiduciario Administrado por la Alianza Laboral, usted será elegible para recibir beneficios conforme a los términos que se especifican en el **"Acuerdo de Negociación Colectiva,"** y la compañía hace la contribución correspondiente al Fondo Fiduciario a su nombre.

Si usted empieza a trabajar después que la Compañía ha iniciado la participación en el Fondo Fiduciario, será elegible para recibir los beneficios el primer día del mes después del tercer mes de cualquier período en seis meses consecutivos durante el cual usted Satisfaga los términos requeridas por el "Acuerdo de Negociación Colectiva" y la Compañía hace las contribuciones requeridas al Fondo Fiduciario a su nombre.

Las Excepciones:

Si usted ha sido elegible para beneficios bajo otro Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar Social de "Teamsters Taft Hartley" durante los últimos 12 meses, usted será elegible para recibir los beneficios el primer día del mes inmediatamente después del mes en que trabaje el número de horas requeridas bajo el "**Acuerdo de Negociación Colectiva**" y la Compañía hace las contribuciones requeridas al Fondo Fiduciario a su nombre.

LA CONTINUACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA EMPLEADOS ACTIVOS

Una vez que usted ha establecido la elegibilidad inicial, será elegible para los beneficios si trabaja el número de horas requeridas y la Compañía hace las contribuciones requeridas al Fondo Fiduciario a su nombre. Durante cualquier mes la elegibilidad para los beneficios depende de la entrega de las contribuciones requeridas.

LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA PARA EMPLEADOS TOTALMENTE DESHABILITADOS

1. Si usted no puede trabajar porque está completamente deshabilitado, el Plan continuará con la cobertura hasta por tres (3) meses en cualquier periodo de doce (12) meses, para todas las discapacidades combinadas, sin pago personal. Además, su "**Acuerdo de Negociación Colectiva**" puede especificar una extensión adicional de la cobertura, o puede requerir que su Compañía haga las contribuciones durante un período adicional.
2. Si usted queda totalmente deshabilitado después de la extensión de tres (3) meses mencionado arriba en el párrafo 1, o si usted ha dejado de ser empleado activo debido a la falta de trabajo o por un permiso de ausencia aprobado, se puede extender la cobertura pagando personalmente por la continuación de cobertura "**COBRA**." La cobertura "**COBRA**" no incluye seguros de vida o beneficios por deshabilitaciones y no está disponible para los participantes elegibles para "**Medicare**." Vea la página 5 para más información referente a "**COBRA**."
3. Si Usted elegible queda totalmente incapacitada al término del Acto de Permiso por Razones Familiares y Médicas (FMLA), el Plan continuará la cobertura por un máximo de tres (3) meses, de acuerdo con el beneficio por incapacidad prolongada.
4. Si usted sufre de una segunda condición que lo deshabilita durante un período de elegibilidad extendida, no será elegible para una extensión que abarque más que el período descrito arriba en el párrafo 2.
5. Para una extensión de la cobertura se requiere que compruebe la deshabilidad. Póngase en contacto con la Oficina Administrativa del Plan para una *Petición de Beneficios con Comprobante de Deshabilidad (Proof of Disability Claim Form)*.
6. Vea la página 5 para los derechos bajo COBRA.

TERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

La elegibilidad para los beneficios terminará automáticamente a la fecha de lo que suceda primero:

1. La fecha en que usted entre al servicio militar tiempo completo; o

2. El primer día del mes en que la Compañía no haga las contribuciones requeridas al Fondo Fiduciario a su nombre; o
3. La fecha en que termine el Plan.

REESTABLECER LA ELEGIBILIDAD

Si Usted está cubierto por el Plan y pierde la elegibilidad, y luego vuelve a trabajar para una "**Compañía Participante**," su elegibilidad será reestablecida el primer día del mes inmediatamente después del mes en que trabaje el número horas requeridas bajo el "**Acuerdo de Negociación Colectiva**" y la Compañía haga las contribuciones requeridas al Fondo Fiduciario a su nombre.

REGLAS SOBRE LA ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES

LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES SON:

1. Su cónyuge legal.
2. Sus hijos (incluyendo hijastros, hijos adoptados y los niños para los cuales usted o su cónyuge son el Tutor Legal) de menos de 26 años de edad.
3. Los niños de 26 años o más, que residen y dependen de usted para su sostén, que son incapaces de auto-ayuda debido a una incapacidad mental o física que existía antes de alcanzar los 26 años.
4. Nota especial Relativo a parejas domésticas: El Plan no ofrece cobertura de pareja doméstica. Sin embargo, los participantes del plan que proporcionaron a la oficina del Fondo Fiduciario una Declaración de Parejas Domésticas, firmada y notariada, y recibieron cobertura con anterioridad al 1 de Enero 2016, tendrán "derechos adquiridos" y se les permitirá continuar con la participación de la pareja doméstica.

EXCEPCIONES

1. El término dependiente no incluirá a las personas que estén en el servicio de tiempo completo de las Fuerzas Armadas, que vive fuera de los Estados Unidos continentales o que califica como un "empleado".
2. Es posible que los hijos de hogar sustituto ("*foster*") y niños para quienes Usted no es el tutor legal no serán elegibles como dependientes.
3. Si ambos padres están bajo el plan como empleados, un hijo puede ser incluido como dependiente en ambos planes.

PRUEBAS DE CLASIFICACIÓN SE REQUIERE

Cada proveedor tiene sus propios requisitos en cuanto a lo que se necesita como prueba para demostrar la incapacidad de un hijo adulto. Usted debe consultar con la Oficina Administrativa del Plan para determinar las necesidades específicas de sus proveedores.

SE REQUIERE COMPROBACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

Cada suministrador tiene sus propios requisitos referentes a la comprobación necesaria para demostrar la deshabilidad de un hijo adulto, o la inscripción en una escuela acreditada. Usted debe hablar con la Oficina Administrativa del Plan para determinar los requisitos específicos de cada suministrador.

LA ELEGIBILIDAD INICIAL PARA LOS DEPENDIENTES

Cada suministrador tiene sus propias reglas sobre la fecha en la que un dependiente será elegible por primera vez. Vea los resúmenes de los planes para saber las reglas sobre la elegibilidad inicial de los dependientes.

INSCRIPCIÓN DE DEPENDIENTES NUEVOS

Para inscribir dependientes nuevos, póngase en contacto con la Oficina Administrativa del Plan, complete una Solicitud de Inscripción en los primeros treinta y un (31) días y proporcione información de la relación como dependiente como se requiere. Además, debe completar las solicitudes o formas requeridas por los suministradores para inscribir a un nuevo dependiente.

TERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD COMO DEPENDIENTE

Los dependientes dejan de ser elegibles en:

1. La fecha en que la elegibilidad del "**empleado**" termine, o en
2. La fecha en que el dependiente deje de ser elegible como dependiente, de acuerdo con la definición establecida referente a los dependientes.

Por ejemplo: Su hijo normalmente perderá la elegibilidad a los 26 años.

3. Vea abajo para conocer los derechos de continuación COBRA.

RECUERDE: ES SU RESPONSABILIDAD NOTIFICAR A LA OFICINA ADMINISTRATIVA DEL PLAN CUANDO HAYA UN CAMBIO EN SU FAMILIA QUE AFECTE LA ELEGIBILIDAD DE LOS DEPENDIENTES.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DEL PLAN DE SALUD DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS BAJO "COBRA" CON PAGO PERSONAL

El derecho de obtener la continuación de cobertura de "COBRA" fue puesta en vigor por la ley federal de la "Consolidación de Antología de Reconciliación de Presupuestos" de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act). La continuación de la cobertura bajo COBRA puede ser dispuesta cuando usted pierda su cobertura de salud. De igual forma, la continuación de cobertura de COBRA también se podrá hacer disponible a miembros de la familia quienes tienen cobertura bajo el plan del empleado, solamente cuando pierdan la cobertura de salud. Para más información acerca de sus derechos y obligaciones bajo el plan, y bajo la ley federal, por favor de llamar a la Oficina Administrativa del Plan.

¿Que es la continuación de cobertura bajo COBRA?

La continuación de cobertura de COBRA es la continuación de cobertura de su seguro de salud cuando su cobertura bajo el Plan se termina como resultado de un evento eliminatorio. Eventos específicos que son calificativos y que proporcionan el derecho para obtener COBRA están mencionados mas adelante en éste panfleto. Después de la verificación de un evento que lo califiquen a obtener COBRA, la cobertura será ofrecida a cada persona que es calificada como un "beneficiado calificativo." Usted, su cónyuge, y sus hijos dependientes podrán ser beneficiados calificativos si la cobertura bajo el Plan se pierde por la razón de varios posibles eventos eliminatorios. En concordancia con la ley, bajo el Plan, los beneficiados calificativos que eligen cobertura bajo la continuación de COBRA tendrán que pagar por ella.

Si usted es un empleado, usted será un beneficiado calificativo si pierde su cobertura bajo el Plan por las razones siguientes:

- Sus horas de empleo son reducidas; o
- Su empleo termina por cualquier razón.

Si usted es un cónyuge de un empleado, usted será un beneficiado calificado si pierde su cobertura bajo el Plan por los siguientes eventos calificativos:

- Su cónyuge muere;
- Las horas de trabajo de su cónyuge son reducidas;
- El empleo de su cónyuge se termina por cualquier razón; o
- Se divorcia.

Sus hijos dependientes serán beneficiados calificados si pierden cobertura bajo el Plan por los siguientes eventos calificativos:

- El empleado o el padre muere;
- Las horas de empleo del empleado o padre son reducidas;
- El empleo del empleado o el padre se termina por cualquier razón;
- Los padres se divorcian; o
- El hijo(a) dependiente ya no es elegible para recibir cobertura bajo el Plan como un "hijo dependiente."

¿Cuándo es disponible la cobertura de COBRA?

El plan ofrecerá la continuación de cobertura de salud bajo el plan de COBRA a beneficiados calificados solamente después de que a la Oficina Administrativa del Plan es notificado que un evento calificativo ha ocurrido. Cuando el evento calificativo es la terminación de empleo, o la reducción de horas de empleo, o la muerte del empleado, el Empleador tendrá que notificar a la Oficina Administrativa del Plan de éstos eventos calificativos.

Usted debe de notificar si ocurren ciertos eventos calificativos

Usted tiene el deber de notificar a la Oficina Administrativa del Plan dentro de 60 días después de la pérdida de la cobertura bajo el Plan debido a un evento calificativo como: el divorcio, o la pérdida de la elegibilidad de la cobertura de un “hijo dependiente.” Usted tendrá que proveerle ésta información a:

Labor Alliance Managed Trust Fund
c/o DMC Insurance Administrators, Inc.
P.O. Box 757
Pleasanton, CA 94566

¿Como se provee la cobertura de COBRA?

Una vez que a la Oficina Administrativa del Plan recibe notificación de que un evento calificativo ha ocurrido, la cobertura de COBRA será ofrecida a cada uno de los beneficiados calificados, que tendrán el derecho independiente de elegir la cobertura de COBRA. Empleados cubiertos podrán elegir la cobertura de COBRA en representación de su cónyuge, y padres podrán elegir la cobertura de COBRA en representación de sus hijos.

La cobertura de COBRA es una continuación de cobertura de salud temporal. Cuando el evento calificativo es la muerte del empleado, el divorcio, o un hijo(a) dependiente pierde la elegibilidad como un “hijo(a) dependiente,” la cobertura de COBRA durará solamente 36 meses. Cuando el evento calificativo es la terminación de empleo o la reducción de las horas de trabajo para el empleado, y se le dio al empleado el derecho a recibir beneficios de Medicare 18 meses antes del evento calificativo, la cobertura de COBRA para beneficiados calificados, que no sea el empleado, durará no mas de 36 meses después de la fecha en que el empleado recibió el derecho a recibir beneficios de Medicare. Por ejemplo, si un empleado, cubierto bajo el Plan del Grupo, recibe el derecho a recibir Medicare 8 meses antes de que su empleo se termine, la cobertura de COBRA para su cónyuge y sus hijos puede durar hasta 36 meses después de que se le dio al empleado el derecho a recibir Medicare, que es equivalente a 28 meses después del evento calificativo, (36 meses menos los 8 meses). Por otro lado, cuando el evento calificativo es la terminación de empleo o la reducción de horas de empleo del empleado, la cobertura de COBRA generalmente permanece por 18 meses.

Extensión de COBRA de un periodo de 18 meses por la incapacidad

Si usted o alguien en su familia cubiertos bajo el Plan es determinada por la Administración de Seguro Social como incapacitado, y usted le notifica a la Oficina Administrativa del Plan en un tiempo oportuno, usted y su familia podrá recibir hasta 11 meses adicionales bajo la cobertura de COBRA, que seria un total de 29 meses. La incapacidad tendrá que haber empezado en algún momento antes de los 60 días iniciales bajo la cobertura de COBRA, y tendrá que durar hasta el periodo final de los 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA. Para recibir ésta extensión, tendrá que mandar una copia de la certificación del Seguro Social dentro de 60 días de lo menos reciente: (1) La fecha del certificado de incapacidad del Seguro Social, (2) La fecha en la cual el beneficiado calificado perdió cobertura, o (3) La fecha en la cual el beneficiado calificado es informado de la obligación de proveer el certificado de incapacidad, pero no mas tarde que el vencimiento de los primeros 18 meses de la cobertura de COBRA.

Segundo evento calificativo para la extensión de 18 meses de la continuación de cobertura

Si su familia sobrelleva otro evento calificativo al recibir la cobertura de COBRA por 18 meses, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir 18 meses adicionales de cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si la noticia del segundo evento calificativo es correctamente dada al Administrador del Plan. Esta extensión se podrá ser disponible al cónyuge y a cualquier hijo(a) recibiendo la continuación de cobertura si el empleado o antiguo empleado muere, o recibe el derecho a beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o las dos partes), o se divorcia, o si los hijos dependientes paran de ser elegibles bajo el Plan como “hijos dependientes,” pero solamente si el evento hubiera causado la perdida de la cobertura bajo el Plan para el cónyuge o los hijos dependientes si el evento calificativo inicial nunca hubiera ocurrido.

La terminación antes del final del periodo máximo

La continuación de la cobertura de COBRA será terminada antes del final del periodo máximo si:

- Cualquier monto requerido no es pagado o no es pagado a tiempo;
- Un beneficiado calificado es cubierto después de elegir la cobertura de COBRA, bajo otro grupo de plan de salud, que no impone una condición preexistente para el beneficiado calificado; o
- Un beneficiado calificado que recibe el derecho a recibir Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o las dos partes) después de elegir la continuación de cobertura de COBRA.

La continuación de la cobertura de COBRA también puede ser revocada o terminada por ciertas razones que el Plan determine, como legítimas, como fraude.

Si tiene alguna pregunta

Preguntas acerca de su Plan o de sus derechos bajo la cobertura de COBRA pueden ser dirigidas a los contactos identificados abajo. Para mas información acerca de sus derechos bajo ERISA, incluyendo la cobertura de COBRA, y sus derechos bajo HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act), o cualquier otra ley afectando el Plan de Salud del Grupo, favor de contactar, en su área, la Oficina del Distrito del Departamento de la Administración de Beneficios de Seguros para Empleados de los

Estados Unidos, (United Status Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA)). De igual forma, puede contactar EBSA por Internet al www.dol.gov/ebsa. Las direcciones y números de teléfono de las oficinas del distrito de EBSA también son disponibles visitando del sitio Web.

Mantenga su Plan informado de su cambio de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, usted debe de mantener a la Oficina Administrativa del Plan informado de cualquier cambio de domicilio de sus miembros de la familia. También, debe de mantener una copia de cualquier notificación que le mande a la Oficina Administrativa del Plan para sus archivos.

Información de los contactos del Plan

El nombre oficial del Plan de Salud es:

Labor Alliance Managed Trust Fund
c/o DMC Insurance Administrators, Inc.
P.O. Box 757
Pleasanton, CA 94566

La persona que puede contactar al domicilio arriba es:

Nombre: Mario Guerrero, Manejador de Fondo
Número de teléfono: (800) 924-1226
Número de Fax: (877) 738-3815

Sujeto a Ser Reformado

Los requisitos de COBRA son sujetos a ser cambiados dependiendo a las leyes federales. Favor de dirigir cualquier pregunta acerca de la elegibilidad de la cobertura bajo COBRA a la Oficina de la Administración del Plan.

EXTENSIÓN DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS DURANTE "UNA DESHABILIDAD TOTAL"

1. Si un individuo elegible llega a estar totalmente deshabilitado, el Plan continuará cubriéndolo hasta por tres (3) meses en cualquier periodo de doce (12) meses, para todas las discapacidades combinadas, sin pago personal. Además, el "**Acuerdo de Negociación Colectiva**" puede estipular una extensión adicional de cobertura o puede obligar a la Compañía a que haga contribuciones a su nombre por un período adicional.
2. Si usted permanece totalmente deshabilitado después de los tres (3) meses de extensión descritos arriba en el párrafo 1, usted puede extender la cobertura haciendo el pago personal para la continuación de la cobertura "**COBRA**." La cobertura COBRA no incluye seguro de vida o pago por deshabilidad, y no está disponible para participantes elegibles a "**Medicare**." Vea la página 5 para más información referente a COBRA.
3. Si una persona elegible queda totalmente incapacitada al término del Acto de Permiso por Razones Familiares y Médicas (FMLA), el Plan continuará la cobertura por un máximo de tres (3) meses, de acuerdo con el beneficio por incapacidad prolongada.

COBERTURA PROLONGADA BAJO EL ACTO DE PERMISO PARA FALTAR POR RAZONES FAMILIARES Y MÉDICAS

La Compañía debe continuar pagando por la cobertura de salud durante cualquier ausencia aprobada bajo el Acto de Permiso por Razones Familiares y Médicas (FMLA). En general, es posible que usted califique hasta por 12 semanas de un permiso FMLA al año sin pago si:

1. La Compañía tiene por lo menos 50 empleados;
2. Usted ha trabajado para la compañía por lo menos por 12 meses y por un total de por lo menos 1250 horas durante los últimos 12 meses; y
3. Usted solicita el permiso por una de las siguientes razones:
 - a. Nacimiento de un bebé o recibimiento de un niño por adopción, o por ser padre sustituto (*foster care*);
 - b. El cuidado a su hijo, cónyuge o padre por una condición médica seria; o
 - c. Su propia condición médica seria. Los detalles referentes a los permisos FMLA están disponibles en la Compañía.

Las solicitudes para permisos FMLA deben ser dirigidas a la Compañía; el plan de salud no puede determinar si usted califica o no. Si hay un desacuerdo entre usted y la Compañía relacionado con su elegibilidad para un permiso FMLA, usted puede continuar con la cobertura médica haciendo los pagos personales a COBRA. Si el desacuerdo se resuelve a su favor, el plan de salud obtendrá las contribuciones FMLA de la Compañía, y se le reembolsarán a usted los pagos COBRA correspondientes.

Si la Compañía continúa pagando la cobertura durante un permiso FMLA y usted no regresa a trabajar, quizás se le obligue a pagarle al patrón todas las contribuciones entregadas al Plan de Salud para su cobertura durante el permiso.

CERTIFICADO DE COBERTURA

El certificado de la cobertura anterior del plan de salud en grupo proporciona la evidencia de la cobertura de salud bajo del Fondo Fiduciario Administrado por la Alianza Laboral. Si usted llega a estar cubierto bajo un nuevo plan de cobertura para la salud en grupo que tenga un período de espera antes de que se inicie la cobertura, o que niegue la cobertura de condiciones preexistentes o que tenga una cláusula referente a condiciones preexistentes, es posible que tenga que entregar el certificado al administrador del nuevo plan. También es posible que tenga que proporcionar éste certificado si independientemente está comprando un plan de seguros para usted o su familia que niegue la cobertura de ciertas condiciones médicas, o que tenga una cláusula referente a condiciones preexistentes.

Si usted o sus dependientes pierden la cobertura bajo del Fondo Fiduciario Administrado por la Alianza Laboral se proporcionará un certificado de la cobertura anterior del plan de salud en grupo. Si tiene derecho a la cobertura COBRA, el certificado le será enviado cuando se requiera un aviso de una situación que le certifique bajo los requisitos COBRA, y después que la cobertura COBRA se termine. usted puede solicitar un certificado dentro de 24 meses de haber perdido la cobertura.

AVISO SOBRE MATERNIDAD

Planes y proveedores de seguros de salud que ofrecen cobertura medica de grupo generalmente no puede restringir los beneficios para cualquier estancia de hospital en relación con el parto para la madre o el recién nacido de menos de 48 horas después de un parto vaginal normal, o menos de 96 horas después de una entrega a través de cesárea, o requerir que un proveedor obtenga autorización del plan para la prescripción de una hospitalización o estancia que no exceda los períodos anteriores..

DERECHOS SOBRE LA SALUD Y DE CANCER DE LA MUJER

Costos de la cirugía del pecho de Reconstructiva incurridos en por una persona cubierta como resultado una mastectomía en un o ambos pechos, y de una forma determinado en la consulta entre el médico que atiende y el paciente, se cubren como se muestra abajo.

1. Reconstrucción del pecho en el cual la mastectomía fue realizada.
2. Cirugía en y reconstrucción del pecho no-enfermo para producir simetría entre los pechos.
3. Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluyendo lymphedemas, en todas las etapas de una mastectomía.

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Si usted o sus dependientes también están cubiertos por otro plan en grupo, es posible que los beneficios que el suministrador tenga que pagar bajo este Plan sean reducidos. Hable con la Oficina Administrativa del Plan para conocer las reglas del suministrador referentes a la Coordinación de los Beneficios.

DERECHOS PARA RECUPERAR

1. Cuando el suministrador ha hecho pagos bajo este Plan relacionados respecto a "gastos cubiertos" en un total que excede a la cantidad máxima necesaria para satisfacer el intento de esta estipulación, el suministrador tendrá derecho a recuperar tales pagos hasta la cantidad que exceda, desde uno o más de las siguientes partes: cualquier persona para quien se hicieron tales pagos, cualquier compañía de seguros o cualquier otra organización. La falta de aplicar esta estipulación por tales demandas no niega el derecho del suministrador de aplicarla en demandas subsecuentes.
2. El suministrador bajo este Plan puede pagar beneficios por cuidado o servicios, dependiendo de una decisión que determina si tal cuidado o tales servicios están cubiertos, sin perder el derecho a ninguna exclusión del Plan. En caso de que se determine que tal cuidado o tales servicios no están cubiertos, el suministrador bajo este Plan tendrá el derecho a recuperar la cantidad pagada del empleado o de la parte que proporcionó los servicios. Usted y sus dependientes elegibles deben ejecutar y entregar al Plan todas las asignaciones y otros documentos necesarios o útiles al Plan o suministrador para actualizar los derechos bajo esta estipulación.

DERECHOS PARA RECUPERAR CONTRA TERCERAS PARTES

El suministrador puede tener derecho a un reembolso de cualquier parte, procedente de una recuperación de fondos pagados por daños hasta la cantidad de los pagos hechos por el mismo suministrador referente a cualquier gasto que haya surgido relacionado con cualquier lesión, enfermedad, malestar u otra condición física o psiquiátrica, y/o la muerte, las cuales son, o pueden ser la responsabilidad legal de una tercera parte. Hable con la Oficina Administrativa del Plan para conocer las reglas de los derechos del suministrador para recuperar.

DEFINICIONES

1. **TRABAJO ACTIVO** significa que: El "**empleado**" está realizando todas las actividades normales de su empleo.
2. **ACUERDO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA** significa: Un acuerdo laboral entre una Compañía y la Unión Local (Sindicato) que abarca las contribuciones al Plan, y es aprobado por la Mesa Directiva del Fondo Fiduciario Administrado por la Alianza Laboral.
3. **DEHABILIDAD** significa: Vea Deshabilidad Total.
4. **DURANTE CUALQUIER DESHABILIDAD:**
 - a. **PARA USTED**, esta frase significa todos los períodos de deshabilidad que surjan por la misma razón; con excepción de cuando usted se recupera totalmente o regresa al empleo activo, cualquier período subsiguiente de deshabilidad que resulte por el mismo motivo será considerado una nueva deshabilidad.
 - b. **PARA EL DEPENDIENTE**, el término significa todos los períodos de deshabilidad que surjan por la misma razón; con excepción del caso de una recuperación que dure seis (6) meses durante la cual el dependiente es capaz de regresar a las actividades normales de una persona que goza de buena salud y que tiene la misma edad y sexo, cualquier período subsiguiente de deshabilidad que resulte por el mismo motivo será considerado una nueva deshabilidad.
5. **EMPLEADO** significa: los empleados consuetudinarios de una compañía participante.
6. **MEDI-CAL** significa: el Cuidado Médico para el programa para los Recipientes de Asistencia Pública bajo la Sección 1400 et. seq., como está enmendado en el Código de California sobre Asistencia Pública e Instituciones.
7. **MEDICARE** significa: El programa de Seguro de Salud para los Ancianos bajo el Título XVIII del Acto del Seguro Social, de la manera en que tal acto fue enmendado por las Enmiendas al Seguro Social de 1965 (Ley Pública 89-97), como enmendado.
8. **COMPAÑÍA PARTICIPANTE** significa: Cualquier Compañía o sucesor en interés a tal Compañía quien es participante a un "**Acuerdo de Negociación Colectiva**" que requiere contribuciones para el Fondo Fiduciario.
9. **DESHABILIDAD TOTAL** significa: Que, por motivo de enfermedad o lesión, usted no puede realizar las actividades regulares y acostumbradas de una persona de la misma edad y sexo que goza de buena salud, y, de hecho, no está realizando ningún trabajo ni ocupación por compensación, ganancia o remuneración. Se excluye las deshabilitades resultantes de lesiones intencionalmente provocadas por si mismo, por participar en una felonía y por lesiones o enfermedades resultantes de servicio en las Fuerzas Armadas por las cuales el "**empleado**" recibió una pensión militar.

LOS PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN CUANDO LAS DEMANDAS SON RECHAZADAS

Todas las apelaciones de servicios que han sido negados primero deben de pasar a través de los procedimientos de apelación como lo estipula el proveedor que lo negó. Si después de haber agotado todos los procedimientos de apelación con el proveedor sin que obtenga satisfacción, el participante puede continuar con los siguientes procedimientos ante la Mesa Directiva para apelar los servicios que fueron negados.

1. **Usted o su representante autorizado puede hacer una Solicitud de Revisión mandando por escrito la solicitud dentro de 60 días después de que haya recibido la negación de servicios de parte del proveedor.** La Solicitud de Revisión escrita deberá estar dirigida a la Mesa Directiva. La Mesa Directiva puede aceptar una solicitud atrasada si considera que el atraso en la entrega fue por un motivo razonable. Como parte del procedimiento de revisión, usted o su representante autorizado puede revisar documentos relacionados, y por escrito pueden entregar comentarios y desacuerdos, pero no tienen el derecho de presentarse personalmente ante el comité de revisión, a menos que la Mesa Directiva decida que tal asistencia podría tener valor, ayudándolos a revisar y decidir su demanda.
2. La Mesa Directiva revisará pronto su demanda y apelación. Se le notificará la decisión de la Mesa Directiva dentro de 90 días después de haber recibido su apelación escrita, o dentro de 180 días si hay circunstancias especiales que ocasionen un atraso. Si no se llega a una decisión dentro del período de tiempo correspondiente, se considerará que la apelación está negada.
3. **La decisión de la Mesa Directiva, con respecto a cualquier apelación, será definitiva y vinculante para todas las personas,** sujeta únicamente a cualquier acción civil que pueda presentar conforme a la §502(a) de ERISA. Una acción civil que surja de la denegación de beneficios debe presentarse dentro de un año a partir de la fecha en que la Junta de Síndicos notifique que su apelación ha sido denegada, independientemente de cualquier estatuto estatal o federal que establezca disposiciones relacionadas con las limitaciones de las acciones.
4. Al participar en el Fondo, en la máxima medida permitida por la ley, usted renuncia a cualquier derecho a iniciar, ser parte de cualquier forma o ser un miembro real o putativo de cualquier clase, acción colectiva o representativa que surja de o en relación con cualquier disputa, reclamo o controversia, y usted acepta que cualquier disputa, reclamo o controversia solo puede iniciarse o mantenerse y decidirse de manera individual
5. Ni su reclamación ni ningún derecho, interés u obligación en virtud del Fondo se cederán, en su totalidad o en parte, por ministerio de la ley o de otro modo, a un proveedor externo. Cualquier supuesta cesión de derechos será nula.

INFORMACIÓN QUE SE REQUIERE PARA ERISA

El Acto de 1974 de Seguridad de Ingresos para la Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act of 1974) [ERISA] requiere que se proporcione cierta información a cada participante de un plan de beneficios para empleados. Tal información, ya que no está incluida en otra parte de este Folleto, es la siguiente:

NOMBRE DEL PLAN:

El nombre completo del Plan es el Fondo Fiduciario Administrado por la Alianza Laboral (Labor Alliance Managed Trust Fund).

ADMINISTRADOR DEL PLAN:

El plan está administrado por la Mesa Directiva del Fondo Fiduciario Administrado por la Alianza Laboral (Joint Board of Trustees of the Labor Alliance Managed Trust Fund), lo cual consiste de un número igual de Fiduciarios que representan a la Compañía y la Unión (Sindicato). La Mesa Directiva tiene un contrato para los servicios administrativos con:

DMC Insurance Administrators, Inc.
P.O. Box 757, Pleasanton, CA 94566
Teléfono: (800) 924-1226

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA DESIGNADA COMO EL AGENTE PARA LA NOTIFICACIÓN DE UN PROCESO LEGAL:

DMC Insurance Administrators, Inc. (localizado en la dirección antes anotada) ha sido designado como el agente para aceptar los procesos legales como representante del Plan. También, la notificación del proceso legal puede ser entregada a cualquier miembro de la Mesa Directiva.

LOS BENEFICIOS:

Todos los tipos de ventajas proporcionaron del Plan están con pólizas de seguros o acuerdos de servicio. Los términos completos de los beneficios están asentados en las pólizas de seguros en grupo o en los acuerdos de servicio con las siguientes organizaciones.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Prudential Life Insurance Co. of America
2049 Century Park East, Suite 500
Los Angeles, CA 90067
(310) 284-3871
<i>Asegura completamente la vida y ofrece beneficios a los participantes elegibles por muerte y desmembramiento por accidente.</i> | <ul style="list-style-type: none">• UnitedHealthcare
5701 Katella Ave.
Cypress, CA 90630
(888) 522-6788
<i>Proporciona beneficios de cuidado médico pre-pagados, con el pago de estos beneficios garantizado.</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• Kaiser Permanente (So CA Region)
Walnut Center
Pasadena, CA 91188
(626) 405-5000
<i>Proporciona beneficios de cuidado médico garantizados.</i> | <ul style="list-style-type: none">• UnitedHealthcare Dental
5701 Katella Ave
Cypress, CA 90630
(877) 816-3596
<i>Proporciona beneficios de cuidado dental pre-Pagados, con el pago de estos beneficios garantizado.</i> |

- United Concordia Dental**
 21700 Oxnard Street, Suite 500
 Woodland Hills, CA 91367
 (818) 710-9400
Proporciona beneficios de cuidado dental pre-pagados, con el pago de estos beneficios garantizado.
- Liberty Dental Plan**
 340 Commerce, Suite 100
 Irvine, CA 92602
 (888) 703-6999
Proporciona beneficios de cuidado dental pre-pagados, con el pago de estos beneficios garantizado.
- SimpleTherapy**
 1080 West Shaw Avenue, Suite 105
 Fresno, CA 93711
 (877) 519-8839
Proporciona acceso a los médicos quiroprácticos y acupuntura.
- Vision Service Plan**
 333 Quality Drive
 Rancho Cordova, CA 95670
 (800) 877-7195
Proporciona beneficios de cuidado a la visión pre-pagados, con el pago de estos beneficios garantizado.

NOMBRES Y DIRECCIONES DE LOS FIDUCIARIOS:

Fiduciarios de la Unión (Sindicato)

Carlos Barnett
 Teamsters Local 63
 955 Bloomington Ave.
 Bloomington, CA 92316

Eric Jimenez
 Teamsters Local 952
 140 South Marks Way
 Orange, CA 92868

Victor Mineros
 Teamsters Local 396
 880 Oak Park Rd, St. 200
 Covina, CA 91724

Frank Sevilla
 Teamsters Local 952
 140 South Marks Way
 Orange, CA 92868

Fiduciarios de las Compañías

Rob Francin
 Trustee
 1181 Quarry Lane, Suite 400
 Pleasanton, CA 94566

Edward "Chuck" Martin
 Trustee
 1181 Quarry Lane, Suite 400
 Pleasanton, CA 94566

Lyle McVicar
 Rockview Farms
 7011 Steward & Gray Road
 Downey, CA 90241

Larry D. Valenti
 Trustee
 1181 Quarry Lane, Suite 400
 Pleasanton, CA 94566

TIPO DEL PLAN

El Plan del Fondo Fiduciario Administrado por la Alianza Laboral (Labor Alliance Managed Trust Fund) es un plan de bienestar mancomunado de negociación colectiva que proporciona cobertura por cuidado en el hospital, cuidado médico, dental, ortodóntico y de la visión para los empleados elegibles y sus dependientes, también proporciona seguros de vida, seguros por deshabilidad y beneficios por muerte y desmembramiento por accidente para los empleados elegibles.

FONDOS DEL PLAN

El Plan recibe los fondos a través de contribuciones mensuales pagadas por las Compañías participantes a nombre de los empleados elegibles y sus dependientes elegibles. Una lista de las Compañías participantes está disponible en la Oficina Administrativa del Plan. Las cantidades de las contribuciones son determinadas por la Mesa Directiva de Fiduciarios bajo la autoridad de estipulaciones contenidas en los Acuerdos de Negociación Colectiva y el Acuerdo del Fondo Fiduciario. En algunos casos, los empleados posiblemente puedan hacer sus propias contribuciones por un período de tiempo específico cuando no estén bajo la cobertura de contribuciones hechas por una compañía (vea los Derechos COBRA de Auto Pago). Los Bienes del Plan son depositados en un Fondo Fiduciario y los beneficios están garantizados por compañías de seguros.

EL FUTURO DEL PLAN

1. El Fondo Fiduciario Administrado por la Alianza Laboral está establecido y se mantiene a través de un acuerdo de negociación colectiva. La Mesa Directiva de Fiduciarios espera que el Plan continúe mientras que los Acuerdos de Negociación Colectiva lo estipule, o hasta que las partes de la negociación elijan discontinuar el Plan o el Fondo Fiduciario. La Mesa Directiva de Fiduciarios se reserva el derecho, a un alcance no reservado explícitamente a las partes de la Negociación, de cambiar o modificar el Plan en cualquier momento, por cualquier motivo, sin la aprobación específica de ninguna persona. Cualquier cambio o modificación al Plan no va a afectar una demanda llevada a cabo por un participante o dependiente con cobertura antes de la fecha indicada para tal cambio o modificación.
2. Si se termina el Fondo Fiduciario o el Plan, los bienes restantes van a ser usados para continuar proporcionando beneficios bajo el Plan hasta que no haya más bienes, o van a ser usados de una manera consistente con el propósito del Plan. En ningún caso la terminación del Fondo Fiduciario o del Plan ocasionará la reversión de los bienes a ninguna compañía.

LA AUTORIDAD DISCRECIONAL DE LA MESA DIRECTIVA:

La Mesa Directiva se reserva el derecho de tomar cualquier determinación que sea necesaria o apropiada en la interpretación de la información referente a la administración de este Fondo Fiduciario. Además, la Mesa Directiva tendrá el derecho de interpretar y dar significado a las estipulaciones del Acuerdo Fiduciario y al Plan de Beneficios referentes a la elegibilidad de los empleados o empleados jubilados, dependientes y beneficiarios para recibir los beneficios. Tales decisiones serán absolutas y determinantes por todas las partes, incluyendo los empleados, empleados jubilados, dependientes y beneficiarios.

COMPAÑÍAS PARTICIPANTES:

Se puede obtener una lista de las Compañías Participantes en la Oficina Administrativa del Plan.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA COMPAÑÍA:

94-3217575

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN:

501

AÑO DEL PLAN:

El año del Plan termina el 31 de cada marzo.

FECHA EN QUE EL PLAN ENTRÓ EN VIGOR:

El Plan entró en vigor el 22 de febrero de 1995.

SUS DERECHOS LEGALES E INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA SOBRE EL PLAN

INFORME DE DERECHOS SEGÚN ERISA

Derechos de participantes y beneficiarios

Como participante en el Fondo Fiduciario de Atención Médica Administrado por Labor Alliance (Labor Alliance Managed Trust Fund), usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones de conformidad con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA). ERISA estipula que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

Recibir información sobre su plan y beneficios

Examinar, sin costo alguno, en la Oficina Administrativa del Plan y en otros lugares especificados, como lugares de trabajo y centros sindicales, todos los documentos que rigen el plan, incluyendo contratos de seguro y convenios colectivos, y una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500) presentado por el plan ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la Sala de Información Pública de la Administración de Pensiones y Beneficios Sociales.

Obtener, mediante solicitud escrita a la Oficina Administrativa del Plan, copias de documentos que rigen la operación del plan, incluyendo contratos de seguro y convenios colectivos, así como copias del último informe anual (Formulario Serie 5500) y una descripción actualizada del resumen del plan. El administrador puede cobrar una cantidad razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del plan. La ley exige a la Oficina Administrativa del Plan entregar a cada Participante una copia de este Resumen del Informe Anual.

Continuar con la Cobertura del Plan de Salud Grupal

Continuar con su cobertura de atención médica, la de su cónyuge o dependientes ante una pérdida de cobertura bajo el plan como resultado de un evento que califica. Usted o sus dependientes probablemente tendrán que pagar por dicha cobertura. Revise este resumen de la descripción del plan y los documentos que rigen el plan con respecto a las reglas que gobiernan sus derechos a la cobertura de continuación COBRA.

Reducción o eliminación de períodos de exclusión de cobertura de condiciones preexistentes bajo su plan de salud grupal, si tiene cobertura acreditable de otro plan. Su plan de salud grupal o compañía de seguro de salud le debe entregar un certificado de cobertura acreditable, sin costo alguno, cuando usted pierda la cobertura bajo el plan, cuando obtenga derecho a elegir la cobertura de continuación COBRA, cuando su cobertura de continuación COBRA termine, si lo solicita antes de perder la cobertura o si lo solicita hasta 24 meses después de perder la cobertura. Sin evidencia de la cobertura acreditable, usted puede estar sujeto a una exclusión por condición preexistente durante 12 meses (18 meses para las personas que se inscriban tarde) después de su fecha de inscripción en su cobertura.

Acciones prudentes por fiduciarios del plan

Además de establecer derechos para los participantes del plan, ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables de la administración del plan de beneficios del empleado. Las personas que administran su plan, conocidos como “fiduciarios” del plan, tienen la obligación de hacerlo de manera prudente, cuidando sus intereses y los intereses de otros participantes y beneficiarios del plan. Nadie, ni siquiera su empleador, su sindicato ni ninguna otra persona puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que obtenga un beneficio (pensión, asistencia social) o que ejerza sus derechos conforme a ERISA.

Ejercer sus derechos

Si se le niega o ignora un reclamo de beneficio (pensión, asistencia social), total o parcialmente, usted tiene derecho a conocer el motivo, recibir copias de los documentos relacionados con la decisión sin costo alguno y apelar cualquier respuesta negativa, todo dentro de cierto período de tiempo.

De acuerdo con ERISA, existen pasos que puede seguir para ejercer los derechos antes mencionados. Por ejemplo, si usted solicita una copia de los documentos del plan o el último informe anual a la Oficina Administrativa del Plan y no la recibe dentro de los 30 días, usted puede presentar una demanda ante el tribunal federal. En dicho caso, el tribunal podría exigirle al administrador del plan que le entregue los materiales y le pague \$110 por día hasta que usted reciba los materiales, a menos que estos no se hayan enviado por motivos que están fuera del control del administrador del plan. Si se le ha negado o ignorado algún reclamo de beneficios, total o parcialmente, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Asimismo, si no está de acuerdo con la decisión del plan o la falta de tomar una decisión con respecto a la condición calificada de una orden de relaciones domésticas o una orden de manutención médica infantil, usted puede presentar una demanda ante el tribunal federal. En caso de que los fiduciarios del plan le dieran mal uso al dinero del plan o si a usted se le discrimina por hacer valer sus derechos, puede pedir ayuda al Departamento de Trabajo de los EE.UU. o puede presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos del tribunal y los honorarios legales. Si usted gana, el tribunal podría ordenar que la persona a la que usted demandó pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal podría ordenar que usted pague estos costos y honorarios; por ejemplo, si determina que su reclamo carece de fundamento.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, comuníquese con el administrador del plan. Si tiene alguna pregunta sobre este informe o sobre sus derechos conforme a ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del plan, comuníquese con la oficina más cercana de la Administración de Pensiones y Beneficios Sociales, Departamento de Trabajo de los EE.UU., que se encuentra en su directorio o con la División de Asistencia Técnica y Preguntas, Administración de Pensiones y Beneficios Sociales, Departamento de Trabajo de los EE.UU., 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener algunas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades de acuerdo con ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Pensiones y Beneficios Sociales.

CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD HIPAA

De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996, el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha adoptado reglas para los planes de salud grupales para tratar la información médica de los participantes y beneficiarios como información protegida.

Se puede brindar información sobre la salud mental o física pasada, presente o futura de una persona, la prestación de servicios médicos a esa persona o el pago pasado, presente o futuro de la atención médica de esa persona, conocida como “Información Médica Protegida” (PHI), únicamente a ciertas personas para fines específicos.

El Patrocinador del Plan del Fondo Fiduciario de Atención Médica Administrado por Labor Alliance es la Junta de Fideicomisarios del Plan. La Junta de Fideicomisarios está conformada por el mismo número de Fideicomisarios de Administración y Sindicato cuyos Sindicatos, Empresas y Asociaciones son parte de convenios colectivos que ofrecen participación en el Plan. Los Patrocinadores del Plan tienen la autoridad final sobre la Administración y las operaciones del Plan; y para cumplir con sus obligaciones, deben acceder a la PHI.

Divulgación de Información Médica Protegida (PHI) al Patrocinador del Plan para Administración y Operaciones del Plan

Las circunstancias y los propósitos por los que el Patrocinador del Plan podría tener acceso a la PHI relacionada con usted o sus dependientes cubiertos son las siguientes:

1. Decidir apelaciones de elegibilidad y rechazos de beneficios; establecer tarifas de contribución; adoptar decisiones con respecto a los beneficios, incluyendo ofrecer o no ciertos beneficios y tomar decisiones de diseño del plan; monitorear servicios provistos por HMO, aseguradoras, redes de proveedores y proveedores propiamente dichos (p. ej., médicos y hospitales).
2. Lidar con la subrogación y las solicitudes de reembolso que involucre a terceras personas y participantes; coordinar temas relacionados con los beneficios con otros planes; adquirir un seguro limitador de pérdidas y/o un seguro que cubra cualquiera de los beneficios que ofrece el Plan.
3. Tomar decisiones en cuanto a la interpretación de documentos del plan, en la medida en que se relacionen con reclamos de beneficios específicos, incluyendo decisiones relacionadas con una necesidad médica, manejo de enfermedades, estándares de práctica y tratamientos experimentales.
4. Contemplar la recaudación de contribuciones de empleadores participantes, incluyendo la auditoría de dichos empleadores y la subsiguiente revisión de auditorías de cumplimiento para determinar por cuáles de los empleados y dependientes el empleador ha hecho contribuciones y si se ha incumplido con alguna de estas.
5. Abordar problemas y apelaciones relacionadas con los derechos legales de los participantes, como cobertura de continuación COBRA, períodos de inscripción especial de HIPAA y certificados de cobertura acreditable de HIPAA.

Divulgación de PHI a Consultores del Plan

La Junta de Fideicomisarios que actúa como Patrocinador del Plan, asume sus responsabilidades con el Plan de manera voluntaria. No son empleados por el Plan; ni el Plan ni el fondo fiduciario tienen empleados. Por lo tanto, los Fideicomisarios y el Plan utilizan los servicios de consultores externos para colaborar en todos los aspectos de la Administración y las operaciones del plan, en el que se exige que el Plan les proporcione a estos la PHI.

Entre los consultores del Plan se incluye a abogados, consultores de beneficios, contadores, auditores y administradores externos que administran el plan. Alguno o todos ellos podrían exigir tener acceso a la PHI para asesorar y ayudar a los Fideicomisarios. Por ejemplo, el administrador externo del Plan, que procesa todos los reclamos y verifica la elegibilidad, tendrá acceso a la PHI en la ejecución de estas funciones administrativas. El auditor del Plan determina si se han pagado correctamente las contribuciones de todos los empleados cubiertos, y si las personas no elegibles estuvieron cubiertas, si se les pago los reclamos basados en contribuciones inadecuadas del empleador.

Certificaciones, Restricciones y Limitaciones en el uso de PHI

El Plan y el Patrocinador del Plan, por medio del presente documento certifican que:

- a) Divulgarán la PHI al Patrocinador del Plan y a sus consultores únicamente como se especificó anteriormente y la cantidad mínima necesaria para permitirles cumplir con sus obligaciones ante el Plan y sus participantes.
- b) Informarán al Plan sobre toda divulgación no autorizada de la PHI o todo uso de la PHI que contradiga los propósitos establecidos en el presente documento. Si el Patrocinador del Plan desea obtener acceso a la PHI por propósitos distintos a los establecidos en este documento, pedirá autorización escrita al/a los participante(s) cuya PHI se vea involucrada antes de que el Plan permita tener acceso a la información.
- c) Se asegurarán de que todos los consultores, abogados, contadores, auditores, administradores externos, HMO, aseguradoras u otros Socios Comerciales del Plan acepten por escrito no divulgar ni utilizar la PHI con un fin contrario al de la ley o al de los términos de dicho acuerdo escrito con el Plan, y que cumplan con los requisitos de las Normas de Privacidad con respecto al uso y la divulgación de la PHI.
- d) Pondrán la PHI a disposición de todo participante conforme a la Sección 164.524 de las Normas de Privacidad (45 CFR 164.524).
- e) No utilizarán ni divulgarán la PHI para acciones o decisiones relacionadas con el empleo o con cualquier otro plan de beneficios del empleado de salud no grupal del patrocinador del plan.
- f) Pondrán a disposición la PHI para su enmienda e incorporarán todas las enmiendas en la PHI, de acuerdo con la Sección 164.526 de las Normas de Privacidad (45 CFR 164.526).
- g) Pondrán a disposición de todo participante las divulgaciones de la PHI de acuerdo con la Sección 164.528 de las Normas de Privacidad (45 CFR 164.528).

- h) Pondrán a disposición de la Secretaria del HHS las prácticas internas del Plan, los libros y registros relacionados con el uso o la divulgación de la PHI para fines de auditoría.
- i) De ser posible, devolverán o destruirán toda PHI recibida del plan de salud grupal que el patrocinador del plan conserve de cualquier modo cuando ya no sea necesaria para el propósito por el cual fue divulgada.
- j) Se asegurarán de que exista una separación adecuada entre el plan de salud grupal y el patrocinador del plan para garantizar la confidencialidad de la PHI.
- k) No divulgarán ni utilizarán la PHI de alguna manera que no lo permitan o exijan los Documentos del Plan o según lo exija la ley.

Oficial de Privacidad

El Plan ha nombrado a un Oficial de Privacidad, quien debe garantizar el cumplimiento de esta política y encargarse de todo problema o queja relacionada con el acceso a la PHI del plan. Todo participante o beneficiario que tenga alguna pregunta o duda en cuanto al uso de su PHI puede dirigir su pregunta o inquietud a: Privacy Officer, Labor Alliance Managed Trust Fund c/o DMC Insurance Administrators, Inc., P.O. Box 757, Pleasanton, CA 94566. El número telefónico es (925) 426-3555 ó (800) 924-1226. Los participantes y beneficiarios también tienen derecho a recibir una explicación de las divulgaciones de su PHI de parte del Plan. Si no quedan satisfechos después de comunicarse con el Oficial de Privacidad, pueden manifestar su problema, preocupación o solicitud a la Junta de Fideicomisarios, quienes lo tratarán como una apelación a la Junta y responderán al respecto.

EMPLEADOS JUBILADOS

El Plan Administrado por la Alianza Laboral también proporciona un plan voluntario de pago personal para jubilados elegibles.

REGLAS DE ELEGIBILIDAD PARA JUBILADOS

Una persona que se ha retirado bajo el Fondo Fiduciario Administrado por Labor Alliance es elegible para los beneficios bajo el plan si se cumplen todas las siguientes condiciones:

1. Él / Ella tiene al menos 55 años de edad (*véase la nota (a) a continuación*) o se ha clasificado bajo el Seguro Social Federal para los beneficios mensuales;
2. Él / Ella no se inscribe como empleado activo bajo cualquier plan de seguro de grupo o cobertura de grupo;
3. Él / Ella hace pagos automáticos de una cantidad determinada por la Junta de Síndicos , (*véase la nota (b) a continuación*);
4. No existe una brecha en la cobertura entre la elegibilidad como empleado activo , cubiertos por el Fondo Fiduciario , y la elegibilidad como jubilado (*véase la nota (c) más adelante*);
5. Él / Ella fue empleado en el momento de la jubilación por un empleador que contribuyó al Fondo, o fue empleado en el momento de la jubilación por un empleador que contribuyó a un Fondo Fiduciario diferente que luego contribuyó a este Fondo Fiduciario.

Nota (a): La edad mínima no se aplicará para los jubilados menores de 55 que reciben una pensión mensual de la Conferencia Oeste de Teamsters (WCT) Fondo de Pensiones o cualquier otro plan de pensiones, aprobado por la Junta de Síndicos.

Nota (b): En algunas situaciones específicas y excepcionales, estos pagos pueden ser efectuados por el empresario.

Nota (c): Una brecha en la cobertura no se aplicará en los casos de jubilación por incapacidad siempre y cuando la solicitud de beneficios se hace en el momento oportuno , después de recibir la notificación del derecho a la Seguridad Social y el Fondo de Pensiones correspondiente . Las copias tanto de la notificación de elegibilidad para el Seguro Social y la certificación de los derechos de pensión para establecer la elegibilidad en este plan.

Nota (d): Si el empleador anterior de la persona deja de hacer contribuciones al Fondo Fiduciario, él / ella dejara de ser elegible para los beneficios, excepto en el caso de un cierre de la planta.

TERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Su elegibilidad para beneficios terminará automáticamente en la primera de las siguientes fechas:

1. El primer día de un mes en el cual usted no puede hacer la contribución necesaria para el Fideicomiso; o
2. El primer día de un mes en el que su ex empleador no efectúa la contribución necesaria para el Fondo Fiduciario en su nombre; o
3. La fecha de su empleador anterior , deja de participar en el Fondo Fiduciario; o
4. La fecha de terminación del plan.