



Cement Masons

Boletín de Beneficios

Para ayudarle a entender sus beneficios

Tarjetas de Identificación del Plan Médico y Nueva Dirección Postal para Reclamos

En abril de 2009, los Participantes inscritos en el Plan de Pago Directo recibieron su nueva Tarjeta de Identificación del Plan Médico. La nueva tarjeta incluye los números de identificación del participante y la nueva dirección postal a la que los reclamos médicos se envían para su procesamiento. Sin embargo, algunos Participantes del Plan y proveedores siguen enviando los reclamos médicos a la Oficina del Fondo de Fideicomiso en 220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534. El envío de los reclamos médicos a la Oficina del Fondo de Fideicomiso causará demoras en el procesamiento y en el pago de dichos reclamos.

Es importante que informe a su doctor y a los demás proveedores médicos que pongan al día sus expedientes con la nueva dirección postal, el nuevo número de grupo y el número de identificación del miembro que empieza con OCWCM.

A partir del 26 de octubre de 2009, los reclamos médicos que se reciban en la Oficina del Fondo de Fideicomiso serán devueltos al remitente.



Anthem Blue Cross

Dirección Postal para Reclamos Médicos

Por servicios recibidos en California, envíe los reclamos médicos por correo a:

Anthem Blue Cross of California
PO Box 60007
Los Angeles, California 90060-0007

Por servicios recibidos fuera de California, su proveedor debe enviar los reclamos médicos por correo al Plan Blue Card en el estado en que se recibieron los servicios.

Anthem



CEMENT MASON HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA

JOHN MASON
Identification Number
OCWCM0001234

Group No: 170257M001
Plan Code: 040

Coverage(s): Medical

PRUDENT BUYER PLAN®

PPO

Su tarjeta de identificación médica debe incluir el logo tipo de maleta indicando que usted pertenece al Plan Blue Card e indicar a dónde enviar su reclamo.

Pensiones por Incapacidad

Si usted es solicitante de una Pensión por Incapacidad o Pensionario en recibo de una Pensión por Incapacidad del Plan y recibe la aprobación de un Beneficio por Incapacidad de la Administración del Seguro Social, la Oficina del Fondo de Fideicomiso debe recibir una copia de la Notificación del Fallo del Seguro Social, o la Notificación de Decisión Favorable, a más tardar dentro de los 12 meses siguientes a la fecha de la Notificación.

Si la Oficina del Fondo de Fideicomiso no recibe la Notificación del Seguro Social dentro de los 12 meses de la fecha de la Notificación, la fecha de vigencia (Fecha de Inicio de la Anuidad) de su Pensión por Incapacidad, de ser aprobada, sería el primer día del mes siguiente al mes en que la Oficina del Fondo de Fideicomiso reciba su Solicitud de Pensión.

Siempre consulte la Descripción Resumida del Plan y las Reglas y Regulaciones del Plan de Pensión para ver como las reglas se aplican a su situación individual.



IMPORTANTE

Se incluye con este numero del Boletín de Beneficios:

Visión Service Plan (VSP)
Aviso de Procedimiento de Quejas y Agravios del VSP

Excepción a la Tarifa de Reembolso

Los Gastos Cubiertos con un Proveedor No Participante se pagan al 60% de los Cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UAYR) después de que se cubran el Deducible por el Año del Plan y el copago, con las siguientes excepciones:

Doctores de Sala de Emergencias: Si recibió los servicios Cubiertos y Medicamento Necesarios de parte de un Proveedor No Participante en un Hospital participante, el Plan pagará el 90% (Plan Activo) y 80% (Plan Retirado) de los cargos (UAYR). Esta excepción no se aplica a otros servicios profesionales con proveedores No Participantes por ejemplo cirugía, anestesia y visitas diarias al hospital.

Servicios de Ambulancias: Si recibió transporte de ambulancia Medicamento Necesario de un Proveedor No Participante por indicaciones del personal del hospital o paramédicos, el Plan pagará el 90% (Plan Activo) y 80% (Plan Retirado) de los cargos (UAYR).

Participantes Retirados del Plan Kaiser Que No Estan en Medicare

Como explico el Anuncio del 30 de Octubre de 2009, con Vigencia del 1° de enero de 2010, personas Retiradas que No están en Medicare tendrán una parte mayor del costo al usar el Plan.

Los gastos incluyen:

- Copagos,
- Deducible por Año Calendario; y
- Coseguros en muchos servicios cubiertos

Si desea cambiar su Plan al Plan de Pago Directo, llame a la Oficina del Fondo de Fideicomiso para solicitar los materiales de inscripción. Si desea permanecer con Kaiser, no tiene que hacer nada.

Servicios en Sala de Emergencia

El uso de la Sala de Emergencias de un hospital, tendrá un copago adicional* además del deducible y el coseguro por Año del Plan.



Copago Adicional:

Hospitales de la Red: \$100
Hospitales NO de la Red: \$100

Los Servicios de Emergencia son tratamientos médicamente necesarios que se requieren a causa de una condición médica que amenace la vida. Algunos ejemplos de condiciones médicas que amenazan la vida y que requieren servicios de emergencia incluyen, pero sin limitarse a ellos, ataques cardíacos, ataques cerebrales, envenenamientos y apendicitis.

El uso de un Centro de Urgencias que forme parte de la Red de Comprador Prudente de Anthem Blue Cross le ahorrará dinero en su parte de los costos del propio bolsillo. La utilización de la Sala de Emergencias para tratar condiciones médicas que no son emergencias aumentará su parte de los costos del propio bolsillo.

*En algunas circunstancias, se dispensa el copago.

Cuándo Deben Presentarse los Reclamos

Su proveedor debe entregar su reclamo médico dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que se incurrieron los cargos (la fecha del servicio). Si no se presentan los reclamos médicos a Anthem Blue Cross dentro de ese plazo esto no invalidará ni reducirá su reclamo si puede demostrarse que no fue razonablemente posible entregar el reclamo médico dentro de 90 días. En tal caso, su reclamo médico debe ser presentado tan pronto como sea razonablemente posible, pero bajo ninguna circunstancia más tarde que un año a partir de la fecha en que se incurrieron los cargos (fecha del servicio).

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PROVEEDORES DE LOS BENEFICIOS

Delta Dental Premier
800-765-6003
deltadental.org

DeltaCare USA
800-422-4234
deltadentalca.org

Pacific Union Dental
800-999-3367
pacificuniondental.com

Rx Solutions
800-562-6223
rxsolutions.com

Vision Service Plan
800-877-7195
vsp.com

Kaiser Permanente
Senior Advantage
800-464-4000
kaiserpermanente.org

ACLARACIÓN

El Boletín de Beneficios tiene por objeto dar información a usted y su familia en respecto a los beneficios disponibles y como usar estos beneficios efectivamente. Hay exclusiones y limitaciones en todos los Planes. Lea atentamente estos Reglas y Regulaciones de los Planes. Se deberán revisar todas las Reglas del Plan de Salud y Bienestar antes de procurar atención médica. Sus derechos como Participante o Beneficiario del Plan podrán determinarse solo consultando las Reglas y Reglamentos de los Planes.



Sistema de Quejas

Como lo exigen las regulaciones de California, Vision Service Plan (VSP) proporciona a sus miembros la siguiente información:

Si un miembro de VSP tiene una queja/agravio de VSP y/o un doctor de la red VSP, podrá llamar inmediatamente al Departamento de Servicios a los Miembros de VSP al **800-877-7195** de lunes a viernes, de las 6:00 a.m. a las 7:00 p.m. (hora del Pacífico) o ir a la página de Internet www.vsp.com y completar la Forma de Quejas de los Miembros en línea. También podrá presentar una queja por escrito a VSP a 333 Quality Drive, Rancho Cordova, California 95670.

Al recibir su queja verbal o escrita, VSP le responderá por escrito reconociendo el recibo /o disposición de la queja dentro de cinco (5) días hábiles. VSP resolverá su queja dentro de treinta (30) días de la fecha de recibo y mantendrá su queja y la respuesta en los expedientes durante siete (7) años.

Notificación del Departamento de Atención a la Salud Administrada:

El Departamento de Atención de la Salud Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio de atención de la salud. Si usted tiene una queja en contra de un plan de salud, deberá primero hablar por teléfono a su plan de salud al **(800) 877-7195** y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de ponerse en contacto con el departamento. La utilización de este procedimiento de queja no impide ningún derecho o remedio potencial legal que usted pudiera tener a sus disposición. Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia, con una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que siga sin solución durante más de 30 días, podrá llamar al departamento para que le ayuden. También pudiera ser elegible para una Revisión Médica Independiente. Si usted es elegible para una Revisión Médica Independiente, el proceso le proporcionara una revisión imparcial de las decisiones tomadas por un plan de salud en relación a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación por naturaleza y de las disputas de pagos por servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene un número telefónico gratuito **(1-888-HMO-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con impedimentos del oído y del habla. La página de Internet del departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> tiene formas de quejas, formas de solicitud de Revisión Médica Independiente e instrucciones en línea. El proceso de quejas del plan y el proceso de revisión de quejas del departamento son además de los procedimientos de resolución de disputas que pudieran estar a disposición de las personas cubiertas y si no se usan estos procedimientos no impedirá que la persona cubierta utilice los demás remedios que establezca la ley.