

# Cement Masons

## Boletín de Beneficios

*Para ayudarle a entender sus beneficios*

### Beneficios del Plan de Salud y Bienestar

Planes Activo y Retirado

#### Beneficio de Quiropráctica

Visitas al Consultorio: \$40 por visita  
40 visitas máximo por Año del Plan  
Rayos-X: \$300 máximo por Año del Plan

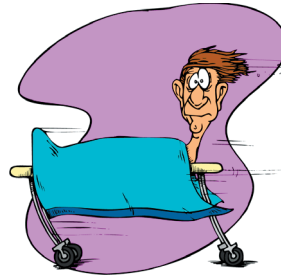
#### Área de Servicio de los Proveedores Preferentes

El Área de Servicio de los Proveedores Preferentes cubre todos los 46 condados de California.

#### Gastos del Propio Bolsillo

Los gastos del propio bolsillo se aplicarán respecto a satisfacer su máximo gastos del propio bolsillo con la excepción de los cargos siguientes:

- Copagos: visita al consultorio del Doctor y a la sala de emergencia de Hospital
- Coseguro: confinamientos en Hospitales no participantes - con la excepción de emergencias graves o que amenacen la vida;
- Cargos por cualquier servicio excluido o limitado por el Plan;
- Sanciones por no cumplir con el Programa de Revisión de utilización del Plan.



Antes de que reciba los servicios de un Proveedor, siempre pregúntele si sigue siendo un Proveedor participante del Plan de Comprador Prudente de Anthem Blue Cross.

### Formulario de Auditorio del Pensionario y Beneficiario

Los formularios de auditorio bienal de las pensiones serán enviados por correo a todos los Pensionarios y Beneficiarios en marzo. El Formulario completo debe ser firmado por Pensionarios en presencia de un Oficial de la Unión Local, un Notario Público o un Representante de la Oficina del Fondo.

Un formulario que no es firmado por el Pensionado y no atestiguado no será aceptado. El formulario será devuelto al Pensionado para la finalización.

Si la Oficina del Fondo no ha recibido su formulario completa para el final de marzo, demorará el recibo de su cheque de pensión de junio hasta que recibimos el formulario completo.

Si no ha recibido su formulario para el final de marzo, debe llamar al Departamento de Pensión.

### Coordinación de Beneficios

La Coordinación de Beneficios (COB) es una disposición respecto a los pagos del seguro cuando un Participante está cubierto por más de un Plan de Salud. Esto evita el sobrepago o duplicación de beneficios al facturar primero al seguro que se ha determinado pague primero, facturando luego al seguro secundario, tomando en consideración el primer pago.

Hay reglas específicas para determinar cuál de los dos o más Planes que tengan cada uno sus propias disposiciones de COB, paga todos sus beneficios y cuál es secundario en cuanto al pago del reclamo.

Si el Plan de Pago Directo es su seguro primario, los beneficios del Plan se pagarán sin ninguna reducción. Si el Plan de Pago Directo es secundario, el Fondo de Fideicomiso pagará la cantidad que sea menor entre la cantidad que se deba y el beneficio que permita el Plan.



## Términos del Plan

Plan de Pago Directo

**Deducible del Año de Plan:** La cantidad que usted paga por los gastos cubiertos cada Año Plan antes de que se paguen los Beneficios Médicos Amplios. Los Coseguros, copagos, y los cargos no cubiertos no se aplican respecto al pago del Deducible en cada Año del Plan.

**El Año de Plan:** Se inicia el 1 de septiembre cada año y termina el 31 de agosto del año siguiente.

**Copago:** La cantidad que usted paga primero por una visita al doctor o a la sala de emergencias.

**Coseguro:** La cantidad que usted paga además del copago y del deducible del Año del Plan. Con la Organización de Proveedores Preferentes (PPO) usted paga 10% de la tarifa negociada. Si usted selecciona un Proveedores que no son del PPO usted paga 40% de los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UAYR).



## Deducible del Plan

Plan de Pago Directo

\$150 por individual, máximo de \$450 por familia cada Año de Plan.

No es aplicable a los beneficios de Hospitalización, Examen Físico ni Recetas de medicinas.

El Deducible aplicado en diciembre, enero y febrero se aplicaran contra el Deducible por el siguiente Año de Plan.

### Plan de Kaiser

(Solamente Retirados sin Medicare y Participantes Activos)

\$250 por individual, máximo de \$500 por familia cada Año de Plan.

## Estado de Cuenta de los Empleados

La Oficina del Fondo de Fideicomiso enviará por correo el Estado de Cuenta de los Empleados a todos los Albaniles de Cemento Activos más tarde este mes. Este Estado de Cuenta enumera las horas reportadas y pagadas por su empleador en el período de trabajo de seis meses entre el 1° de agosto de 2009 y el 31 de enero de 2010.

**Salud y Bienestar** – Usted se hace elegible a la cobertura en el primer día del segundo mes calendario después de que trabaje 300 horas para empleadores contribuyentes. Para mantener la elegibilidad, deberá trabajar un mínimo de 100 horas cada mes. Si un mes de trabajo muestra SIN PAGO en la columna de horas, esto significa que su empleador no hizo las contribuciones requeridas y que esas horas no se acreditarán a su elegibilidad. Si el mes de trabajo indica SÍ, esto significa que usted es elegible para la cobertura.

**Pensión** – muestra el número de horas de pensión que fueron reportadas por el período de trabajo entre el 1° de agosto de 2009 hasta el 31 de enero de 2010.

**Vacación y Feriado** – se encuentra el dinero por Vacación y Día Feriado que reportó y pagó el Fondo de Fideicomiso. Si esta columna muestra SUSP, esto significa que el empleador reportó las horas, pero no pagó las contribuciones.

Revise su Estado de Cuenta de Empleado y asegúrese que todas las horas trabajadas fueron reportadas y pagadas. Si encuentra una discrepancia, haga copias de sus talones de cheques y envíarlas a la departamento de Employer Accounts en la Oficina del Fondo.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PROVEEDORES DE LOS BENEFICIOS

**Delta Dental Premier**  
800-765-6003  
deltadentalca.org

**DeltaCare USA (HMO)**  
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.