

Cement Masons

Boletín de Beneficios

Para ayudarle a entender sus beneficios

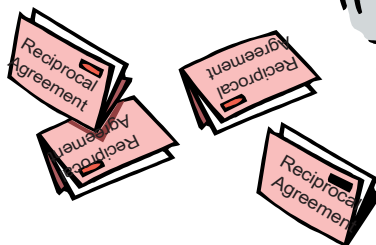
¿Trabaja Fuera del Norte de California y Quiere que sus Beneficios se Queden en el Norte de California?

¿Ha trabajado fuera de los 46 condados del Norte de California y podría haber alguna manera de que conservara sus beneficios de Pensión y de Salud y Bienestar en el Norte de California? Los Fondos de Fideicomiso de los Albañiles de Cemento tienen convenios (llamados Convenios Recíprocos o Convenios El Dinero Sigue a la Persona) con ciertos Fondos de Fideicomiso lo cual permite la transferencia de contribuciones entre los Fondos de Fideicomiso. ¿Cómo trabaja esto?

1. Su empleador debe haber firmado los convenios con la Unión en ambas áreas.
2. Ambos Fondos de Fideicomiso deben haber firmado el Convenio El Dinero Sigue a la Persona.
3. Usted debe haber completado un formulario de Solicitud de Transferencia y hacer que lo firme el representante de su Unión Local en el área en que está trabajando. Esto debe de hacerse dentro de 90 días contados desde la fecha en que empiece a trabajar fuera del Norte de California.

Su empleador tiene obligación de hacer contribuciones a los Fondos de Fideicomiso donde el trabajo se realice. Por ejemplo, si su empleador temporalmente le asigna para trabajar en el Norte de Nevada, tiene obligación de hacer contribuciones a los Fondos de Fideicomiso del Norte de Nevada. Siempre y cuando haya firmado los Convenios tanto en el Norte de California como en el Norte de Nevada, usted podrá solicitar que los Fondos de Fideicomiso del Norte de Nevada transfieran sus contribuciones de Salud y Bienestar así como de Pensión a los Fondos de Fideicomiso del Norte de California.

Sin embargo, los Fondos de Fideicomiso del Norte de California no tienen Convenios Recíprocos con todos los Fondos de Fideicomiso del país. Para asegurarse que sus contribuciones pueden transferirse a los Fondos de Fideicomiso en su zona de casa, antes de aceptar el empleo en otra jurisdicción comuníquese con Cuentas de Empleadores en la Oficina del Fondo de Fideicomiso.



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: Para 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 médicos con médicos 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.

Ahorre dinero de su bolsillo y utilice un centro de la red PPO. Cuando no utilice un centro de la red PPO, pagará un porcentaje mayor de su visita y los servicios en consulta externa más el copago.

Cambio en la Tarifa de la Prima de Auto-Pago

En julio, todos los participantes del Plan de Retirados que estén inscritos en un plan de salud recibirán una Notificación de Cambio en las Tarifas Prima de Auto-Pago Mensual a partir del 1º de septiembre de 2010.



Esta notificación incluye: La prima mensual actual, la prima mensual a partir del 1º de septiembre de 2009, y la cobertura actual del plan de salud.

Si está satisfecho con su plan actual, no necesita hacer nada. Si quiere cambiar su plan, póngase en contacto con el Departamento de Pensión.

Si eligió las coberturas opcionales óptica y/o dental, la prima por dichas coberturas es además de su plan médico. Recuerde que seguirá cubierto mientras que sea elegible y continúe haciendo los pagos mensuales de la prima.

Inscripciones Abiertas en el Plan Dental

Los Participantes del Plan tienen oportunidad de cambiar su Plan Dental durante el período de Inscripciones Abiertas que va del 1º de julio hasta el 14 de agosto. Todos los cambios del Plan Dental entran en vigencia el 1º de septiembre.

Opciones del Plan Dental:

Delta Dental Premier: Plan de Pago por Servicio en que los procedimientos se pagan de acuerdo con una Tabla de Asignaciones.

Plan PPO de Delta: Igual que el Plan Delta Dental Premier, sin embargo los dentistas han negociado cargos menores dentro de la Tabla de Asignaciones.

DeltaCare USA: Plan Dental Prepagado con copagos mínimos. Todos los servicios deben ser prestados por un dentista de DeltaCare USA. Si obtiene servicios fuera de DeltaCare USA, usted será responsable del pago.

Pacific Union Dental (PUD): Plan Dental Prepagado con copagos mínimos. Todos los servicios deben ser prestados por un dentista de PUD. Si obtiene servicios fuera de PUD, usted será responsable del pago.

Beneficio de la Organización de Proveedores Preferentes (PPO) de Delta Dental

El plan PPO de Delta Dental ofrece un beneficio que le permite ahorrar en sus costos del propio bolsillo y estirar sus beneficios cada vez que utilice un dentista de la red PPO. Las ventajas de seleccionar un dentista de la red PPO incluyen:

- Exámenes dentales rutinarios - reducen sus costos.

Al escoger un dentista de Delta Dental de la red PPO, pagará menos por los cargos usuales.

Para ver la lista más reciente de la red PPO en su área, comuníquese con Delta Dental o vaya a su página Web en: www.deltadental.org.



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.