

Cement Masons

Boletín de Beneficios

Para ayudarle a entender sus beneficios

Medicinas de Mantenimiento

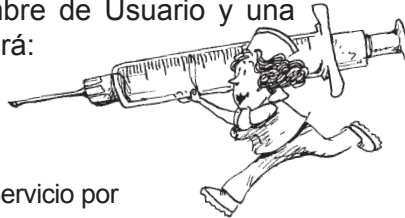
Farmacia de Prescription Solutions
Planes de Activos y de Retirados

Tener que tomar medicinas de mantenimiento para condiciones médicas crónicas o a largo plazo puede ser costoso. ¿Sabía que el copago por el cuarto surtido de una receta en una farmacia local es el doble del copago por un surtido de 30 días? Cuando utilice el Programa de Servicio por Correo, recibe un surtido de 90 días por el mismo costo que el cuarto surtido en una farmacia local.

Una vez que coloque su primera orden con la Farmacia de Servicio por Correo, podrá manejar sus medicinas de mantenimiento desde su computadora. Si no tiene computadora, podrá utilizar el teléfono o el sobre de servicio por correo que se adjunta junto con su primer pedido de servicio por correo.

Para utilizar el método en línea vaya a: www.prescriptionsolutions.com luego vaya a "register" creando un Nombre de Usuario y una Contraseña. Una vez que se registre, podrá:

- Surtir sus recetas
- Revisar sus beneficios de farmacia
- Ver la información del formulario
- Ver sus pedidos anteriores y actuales de Servicio por Correo
- Imprimir formularios de Pedidos por Correo de nuevas recetas (si no las va a surtir de nuevo en línea)
- Transferir sus recetas de medicinas de mantenimiento de la farmacia local al Servicio por Correo



Farmacia Local (Participante)			Servicio por Correo
Surtido de 30 días Copago			Surtido de 90 días Copago Estándar
Surtido y re-surtido de recetas	1° - 3°	4°	
Genéricas	\$10	\$20	\$20
De Marca del Formulario	\$20	\$40	\$40
De Marca No del Formulario	\$30	\$60	\$60

Beneficios de Recetas Medicas

1(800) 797-9791

Farmacia de Servicio por Correo:

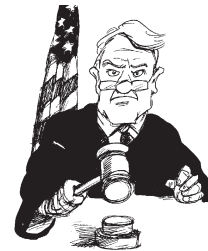
1(888) 758-6781

Droga oral o inyectable con receta especialidad:

1(866) 218-5445



Ley de Seguridad del Ingreso de los Empleados en el Retiro de 1974 (ERISA)



ERISA es la ley Federal diseñada para proteger los derechos de los participantes y beneficiarios que participen en planes de beneficios para los empleados.

La ley ERISA impone varias normas de calificación y responsabilidades fiduciarias a todos los planes de beneficios de los empleados. También establece procedimientos para hacer valer esos derechos y también exige que los planes den a los participantes información específica de las características y financiamiento del plan.

La ley ERISA exige que todos los participantes del plan reciban un resumen de éste, llamado Descripción Resumida del Plan. Esta Descripción Resumida del Plan explica cuándo un empleado puede empezar a participar en el plan y los beneficios disponibles. El Estado de ERISA esta incluido en cada uno Folleto Descripción Resumida del Plan.

Explicación de Beneficios (EOB)

Plan de Pago Directo

La Oficina del Fondo de Fideicomiso le enviará una Explicación de Beneficios dentro de 30 días del recibo de un reclamo por una visita al doctor. La Explicación de Beneficios es un resumen de las fechas, servicios y costos que tenga en una visita al doctor. La sección de Desglose de Cargos Facturados y Determinación de Beneficio enumera las porciones del pago (columnas A, B y C), la Responsabilidad del Paciente por el **Copago**, el **Deducible** del Año del Plan y el **Coseguro** así como la porción del pago del Fondo.

Cuando utilice un Proveedor de la Organización de Proveedores Preferentes (PPO) de Anthem Blue Cross, la Explicación de Beneficios indicará "Sí" en la sección de Resumen de Facturación. La cantidad que el proveedor PPO ha quedado de acuerdo en aceptar por el servicio aparece en la columna "Cantidad Negociada". Si no utiliza un proveedor PPO, aparece un "No" junto a "Participante" y usted tendrá que pagar un **Coseguro** más alto.

Para recibir el pago oportuno de sus reclamos, haga que su proveedor envíe directamente todos los reclamos a Anthem Blue Cross. Si su proveedor envía el reclamo a la Oficina del Fondo de Fideicomiso, se demorará el pago.

Terminos del Plan

Plan de Pago Directo de Activos

Copago: la cantidad que usted paga por una visita al medico o a la sala de emergencia.

Deducible del Año del Plan: La cantidad que usted paga por gastos cubiertos cada Año del Plan antes que La Oficina del Fondo contribuye pagadero por un reclamo de \$150 por persona o \$450 por familia.

Coseguro: el porcentaje que usted paga como parte del costo además del copago y del Deducible del Año del Plan. Su parte es el 20% de la tarifa negociada si utiliza un Proveedor Preferente. Si no utiliza un Proveedor Preferente, su parte es el 40% de los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UAYR).

Cement Masons Health and Welfare Trust Fund for Northern California

220 Campus Lane Fairfield, CA 94534-1499 Telephone (707) 864-3300

Explanation of Benefits

This notice summarizes the benefits for the claim described below.

BILLING SUMMARY

INSURED'S NAME: J MASONS
 INSURED'S ID: OCWCM065487
 PATIENT'S NAME: JOHN
 PATIENT'S ACCT: 999999999
 DATE OF SERVICE: 02/10/11-02/10/11
 PROVIDER: J PHYSICIAN, MD
 PARTICIPATING: YES
 TOTAL CHARGES: \$475.00

PAYMENT SUMMARY

ISSUED TO: PROVIDER
 CHECK DATE: 02/10/11
 CHECK AMOUNT: \$157.50
 CHECK NUMBER: 987654

BILLED CHARGES AND BENEFIT DETERMINATION

DATES OF SERVICE FROM THRU	DESCRIPTION OF SERVICES AND BENEFIT APPLICATION	BILLED AMOUNT	NEGOTIATED AMOUNT	ALLOWED AMOUNT	A LESS COPAY	B LESS DEDUCTIBLE	C LESS COINSURANCE	FUND PAYMENT	PATIENT RESPONSIBILITY	SEE NOTE BACK
02/10/11	99213 VISIT OFFICE/OTHER	\$100.00	\$75.00		\$20.00	\$55.00	\$11.00	\$0.00	\$75.00	1
02/10/11	41000 INTRAORAL INCISION	\$200.00	\$150.00			\$95.00	\$23.00	\$44.00	\$106.00	1
02/10/11	71020 CHEST X-RAY	\$175.00	\$115.00					\$92.00	\$23.00	1
TOTALS		\$475.00	\$340.00	\$0.00	\$20.00	\$150.00	\$34.00	\$136.00	\$204.00	
LESS PPO DISCOUNT		\$135.00								
LESS PRIMARY INSURANCE PAYMENT		\$0.00								
LESS PREVIOUS PAYMENT		\$0.00								
LESS PROVIDER REFUND		\$0.00								
LESS PROVIDER TAX		\$0.00								
LESS FUND PAYMENT		\$136.00								
PATIENT RESPONSIBILITY		\$204.00								

El participante esta responsable por esta cantidad menos cualquier pago hecho en la visita con el doctor.

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

PRESCRIPTION
 SOLUTIONS
 800-562-6223
 rxolutions.com

VISION SERVICE PLAN
 800-877-7195
 vsp.com

SENIOR ADVANTAGE
 KAISER
 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.