

Los Fideicomisarios Reducen Ciertos Copagos de las Recetas de Medicina


Como saben, este último septiembre el Consejo de Fideicomisarios hizo varios cambios al Plan de Salud y Bienestar que fueron necesarios para controlar el alza en el costo de la atención de la salud. Entre estos se encuentran cambios en los copagos por recetas de medicinas. Si bien las medicinas son benéficas y, en muchos casos, pueden salvar la vida también son una de las razones por las que los costos de salud han subido tan dramáticamente en los últimos cuantos años.

Para compartir los costos, se aumentaron los copagos al nivel del menudeo de \$3 a \$10 por recetas de medicinas genéricas y de \$3 a \$20 por recetas de medicina de marca. El surtido se redujo de 60 a 30 días. Al nivel de pedidos por correo, se agregaron copagos —\$20 por recetas de medicinas genéricas y \$40 por recetas de medicinas de marca. El surtido se aumentó de 60 a 90 días.

Después de que el programa había estado en vigencia unas cuantas semanas, los fideicomisarios se dieron cuenta que se debía prestar particular atención a las situaciones en que no había una medicina genérica equivalente. Los fideicomisarios hablaron con el consultor del fondo y con el gerente de beneficios de farmacia y concluyeron que el copago por medicinas de marca cuando no hay una genérica disponible podía bajarse de \$20 por receta a \$10 por receta al menudeo y de \$40 a \$20 por receta de pedido por correo. Este

ajuste en el copago entró en vigencia el 1° de octubre del 2003. Se envió un aviso de este ajuste el 3 de octubre del 2003.

Esto se aplica solamente cuando no hay una medicina genérica equivalente. Si hay disponible una medicina genérica equivalente y usted o su doctor solicita una de marca, usted será responsable de pagar el copago *más* la diferencia en costo entre la medicina genérica y la de marca. En muchos casos la diferencia en costo pudiera ser sustancial. Por ejemplo, Robaxin (un relajante muscular) es la medicina de marca por la genérica metocarbamol. Robaxin cuesta \$97.00 por 180 tabletas; la genérica equivalente cuesta \$20 por 180 tabletas. Si usted escogiera la medicina de marca, Robaxin, pagaría el copago de \$20.00 más la diferencia en costo entre la genérica y la de marca (\$97.00 - \$20.00 = \$77.00). En esto ejemplo, su costo del propio bolsillo sería de \$97.00 por la medicina de marca en comparación con \$20.00 por la genérica.

Desde luego que la decisión de si tomar una medicina de marca o una genérica es de usted. Sólo tenga presente que si está disponible una genérica y usted prefiere la de marca, tendrá que pagar un mayor costo de su propio bolsillo. Las medicinas genéricas son igual de eficaces para usted y para el plan de salud. Sin embargo, a partir del 1° de octubre del 2003 si no hay una medicina genérica equivalente usted será responsable solamente del copago de \$10.00 por una medicina al menudeo o \$20.00 en un pedido por correo. 



Surtido de Recetas en Kaiser

Cuando se tiene un horario muy ocupado, las cosas que se deben hacer se pueden olvidar. Kaiser Permanente le puede ahorrar un viaje a la farmacia cuando necesite volver a surtir una receta. Puede ordenar los resurtidos que quiera visitando www.kponline.org o llamando al número telefónico que está subrayado en la etiqueta de la receta. Las recetas pueden ser enviadas por correo o recogerse. (Se dispone de servicio por correo para cualquier medicina excepto las que contengan narcóticos o ciertos líquidos que se pudieran romper, derramarse o dañarse por cambios de temperatura).

Así es de fácil. Para volver a surtir las recetas en línea o por teléfono, necesitará su número de registro médico con Kaiser Permanente, el número de la receta de cada medicina y el número de tarjeta de crédito con la fecha de vencimiento. Las órdenes se envían gratuitamente y deben llegar entre 5 y 7 días hábiles.

No hay avisos insertados en este número de *Cement Mixer*





Línea de Ayuda en California para las Personas que Fuman

La Línea de Ayuda de California para las Personas que Fuman es un programa telefónico que le puede ayudar a dejar de fumar. Los servicios son financiados por el Departamento de Salud de California y se ofrecen sin ningún costo para usted.

Cuando llame, se le ofrece una selección de servicios: materiales de autoayuda, una lista de referencias a otros programas y asesoría de persona a persona por teléfono.

Los estudios demuestran que las personas que reciben consejería como la que se ofrece por medio de la Línea de Ayuda, tienen más posibilidades de tener éxito en dejar de fumar que los que tratan de hacerlo por sí mismos.

Algunos de los servicios gratuitos que proporciona la Línea de Ayuda incluyen:

- Un folleto con información sobre cómo dejar de fumar y seguir sin usar tabaco.
- Listas de referencias para grupos o clases que se reúnen en su área.
- Consejería telefónica — puede hablar con alguien acerca de dejar de fumar. Usted y su consejero trabajarán conjuntamente para desarrollar un plan para que usted deje de fumar.
- Asistencia especializada para adolescentes, mujeres embarazadas y personas que mastican el tabaco.

Cualquier persona que viva en California puede llamar a la Línea de Ayuda ya sea que esté fumando actualmente, que ya haya dejado de fumar o desee información para una amistad o familiar. En inglés puede llamar al 1-800-NO BUTTS, de lunes a viernes de las 9 a.m. a las 9 p.m. En español—1-800-45-NO-FUME, el sábado de las 9 a.m. a la 1 p.m.

Conozca sus beneficios...

Todas las Hospitalizaciones Requieren Revisión de Utilización



Si usted o su dependiente tiene programado hospitalizarse de manera electiva y no de emergencia, se deberá asegurar que su doctor hace arreglos para la Revisión de Utilización por medio de Blue Cross, que es la Organización de Revisión Profesional (PRO, por sus iniciales en inglés) del fondo. Esta revisión debe hacerse *antes* de que ingrese al hospital.

¿Cómo trabaja la Revisión de Utilización? PRO revisa su caso, tomando en consideración el tipo de cirugía que va a tener y las circunstancias especiales que pudieran afectar su estadía como paciente internado. Este proceso se conoce como “Revisión Previa a la Admisión” y debe realizarse *antes* de su confinamiento para una estadía electiva que no sea de emergencia. En base a esta revisión, PRO autoriza previamente un número de días para su estadía internado.

Luego, una vez que esté en el hospital, PRO da seguimiento con otra revisión llamada “Revisión Concurrente”. En la mayoría de los casos, PRO no cambia el número de días que autorizó previamente al llevar a cabo la revisión previa a la admisión. Sin embargo, podría haber circunstancias en que PRO, consultando con su doctor, cambie el número de días originalmente autorizado para su confinamiento. Por ejemplo, PRO podría determinar que su estadía internado debiera ser mas larga o, en algunos casos, más corta de lo que se había originalmente autorizado. PRO le avisará de cualquier cambio en el número de días con tiempo suficiente para que haga otros arreglos de ser necesario. Si se le hospitaliza de emergencia, sólo necesitará obtener la Revisión Concurrente, ya que no sería posible hacer una Revisión Previa a la Admisión.

Si debido a que el Plan de Atención de Salud Administrada utiliza la red del *Plan de Comprador Prudente de Blue Cross*, muy probablemente lo hospitalizarán en un hos-

pital participante. Al internarse en un hospital participante, el *Plan de Comprador Prudente* hace los arreglos para la Revisión de Utilización. Sin embargo, usted deberá asegurarse siempre que su doctor haya hecho los arreglos para la Revisión de Utilización. Si lo hospitalizan en un hospital no participante, su doctor deberá hacer los arreglos para la Revisión de Utilización llamando a Blue Cross al (800) 274-7767. Si lo hospitalizan en un hospital no participante y se trata de una emergencia, usted o la persona que se encargue de sus asuntos deberá notificar a Blue Cross al (800) 274-7767 dentro de las 24 horas de su hospitalización.

Blue Cross hará luego los arreglos para una Revisión Concurrente.

Si no obtiene la Revisión Previa a la hospitalización por una estadía electiva no de emergencia, usted será responsable del 20% de los primeros \$10,000 — es decir además del 10% coseguro si se trata de un hospital participante o del 30%

si se trata de un hospital no participante. En otras palabras, el costo del propio bolsillo podría ser desde 30% o tanto como el 50% de los primeros \$10,000 por no cumplir con la disposición de Revisión de Utilización.

Se pudiera llevar a cabo una “Revisión Retrospectiva” si usted no obtuvo la Revisión Previa a la Hospitalización ni la Revisión Concurrente. Una Revisión Retrospectiva se hace *después* de que usted haya salido del hospital. Si PRO determina que su estadía internado no era médicamente necesaria, no se pagará ningún beneficio. Sin embargo, si determina que su estadía era médicamente necesaria, usted seguirá siendo responsable del 20% de los primeros \$10,000 de beneficio pagadero.

El punto importante es informar a su doctor, u hospital que su plan de salud requiere Revisión de Utilización en el caso de todas las hospitalizaciones.

Siempre informe a su doctor u hospital que su Plan de Salud requiere Revisión de Utilización para TODAS LAS HOSPITALIZACIONES.



Llenado de las formas...

Autorización para Utilizar o Divulgar Información Protegida de Salud (PHI)

El 14 de abril de 2003, el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar puso en vigencia las reglas de privacidad que ordena la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (Ley HIPAA, por sus iniciales en inglés). Estas reglas son para proteger la información de salud personal de usos y divulgaciones indebidas.

En cumplimiento con la ley HIPAA, el 4 de abril de 2003, el Fondo de Fideicomiso distribuyó a cada uno de los Participantes del Plan una Notificación de Privacidad de la Información, que describe cómo pudiera utilizarse y divulgarse la información médica y cómo usted puede tener acceso a esa información.

Las disposiciones de la ley HIPAA permiten al Fideicomiso utilizar la Información Protegida de Salud (PHI) para fines de tratamiento, del pago de beneficios y de la operación del Plan. ¿Qué es la Información Protegida de Salud? La Información Protegida de Salud es la información de salud identificable individualmente. Es decir, la información de salud que identifica al Participante del Plan, ya sea por nombre o por cualquier otro medio que pudiera divulgar la identidad de la persona. El Fondo de Fideicomiso utiliza solamente la Información Protegida de Salud para los fines administrativos del Plan y está comprometido a utilizar la información de salud como lo permite la ley HIPAA.

Se pudiera preguntar si alguna de las restricciones de esta ley le afecta a usted. ¿Qué cambió el 14 de abril de 2003? Digamos que usted siempre se ha apoyado en su Unión Local para ponerse en contacto con la Oficina del Fondo e indagar sobre el estado de sus reclamos, elegibilidad y demás información. A partir del 14 de abril de 2003, el Fideicomiso no podrá compartir esta información, que se considera Información Protegida de Salud, con ninguna persona ni entidad, a menos que sea como lo permite la ley HIPAA. Ninguna persona (que no sea usted) que llame a la Oficina del Fondo para preguntar sobre el estado

de su reclamo no está autorizada según la ley HIPAA. En este ejemplo, la Oficina del Fondo no podrá compartir la Información Protegida de Salud con ninguna persona que no sea usted.

Esto pudiera ser una incomodidad para aquellos de ustedes que trabajan y no tienen tiempo de ponerse en contacto con la Oficina del Fondo o tener acceso a un teléfono. ¿Hay alguna manera de solucionar esto? La respuesta es “sí”. Sin embargo, usted deberá entregar una autorización por escrito al Fideicomiso, nombrando a la persona que autoriza para recibir su Información Protegida de Salud. Para hacerlo, deberá completar una forma intitulada “Autorización para Uso o Divulgación de la Información Protegida de Salud (PHI)”. Podrá obtener esta forma llamando a la Oficina del Fondo para solicitarla, o podrá bajar la forma de la página de Internet del Fondo en www.norcalcementmasons.org. Complete las Secciones A y B y entregue la forma al **Director de Observancia de la ley HIPAA, Northern California Cement Masons Funds Administration, Inc., 220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534**. Podrá designar un periodo de tiempo específico (con una fecha de inicio y vencimiento) en el cual autoriza a que alguien tenga su Información Protegida de Salud. Si no designa una fecha de vencimiento, la Oficina del Fondo seguirá dando su Información Protegida de Salud hasta que usted revoque la autorización. Podrá hacerlo completando y enviando una forma intitulada “Revocación de la Autorización para la Divulgación de la Información Protegida de Salud (PHI)”. Esta forma se podrá obtener llamando a la Oficina del Fondo. No está disponible en la página de Internet.

Hay otras formas que exige la ley HIPAA que tienen que ver con la Información Protegida de Salud; este artículo describe solamente dos de estas formas. Para mayor información sobre la privacidad y la Información Protegida de Salud, consulte la Notificación de Privacidad de la Información que se le envió por correo a principios de abril de 2003.

Preguntas y Respuestas

P. Mi esposa tiene cobertura médica con un plan HMO por medio de su empresa. Su plan HMO requiere que obtenga atención médica por medio del doctor de atención primaria del Plan pero ella prefiere mi doctor. ¿Pagará el Plan de Cement Masons la atención médica que recibe fuera del su HMO?

R. Debido a que su esposa tiene cobertura médica por medio de su empresa, el Plan de Salud y Bienestar de Cement Masons pagará después de que pague el plan de ella. No importa que su cobertura sea por medio de un Plan de Indemnización, un Plan PPO o un Plan HMO. La cobertura a disposición de ella por medio del Plan de Cement Masons es secundaria. Su cobertura primaria es por medio de su Plan HMO.

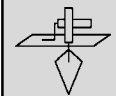
Si su esposa escoge ver a un doctor fuera del HMO el Plan de Cement Masons calculará una cantidad igual a la que hubiera pagado el otro plan. El saldo restante, después de aplicar lo que el otro plan hubiera pagado, será pagado por el Plan de Cement Masons hasta el total de los cargos. Sin embargo, si el otro plan niega el reembolso debido a que su esposa no utilizó la red del plan, el Plan de Cement Masons no pagará ningún beneficio por gastos incurridos. Esta misma política se aplica ya sea que su esposa esté inscrita o no en la cobertura médica por medio de la empresa de ella. El Plan de Cement Masons calculará una cantidad igual a lo que hubiera pagado el plan de su esposa y luego pagará el saldo restante. Si el plan de su esposa hubiera negado esos cargos, el Plan de Cement Masons no pagará ningún beneficio por los gastos que tenga.

Consulte el Artículo VIII, Sección 3.b. (página 69) de las Reglas y Reglamentos del Plan con respecto a las reglas de coordinación de los beneficios.

CALENDARIO

En o Cerca de Esta Fecha	Le Enviaremos por Correo	Usted Deberá
23 de septiembre 2003 <i>(Se envió por correo)</i>	El estado de cuenta por el periodo de trabajo del 1° de febrero del 2003 al 31 de julio del 2003	Verificar las horas y reportar las discrepancias a su Unión Local. Guarde el estado de cuenta en sus expedientes.
30 de noviembre 2003	Cheques de Beneficios de Vacaciones y Días Festivos	¿Está interesado en que sus futuros cheques de beneficios de vacaciones se depositen electrónicamente? Póngase en contacto con el Departamento de Vacaciones en la Oficina de Fondo.

Contactando la Oficina del Fondo



Cement Masons Trust Funds
 220 Campus Lane
 Fairfield, CA 94534-1499

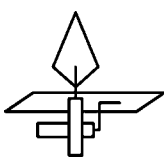
(707) 864 - 3300
 o gratuitamente al
 (888) 245 - 5005

Página del Internet:
www.norcalcementmasons.org

Cement Mixer es publicado por Northern California Cement Masons Funds Administration, Inc. y tiene por objeto dar información general sobre los planes. No tiene por objeto ser un sustituto de los documentos oficiales del plan. Sus derechos como Participante del Plan o como Beneficiario podrán determinarse solamente consultando el texto mismo del folleto del Plan.

PRSR STD U.S.
 POSTAGE PAID
 CONCORD, CA
 PERMIT #473

Northern California Cement Masons
 Funds Administration, Inc.
 220 Campus Lane
 Fairfield, CA 94534



The Cement Mixer
www.norcalcementmasons.org