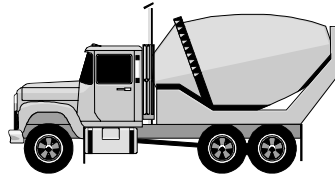


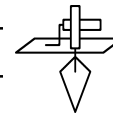
The Cement



Mixer

A Quarterly Newsletter for Northern California Cement Masons

Fall 2004 #23



Aproveche al Máximo sus Beneficios de Atención de la Salud

Como desgraciadamente estamos concientes, los costos de atención de la salud han aumentado dramáticamente en los últimos años. Una muestra de los recientes encabezados de las noticias le da una idea de la gravedad del problema del costo de la atención de la salud. Encabezados como, “Los Trabajadores Asegurados Pagan Más de sus Cuentas de Salud” y “El Alza Enfermiza de los Costos de la Atención de la Salud” sólo sirven para recordarnos lo que ya sabemos. Y por esa razón, los Fideicomisarios tuvieron que hacer cambios en los planes de beneficios que entrarán en vigencia el 1° de diciembre de 2004. Continuar pagando beneficios con las actuales tarifas no hubiera sido prudente ni hubiera sido para el bien de los Participantes del Plan.

A pesar de las medidas para reducir los costos que entraron en vigencia el 1° de diciembre de 2004, usted y su familia tienen algún control sobre los costos de su propio bolsillo. Al utilizar los proveedores de salud de la red del *Plan de Comprador Prudente*, se puede ahorrar dinero. Cuando utilice los servicios de un médico del *Plan de Comprador Prudente*, el plan pagará el 80% de la tarifa del contrato después de que usted pague el deducible y los copagos. Si se trata de una visita rutinaria al consultorio del doctor, el Plan pagará el 100% menos el copago. Sin embargo, si usted utiliza los servicios de un proveedor que no es del *Plan de Comprador Prudente*, el Plan pagará solamente el 60% de los cargos usuales, acostumbrados y razonables. Esto significa que si el médico le factura \$100 y el gasto usual, acostumbrado y razonable es de \$90, el Plan pagará \$42 (\$90 menos el \$20 de

copago X 60%). En este ejemplo, sus costos del propio bolsillo son \$58. Si usted hubiera utilizado un proveedor del *Plan de Comprador Prudente*, los costos de su propio bolsillo hubieran sido mucho menores. El Plan pagaría el 80% de la tarifa negociada que es menor que el gasto usual, acostumbrado y razonable. Por ejemplo, si la tarifa negociada era de \$75, el Plan pagaría \$55 (\$75 menos \$20 de copago). En este ejemplo, sus costos del propio bolsillo serían \$20.

Otra medida para reducir costos es pedirle a su doctor que le recete medicinas genéricas de estar disponibles. Al nivel del menudeo, el copago de una medicina genérica es de \$10 por un surtido de 30 días, mientras que el copago de una medicina de marca será de \$25. Podrá ahorrar más si utiliza la farmacia de pedidos por correo. Por un copago de \$20 por una medicina genérica, usted recibe un surtido de 90 días. El costo por el surtido de 90 días es el equivalente a 2 copagos al menudeo. Es como recibir un surtido de 30 días sin ningún costo.

Si está inscrito en Kaiser, trate de hacer arreglos para visitar a su doctor de Atención Primaria en lugar de usar la Sala de Emergencias. Los copagos por las visitas a la Sala de Emergencias serán de \$100 en lugar de \$20 cuando vea a su doctor de Atención Primaria.

Para una explicación detallada de los cambios del Plan que entran en vigencia el 1° de diciembre de 2004, revise la notificación del Plan que fue enviada por correo a todos los Participantes del Plan en octubre de 2004. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la Oficina del Fondo.



Corrección

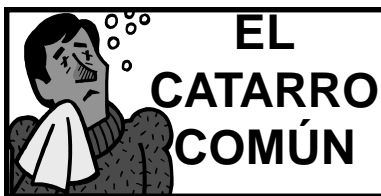
En el número de Primavera/Verano del *Cement Mixer*, había un error en el artículo de la página 3. El artículo, intitulado “Solicitud de Extensión de la Cobertura para los Dependientes”, explicó las circunstancias bajo las cuales usted pudiera continuar la cobertura de salud y bienestar para un hijo dependiente. Se indicó que la cobertura podía extenderse si el hijo dependiente estaba inscrito por lo menos en 8 unidades en el semestre. Debería haber dicho que la cobertura se extendería si el hijo dependiente está inscrito al menos en 12 unidades por semestre. Pedimos disculpas por cualquier confusión que esto pudiera haber causado.

IMPORTANTE

Las siguientes notificaciones se insertaron en este número del *Paquete de Beneficios: Salud y Bienestar*

- Ley de Salud y Cáncer de las Mujeres de 1998
- Notificación del Sistema de Quejas de Vision Service Plan (VSP)

LEA ATENTAMENTE LA NOTIFICACIÓN Y COLÓQUELA EN SU FOLLETO DEL PLAN.



Todos reconocemos los síntomas de un catarro común — fluidez en la nariz o nariz tapada, estornudos, dolor en la garganta y tos. Un catarro lo puede hacer sentir muy mal y sacarle toda la energía que necesita para las actividades diarias. Los síntomas pueden durar de 2 a 14 días.

Algunos consejos sencillos para reducir su riesgo de pescar un catarro:

- Lávese las manos con frecuencia.
- Evite compartir alimentos y utensilios con otras personas.
- Limpie frecuentemente con un desinfectante ligero las superficies que toca, por ejemplo las manijas de las puertas y los teléfonos.
- Utilice pañuelos desechables en lugar de pañuelos de tela y deshágase de ellos pronta y correctamente.

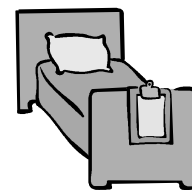
Si bien no hay una cura comprobada para el catarro común, los síntomas se pueden manejar descansando en cama, bebiendo muchos líquidos y haciendo gárgaras con agua salada.

Hay medicamentos disponibles para tratar los síntomas del catarro común. Algunos de ellos pueden ayudar a despejar la nariz o a que deje de fluir o a parar de estornudar. Algunos pueden aliviar dolencias menores, dolores y dolores de cabeza y podrán aliviar el dolor de garganta o aquietar la tos.

Si usted tiene ciertas condiciones médicas, por ejemplo enfermedad cardíaca, alta presión sanguínea, diabetes u otras condiciones crónicas, debiera consultar a su doctor antes de tomar medicinas para tratar los síntomas del catarro. También deberá asegurarse que el tratamiento que tome para su catarro no se cruza con otros medicamentos que esté tomando.

Conozca sus beneficios...

Todas las Hospitalizaciones Requieren Revisión de Utilización



Si tiene planes para hospitalizarse de manera electiva y no de emergencia, deberá hacer que su médico haga arreglos para una Revisión de Utilización (UR), por medio de la Organización de Revisión Profesional (PRO) del Fondo que es Blue Cross. La revisión deberá hacerse antes de que se hospitalice.

¿Cuál es la finalidad de la UR? UR ésta se lleva a cabo para determinar o certificar previamente el número de días que son médicamente necesarios para la estadía en el hospital. Blue Cross revisará su caso tomando en consideración el tipo de cirugía y las circunstancias especiales que pudieran afectar su estadía en el hospital. Este proceso se conoce como la “Revisión Previa a la Hospitalización” y deberá hacerse antes de una estadía electiva y no de emergencia. Con la excepción de las emergencias, todas las estadías en un hospital están sujetas a la Revisión Previa a la Hospitalización.


Luego, mientras se encuentre en el hospital, la PRO hace un seguimiento con otra revisión, conocida como “Revisión Concurrente”. La finalidad de esta revisión es confirmar el número de días de hospitalización que se habían autorizado originalmente. En la mayoría de los casos, la PRO no cambiará el número de días autorizados de antemano. Si la PRO cambiara el número de días originalmente autorizados, se le avisará del cambio a tiempo para que haga otros arreglos o apele la decisión. Si se le hospitaliza de emergencia, solamente necesita obtener una Revisión Concurrente.

Debido a que el Plan de Pago Directo del Fondo utiliza la red del *Plan de Comprador Prudente* de Blue Cross, lo más posible es que sea hospitalizado en un hospital participante.

Los hospitales del *Plan de Comprador Prudente* saben que los planes de salud tienen requisitos de UR y harán

los arreglos para que se lleve a cabo. Sin embargo, asegúrese de verificar con su médico u hospital que se llevó a cabo la UR. Si se le hospitaliza en un hospital no participante, verifique con su doctor u hospital para asegurarse que llevó a cabo la UR. Si se le hospitaliza en un hospital no participante, su doctor deberá hacer arreglos para la UR llamando a Blue Cross al (800) 274-7767. Si se trata de una hospitalización de emergencia, usted o alguien que se encargue de sus asuntos deberá notificar a Blue Cross al (800) 274-7767 dentro de las 24 horas de la hospitalización. Blue Cross luego hará arreglos para una Revisión Concurrente.

¿Qué sucede si no cumple con el requisito de la Revisión de Utilización? Si no obtiene una Revisión Previa a la hospitalización para un confinamiento electivo y no de emergencia, o una Revisión Concurrente para una hospitalización de emergencia, será responsable del 20% de los primeros \$10,000 de beneficios del Plan que ordinariamente estarían en efecto. Esto es además de su pago del 10% de coseguro en un hospital participante ó 30% en un hospital no participante. En otras palabras, su costo del propio bolsillo pudiera ser 30% o hasta el 50% de los primeros \$10,000 por no cumplir con la UR. Si no obtuvo la Revisión Previa a la Hospitalización o una Revisión Concurrente, la PRO llevará a cabo una “Revisión Retrospectiva” después de que usted haya salido del hospital. Si la PRO determina que su estadía en el hospital no era médicamente necesaria, no se pagará ningún beneficio. Sin embargo, si determina que su estadía era médicamente necesaria, de todos modos usted será responsable del 20% de los primeros \$10,000 de beneficios.

La clave para aumentar al máximo sus beneficios de hospital es informar a su doctor y al hospital **que su plan de salud exige la Revisión de Utilización en todas las hospitalizaciones.** 

Más Formas...


Que le enseña la forma de Explicación de Beneficios (EOB)

Explicación de Beneficios

Cada vez que el Fondo de Fideicomiso procesa un reclamo de beneficios, genera una “Explicación de Beneficios” (EOB). Este documento incluye muchos detalles concernientes al tratamiento del paciente por parte del proveedor. Además de resumir los “cargos facturados” y el “pago” del Fondo, incluye un desglose detallado de los servicios proporcionados por su proveedor de salud. De esta manera, usted sabe lo que su doctor hizo durante su visita al consultorio.

Cada procedimiento muestra una “Cantidad Facturada” y una “Cantidad Negociada” o “Cantidad Permitida”. Si usted utilizó los servicios de un proveedor del *Plan de Comprador Prudente*, la EOB indica “si” en el Resumen de Facturación y la cantidad que el proveedor tiene en su contrato por el servicio aparece en la columna “Cantidad Negociada”. Si usted no utilizó los servicios de un proveedor del *Plan de Comprador Prudente* aparece un “No” junto a “Participante” en el Resumen de Facturación. No hay ningún descuento cuando usted utiliza los servicios de un proveedor que no sea del *Plan de Comprador Prudente*. Siguiendo lateralmente, las columnas A, B y C muestran las deducciones del beneficio del Plan. Estos

son los copagos, el deducible y el coseguro. Los copagos se aplican a ciertas visitas al consultorio. Una vez que su deducible quede pagado, no se retendrá ninguna cantidad adicional por el resto del Año del Plan. Si usted usa los servicios de un proveedor del *Plan de Comprador Prudente*, su coseguro es del 10%; si utiliza a un proveedor que no sea del *Plan de Comprador Prudente*, el coseguro es del 30%. (Esto se aplica a los Planes de Activos y Especial III; se pudieran aplicar diferentes porcentajes en otros Planes). La diferencia entre la Cantidad Negociada/Cantidad Permitida menos los ajustes de las Columnas A, B o C es el Pago del Fondo. La Responsabilidad del Paciente es la diferencia entre la Cantidad Negociada y el Pago del Fondo. Si usted utiliza los servicios de un proveedor que no sea del *Plan de Comprador Prudente*, la Responsabilidad del Paciente es la diferencia entre los Cargos Facturados y el Pago del Fondo. No hay ningún descuento – usted es responsable de los Cargos Facturados menos el beneficio que haya pagado el Plan.

Revise siempre su EOB. Es la manera en que su plan de salud verifica que su reclamo se procesó correctamente. 



Inscripción en Medicare


Si usted ya se acerca a los 65 años y está planeando retirarse, deberá solicitar la cobertura de las Partes A y B de Medicare 3 meses antes de cumplir 65 años. Podrá solicitar al mismo tiempo tanto los beneficios del Seguro Social como la cobertura de las Partes A y B de Medicare.

Para hacer la solicitud, llame o visite la oficina más cercana del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Bajo ciertas circunstancias, también podrá hacer su solicitud en Internet en www.ssa.gov.

Si usted planea retirarse y no solicita las Partes A y B de Medicare tres (3) meses antes de cumplir la edad de 65 años y no más tarde de tres (3) meses después de cumplir 65 años, tendrá obligación de esperarse hasta el siguiente Período de Inscripción General de Medicare (del 1º de enero al 31 de marzo). Además, se podrá requerir que usted pague un sobrecargo a la Parte B de Medicare por el resto de su vida.

Además, en el primer día del mes en que usted o su dependiente se haga elegible para Medicare, el Fondo de Fideicomiso deducirá de sus propios pagos los beneficios pagaderos por Medicare, YA SEA QUE SE HAYA INSCRITO O NO EN MEDICARE. En otras palabras, el Fondo de Fideicomiso es el pagador secundario y Medicare es el pagador principal. Además, no será elegible para inscribirse en el Plan Kaiser Senior Advantage.

Si tiene acceso al Internet, podrá enterarse más acerca de Medicare a www.medicare.gov o llame gratuitamente a 1-800-MEDICARE.



Cement Masons Health and Welfare Trust Fund for Northern California
220 Campus Lane Fairfield, CA 94504-1400 Telephone (707) 364-3300

Explanation of Benefits

This notice summarizes the benefits for the claim described below.
See reverse side for important information.

BILLING SUMMARY				PAYMENT SUMMARY			
INSURED'S NAME: J MASON	DATE OF SERVICE: 03/01/04 03/01/04	ISSUED TO: PROVIDER		CHECK DATE: 06/04/04			
INSURED'S ID: 6789	PROVIDER: J PHYSICIAN MD	CHECK AMOUNT: \$157.50		CHECK NUMBER: 987654			
PATIENT'S NAME: JOHN	PARTICIPATING: YES						
PATIENT'S ACCT: 99999999	TOTAL CHARGES: \$475.00						

BREAKDOWN OF BILLED CHARGES AND BENEFIT DETERMINATION											
BATCH	DATE	DESCRIPTION OF SERVICES AND BENEFIT APPLICATOR	BILLED AMOUNT	NEGOTIATED AMOUNT	ALLOWED AMOUNT	A LESS CO-INSUR	B LESS DEDUCTIBLE	C LESS COINSURANCE	PAID AMOUNT	PATIENT RESPONSIBILITY	SEE NOTE EACH
000104		PHYSICIAN OFFICE VISIT	\$110.00	\$110.00	\$110.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$110.00	\$0.00	1
000104		LABORATORY SERVICES	\$110.00	\$110.00	\$110.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$110.00	\$0.00	1
000104		PHYSICIAN FEE	\$110.00	\$110.00	\$110.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$110.00	\$0.00	1
TOTALS			\$475.00	\$475.00	\$475.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$475.00	\$0.00	
LESS PRO COINSUR			\$110.00								
LESS PRIMARY INSURANCE PAYMENT			\$0.00								
LESS PROVIDER PAYMENT			\$0.00								
LESS PROVIDER REFUND			\$0.00								
LESS PROVIDER FEE			\$0.00								
LESS FUND PAYMENT			\$255.00								
PATIENT PAYMENT			\$110.00								

The patient or the Trust Fund is not responsible for the amount of Patient Responsibility.

Versión condensada de la EOB

CALENDARIO

En o Cerca de Esta Fecha	Le Enviaremos por Correo	Usted Deberá
23 de Septiembre 2004 <i>(Enviado por Correro)</i>	Estado de Cuenta por el Período de Trabajo de 1 de febrero, 2004 - 31 de julio de 2004	Verifique las horas y reporte las discrepancias a su Unión Local. Guarde su estado de cuenta para sus expedientes.
30 de Noviembre 2004	Cheques de Beneficios de Vacación Feriado	Llena una Forma de Inscripción nueva para avisenos cuando se cambie su domicilio.
<p>¿Le interesa que sus futuros cheques de Vacación Feriado se depositen electrónicamente? Póngase en contacto con el departamento de Vacación en la Oficina del Fondo, 8:30 A.M. a 4:00 P.M., Lunes a Viernes a 707-864-3300 o gratuitamente a 888-245-5005.</p>		

Contactando la Oficina del Fondo



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



(707) 864 - 3300
o gratis a
(888) 245 - 5005

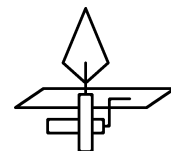


Página del Web:
www.norcalcementmasons.org

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.

The Cement Mixer
www.norcalcementmasons.org

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



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