

The Cement Mixer

Un Boletín Trimestral para los Albañiles de Cemento del Norte de California

Verano 2011 #49

Inscripciones Abiertas en el Plan Dental

Si quiere cambiar su Plan Dental puede seleccionar otra Plan durante "Inscripciones Abiertas" que van del 1° de julio hasta el 14 de agosto. Los cambios en el Plan Dental entran en vigencia el 1° de septiembre.

Selecciones del Plan Dental:

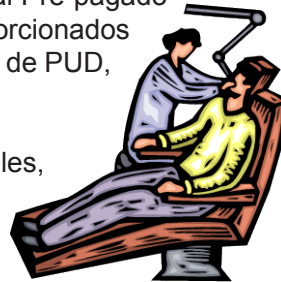
Plan Premier de Delta Dental: Plan Tradicional de CARGO POR SERVICIO. Los procedimientos dentales se pagan de acuerdo con una Tabla de Asignaciones. Usted paga la diferencia entre la asignación y los cargos del dentista.

Plan PPO de Delta Dental: Los dentistas en el plan PPO de Delta Dental negocian cargos que son incluso menores que los del plan Premier de Delta Dental. Los procedimientos dentales se pagan de acuerdo con una Tabla de Asignaciones. Usted paga la diferencia entre los cargos del dentista y la asignación.

Plan DeltaCare USA: Es un Plan Dental Pre-pagado con copagos mínimos. Todos los servicios deben ser proporcionados por un dentista del plan DeltaCare USA. Si obtiene servicios fuera de la red de DeltaCare USA, usted será responsable del pago.

Plan Dental de Pacific Union (PUD): Es un Plan Dental Pre-pagado con copagos mínimos. Todos los servicios deben ser proporcionados por un dentista de la red PUD. Si obtiene servicios fuera de PUD, usted será responsable del pago.

Para recibir mas información acerca de los Planes Dentales, comuníquese con el Departamento de Salud y Bienestar de la Oficina del Fondo.



El Reporte Sumario Anual

El Reporte Sumario Anual presenta la información financiera sobre cada fondo fideicomiso por el año económico que terminó el 31 de Agosto 2010.

Cada resumen demuestra:

- contribuciones totales,
- aumentos y pérdidas por la venta de ventaja y ganancias de inversiones,
- Los gastos incluye los gastos administrativos,
- beneficios pagados a los participantes y
- beneficiarios, además de primas pagadas por los aseguradores.

IMPORTANTE ANUNCIOS

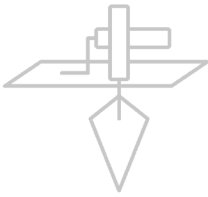
INCLUYENDO CON ESTE BOLETÍN DEL CEMENT MIXER SON UNOS ANUNCIOS CORRIENTES:

“LA LEY DE ATENCIÓN MEDICA AL ALCANCE ECONÓMICO” CAMBIOS ENTRE LOS BENEFICIOS

LA FORMA DEL “INSCRIPCIÓN ESPECIAL” PARA LOS HIJOS DEPENDIENTES Y ELEGIBLES

EL SUMARIO DE BENEFICIOS DEL PLAN DE KAISER PERMANENTE

Y EL REPORTE SUMARIO ANUAL



ANUNCIO IMPORTANTE

Por favor entregue una copia de este Anuncio a su Cónyuge y a sus hijos adultos elegibles inscritos en el Plan

Beneficios según la Ley de Atención Médica al Alcance

ADJUNTO CON EL CEMENT MIXER DE VERANO DEL 2011

Fecha: 15 de Julio de 2011

A: los Empleados Activos y Retirados Elegibles **incluyendo** Dependientes elegibles
▶ Miembros del Plan de Pago Directo y del Plan de Kaiser Permanente

De acuerdo a la Ley de Atención Médica al Alcance Económico (la Ley), que fue aprobada como ley el 23 de marzo de 2010, todos los Planes de Salud, con excepción de los Planes “*Sólo para Retirados*” y los Planes Dentales y Ópticos de “*Alcance Limitado*”, tienen obligación de hacer ciertos cambios en sus beneficios desde el primer día del Año del Plan siguiente al 23 de septiembre de 2010. En el caso del **Plan de Pago Directo** de los Albañiles del Cemento, dicha fecha es **el 1º de septiembre de 2011**. Los Planes Dentales y Ópticos son “*de alcance limitado*” y, por lo tanto, no se reciben cambios en esos planes.

El Plan de Salud y Bienestar de los Albañiles del Cemento **Retirados** no es un plan “*Sólo para Retirados*”. Los cambios que requiere la Ley **se aplicarán** al Plan de Retirados.

De acuerdo a la Ley, los planes se conocen como “protegidos” o “no protegidos”. Aunque estos términos se explicarán al final de este Anuncio, lo que necesitan saber es que el **Plan de Pago Directo** ya no estará “protegido” a partir del 1º de septiembre de 2011 debido a los cambios en los beneficios del 1º de enero de 2011. Sin embargo, el Plan de Kaiser Permanente sigue estando “protegido” hasta junio de 2013. Aunque el Plan de Kaiser Permanente sigue estando protegido, el Consejo decidió hacer cambios en el Plan de Kaiser Permanente **el 1º de septiembre de 2011** que son similares a los cambios hechos en el Plan de Pago Directo.

Los cambios que se hacen de acuerdo a la Ley se indican abajo. **Lea esta información con cuidado debido a que puede afectar sus beneficios.**

Cobertura para Hijos Dependientes de Edad de 26 Años en el Plan de Pago Directo y en el Plan de Kaiser Permanente

Si usted tiene un hijo que perdió la cobertura o a quien se le negó la cobertura debido a una edad o restricciones en los dependientes, tiene ahora la oportunidad de inscribir a dicho hijo para la cobertura a partir **del 1º de septiembre de 2011**.

Hay un **Período de Inscripciones Abiertas Único** durante el cual puede inscribir a un hijo elegible en base a las nuevas reglas de la Ley.

Antes del 1º de septiembre de 2011, los hijos dependientes estaban cubiertos de la edad de 19 o 23 años si eran solteros, estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente del Albañil del Cemento. De acuerdo a la Ley, el Plan de Albañiles del Cemento tiene obligación de permitir a los hijos adultos elegibles quedar cubiertos **hasta su cumpleaños 26** siempre y cuando el Albañil del Cemento siga estando elegible de acuerdo al Plan.

Los hijos elegibles incluyen los hijos propios o adoptados, hijastros, hijos en custodia y los hijos incapacitados. Se dispone de la cobertura sin importar el estatus matrimonial de su hijo, de su estatus estudiantil, su dependencia económica de usted, ya sea que vivan con usted o no en su casa o si tienen un plan de salud patrocinado por otra empresa.

Se requiere acción:

Si tiene un hijo **elegible** que perdió la cobertura **antes del 1º de septiembre de 2011** o a quien se le negó la cobertura debido a su edad o las restricciones de los dependientes, complete el Formulario Especial de Inscripción que se incluye con este Anuncio y devuélvalo a la Oficina del Fondo de Fideicomiso para **el 31 de agosto de 2011**. En el caso de hijos que tenga estatus de elegibilidad el 1º de septiembre de 2011, la cobertura continuará **hasta su cumpleaños 26**; no se requiere ninguna acción de parte suya. La cobertura de su hijo depende totalmente de que **usted continúe su elegibilidad**. Si pierde su elegibilidad, también perderá la cobertura del dependiente.

Sin embargo si usted está retirado, pudiera haber un costo adicional en primas para agregar a un hijo dependiente. Llame a la Oficina del Fondo de Fideicomiso para tener más información.

La cobertura se extiende solamente a su hijo o hijos elegibles. **No se extiende a los hijos de sus hijos (a menos que estén en su casa bajo su custodia o que usted los adopte legalmente) ni tampoco se extiende a los Cónyuges de sus hijos.**

LOS MIEMBROS DEL PLAN DE KAISER PERMANENTE DEBEN SEGUIR LEYENDO EL ANUNCIO PARA INFORMACIÓN ACERCA DE SU PLAN.

Máximo Beneficio del Plan Médico Amplio de Por Vida – Sólo en el Plan de Pago Directo

El Máximo de por Vida actual del “Beneficio de Gasto Médico Amplio” es de \$2,000,000 para el Albañil del Cemento Activo y \$400,000 para el Albañil del Cemento Retirado. A partir **del 1º de septiembre de 2011**, se elimina el Máximo de por Vida de los reclamos que se tengan a partir **del 1º de septiembre de 2011**. Si hay Participantes elegibles al Plan que han alcanzado o alcanzarán el nivel máximo de beneficios, automáticamente quedarán reinstalados en los Beneficios de Gastos Médicos Amplios por reclamos que tengan a partir **del 1º de septiembre de 2011**. Los Gastos Médicos que tengan **antes del 1º de septiembre de 2011** que no eran pagaderos debido a que excedían del Máximo de por Vida del Plan **no serán reembolsados por el Plan.**

Servicios Preventivos - Plan de Pago Directo

El Plan pagará el 100% (sin deducible, copago o coseguro) de la tarifa negociada del plan PPO para ciertos servicios de atención Preventiva cubiertos **pero solamente si los reciben de un Proveedor Preferente (PPO)**. La lista de servicios de atención Preventiva cubiertos es extensa. Debe visitar el sitio Web siguiente para ver la lista de los servicios de atención Preventiva sin costo que se cubren de acuerdo a la Ley:

<http://www.healthcare.gov/law/about/provisions/services/lists.html>

Beneficios de Examen Físico Rutinario – Plan de Pago Directo

Si usted y sus dependientes elegibles reciben Exámenes Físicos Rutinarios, servicios de laboratorio o rayos X de un **Proveedor No Preferente**, el beneficio se limita a:

- ▶ \$300 por Empleado y \$300 por el Cónyuge **por cada Examen Físico Rutinario**
- ▶ \$200 por un Hijo – **Sólo en el Plan de Activos**

Los Exámenes Físicos Rutinarios, las pruebas de laboratorio y/o rayos X por parte de un **Proveedor No Preferente** para los **Hijos Dependientes del Plan de Retirados** no son cubiertos por el Plan. Ciertos Servicios de Atención Preventiva de parte de un Proveedor Preferente pudieran quedar cubiertos como se señala arriba.

Servicios de Atención en Sala de Emergencia de Hospital – Sólo con Plan de Pago Directo

Si tiene una **condición médica de emergencia** que requiera que vaya a la sala de emergencias en consulta **externa de un hospital**, el Plan aplicará el mismo **copago** y **coseguro** por los servicios de **sala de emergencia de hospital** en consulta externa sin importar si recibe los servicios en un hospital PPO o en un Hospital que no forma parte de la red PPO.

Una condición médica de emergencia es la que sucede **repentina e inesperadamente** y que es de gravedad suficiente (incluso dolor) que sin una atención médica inmediata pudiera esperarse que:

- ▶ ponga en **peligro** la salud de una persona, o con respecto a una mujer embarazada **cubierta (excluyendo las hija dependientes)**, la salud de la mujer o del hijo que todavía no nace
- ▶ posiblemente cause un impedimento a largo plazo o permanente a las funciones corporales, o la muerte
- ▶ posiblemente cause un daño a largo plazo o permanente a un órgano o parte del cuerpo

Respecto a una mujer embarazada **cubierta (excluyendo las hijas dependientes) con contracciones:**

- ▶ that there is not enough time for a safe transfer to another hospital before delivery, or
- ▶ that transfer may pose a threat to the health or safety of the woman or the unborn child

Aunque la Ley exige que el Plan apliqué el mismo copago y coseguro a un reclamo por servicios en **sala de emergencias en hospital en consulta externa** sin importar si utiliza un Hospital PPO o un Hospital No PPO, debe entender que utilizar un hospital que no forme parte de la red PPO significará que **usted** pagará más por los cargos. No hay un requisito contractual para que un hospital que no forme parte de la red PPO reduzca sus cargos facturados como es el caso si utiliza un hospital de la red PPO. El ejemplo siguiente ilustra cómo trabajan los cálculos.

EJEMPLO DE USO DE SALA DE EMERGENCIAS EN UN HOSPITAL PPO VS. HOSPITAL QUE NO ES PPO – PLAN DE PAGO DIRECTO

		Preferred Provider Allowed Amount	Non-Preferred Provider Allowed Amount
Cargos Facturados	\$5,000.00	\$3,500.00	\$5,000.00
Menos Copago por Sala de Emergencias		\$100.00	\$100.00
Subtotal		\$3,400.00	\$4,900.00
Menos Deducible (si queda alguno)		\$150.00	\$150.00
Subtotal		\$3,250.00	\$4,750.00
El plan paga 80%		\$2,600.00	\$3,800.00
El paciente paga 20%		\$650.00	\$950.00

Como pueden ver en el ejemplo, al utilizar un hospital de la red PPO, la “cantidad permitida” es menor que la de un hospital que no es del PPO. La diferencia entre la “cantidad permitida” y la “cantidad facturada” cuando utilice un hospital PPO es **el descuento y usted disfruta de los ahorros al reducirse su parte del costo del reclamo.**

Miembros del Plan de Activos en Kaiser Permanente

Sus beneficios cambian el 1º de septiembre de 2011. En este Anuncio Importante se incluye un Resumen de Beneficios de Kaiser mostrando los nuevos deducibles, copagos y/o coseguros a partir del 1º de septiembre de 2011. También tendrá los beneficios de atención Preventiva sin costo **y los demás cambios que exige** la Ley. Para más información acerca del Plan Kaiser, llame a Servicios de los Miembros de Kaiser Permanente al número indicado en su tarjeta de identificación del Plan Kaiser.

Miembros del Plan para Retirados de Kaiser Permanente

Sus beneficios siguen igual con excepción de la adición de los nuevos beneficios de atención Preventiva **y otros cambios que requiere** la Ley. Para más información sobre su Plan Kaiser, llame a Servicios a los Miembros de Kaiser Permanente al número que se indica en su tarjeta de identificación del Plan de Kaiser.

Revisiones Internas y Externas de Determinaciones de Cobertura – Plan de Pago Directo

El Fondo de Fideicomiso actualmente proporciona procedimientos *internos* de apelación de reclamos para los Participantes del Plan que soliciten una revisión de la negativa de beneficios si creen que dicha negativa es incorrecta.

A partir **del 1º de septiembre de 2011**, la Ley exige que se dé a los Participantes la oportunidad de tener tanto una apelación interna como una **externa** de una negativa la cual llevará a cabo una organización de revisión independiente pero se limita a las negativas por servicios que se consideran no médicamente necesarios.

Revisión Externa de una Determinación de Cobertura Plan de Kaiser Permanente

Para más información acerca de la revisión externa del Plan de Kaiser Permanente, llame a Servicios a los Miembros de Kaiser Permanente.

Notificación Acerca del Programa de Reaseguro por Retiro Anticipado (ERRP)

Usted participa, o se le ofrece la oportunidad de inscribirse, en un plan de salud basado en el empleo que está certificado para participación en el Programa de Reaseguro de Retiro Anticipado (ERRP). El programa ERRP es un programa Federal establecido de acuerdo a la Ley. Bajo el programa ERRP, el gobierno Federal reembolsa al patrocinador del Plan de un plan de salud basado en el retiro para algunos costos de los beneficios de salud pagados a nombre de o por personas retiradas anticipadamente y ciertos familiares de las personas retiradas anticipadamente que participan en un plan basado en el empleo. Por ley, el programa termina el **1º de enero de 2014**.

De acuerdo al programa ERRP, su patrocinador del plan pudiera utilizar los reembolsos que reciba de este programa para reducir o contrarrestar los aumentos en las contribuciones de primas, los copagos, los deducibles, los coseguros y otros costos del propio bolsillo de los Participantes del Plan. Si el patrocinador del plan escoge utilizar los reembolsos del programa ERRP en esta manera, usted, como Participante del Plan, pudiera tener cambios que pudieran ser ventajosos para usted en cuanto a los términos y condiciones de la cobertura del plan de salud siempre y cuando los reembolsos bajo este programa estén disponibles y el patrocinador del plan decida usar los reembolsos para este fin. El patrocinador del plan pudiera también usar los reembolsos del plan ERRP para reducir o compensar aumentos en sus propios costos para mantener su cobertura de beneficios

Planes Protegidos
Plan de Kaiser Permanente y Plan de Pago Directo

Ser un plan de salud protegido significa que un plan no tiene obligación de incluir ciertas protecciones a los consumidores de la Ley que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de proporcionar servicios de salud preventiva sin ninguna participación en el costo. Sin embargo, los planes de salud protegidos deben cumplir con ciertas otras protecciones a los consumidores de la Ley por ejemplo la cobertura de los dependientes hasta la edad de 26 años. La pérdida del estatus de protección significa que el Plan tendrá entonces obligación de proporcionar otras protecciones a los consumidores que indica la Ley.

Debido a los cambios en los beneficios del Plan de Pago Directo de enero de 2011, el Plan de Pago Directo perdió su estatus protegido a partir del 1º de septiembre de 2011 y por lo tanto está poniendo en marcha a los cambios que exige la Ley.

Como se mencionó antes, el Plan de Kaiser Permanente retiene su estatus de “plan protegido” hasta junio de 2013; sin embargo, los cambios de la Ley están poniéndose en marcha para el Plan de Kaiser Permanente a partir del 1º de septiembre de 2011 **antes de lo que exige la Ley.**

Si tiene preguntas sobre este Anuncio o sobre los cambios del Plan, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso, de lunes a viernes de las 8:00 a.m. a las 5:00 p.m. También puede contactar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso por correo electrónico al customerservice@norcalcementmasons.org.

Atentamente,

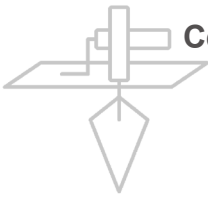
Consejo de Fideicomisarios
Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar
de los Albañiles del Cemento del Norte de California

**El recibo de este Anuncio no valida su elegibilidad en el Plan.
Siempre debe de llamar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso
para verificar su elegibilidad antes de recibir un servicio.**

De acuerdo a los requisitos de reporte de la ley ERISA, este documento sirve como su Resumen de Modificaciones de Importancia al Plan.

Inserto #10

Coloque este Anuncio en su Folleto del Plan - septiembre de 2007
15 de julio de 2011



Cement Masons Health and Welfare Trust Fund for Northern California
220 Campus Lane
Fairfield, CA 94534-1499
1 (707) 864-3300 or 1 (888) 245-5005
www.norcalcementmasons.org

Forma de Inscripción Especial
 Extensión de la Cobertura para Hijos Adultos hasta la Edad de 26 Años
 Este Forma debe tener sello postal de antes del 31 de agosto de 2011
Inserto del Cement Mixer del Verano de 2011

Como se explicó en el Anuncio Importante, la Ley de Atención Médica al Alcance Económico indica la Extensión de la cobertura para los hijos adultos elegibles hasta la edad de 26 años – el Mandato de Cobertura hasta los 26 Años. Complete este Forma Especial de inscripción por cualquier hijo elegible que haya perdido la cobertura, o a quien se le negó la cobertura, debido a su edad o restricciones a los dependientes, antes del 1º de septiembre de 2011.

La Fecha Límite para la Inscripción Especial es el 1º de septiembre de 2011.

Sección I. Información del Participante

Número de Seguro Social _____ o, Identificación Médica de CM _____
 Primer Nombre _____ Medio _____ Apellido _____
 Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado ____ Código ZIP _____

A menos que los documentos hayan sido entregados antes, debe enviar por correo los documentos aplicables siguientes junto con este formulario a la Oficina del Fondo **para comprobar su relación con sus dependientes:**

- HIJO PROPIO:** Certificado de Nacimiento
- HIJO ADOPTADO:** Certificado de Nacimiento y documento legal de adopción
- HIJASTROS:** Certificado de Nacimiento
- HIJOS EN CUSTODIA:** Documentación que el hijo o hijos han sido colocados con usted como hijos en custodia.

Escriba su número de seguro social en cada uno de los documentos para fines de identificación.

Sección II. Información del Hijo Adulto

Nombre Completo (Primero, Medio, Apellido)	Sexo M / F	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Relación con el Participante

sigue al reverso

Separe la Forma de Inscripción Especial, completa y devuélvala al: 220 Campus Lane - Fairfield, CA 94534-1499

Sección III. Información del Participante (Otros Seguros)

¿Tiene alguno de los hijos que va a inscribir durante el Período de Inscripción Especial algún otro plan patrocinado por una empresa:

Plan Médico No Sí

Plan de Recetas Médicas No Sí

Plan Dental No Sí

Plan Óptico No Sí

Si contestó "Sí" a las preguntas de la sección III, por favor complete la sección siguiente. Utilice un papel aparte si necesita más espacio.

Tipo de Cobertura	Nombre de Compañía	Dirección, Ciudad, Estado	Nombre del Asegurado
Plan Médico			
Plan de Recetas Médicas			
Plan Dental			
Plan Óptica			

En el caso de Formas de inscripción que lleguen después de la fecha límite del 31 de agosto de 2011 se demorará la fecha de vigencia de la cobertura para el hijo elegible a la fecha en que llegue el Forma de Inscripción a la Oficina del Fondo de

Por este medio certifico bajo pena de perjurio de acuerdo a las leyes del Estado de California que la información indicada en este Forma es cierta, correcta y precisa a mi mejor saber y entender.

Firma _____ Fecha _____

Resumen de Beneficios para los miembros de Plan Activo de Kaiser Kaiser Permanente Plan HMO con Deducibles (9/1/11 - 8/31/12)

Los Servicios que se describen a continuación tienen cobertura solo si se satisfacen todas estas condiciones:

Los Servicios son Médicamente Necesarios

Los Servicios son provistos, ordenados, autorizados o dirigidos por un Médico del Plan y usted recibe los Servicios Proveedores del Plan dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California (su Región Local), excepto cuando se indique específicamente lo contrario en el folleto Evidence of Coverage (EOC) para referencias autorizadas, atención de cuidados paliativos, Atención de Emergencia, Atención de Posestabilización, Atención Urgente Fuera del Área y Servicios de ambulancia en casos de emergencia.

Pago Máximo Anual de su Bolsillo para Ciertos Servicios

Para los Servicios sujetos al máximo, usted ya no pagará más Costos Compartidos durante un año calendario si los Copagos y Coseguros que usted paga por esos Servicios, además de todos sus pagos de Deducibles, equivalen a una de las siguientes cantidades:

Para la membresía de usted solamente (familia de un miembro)	\$3,000 por año calendario
Para uno de los Miembros en una Familia de dos o más Miembros	\$3,000 por año calendario
Para una Familia completa de dos o más Miembros	\$6,000 por año calendario

Deducible para algunos Servicios descritos a continuación

Usted debe pagar los Cargos por los Servicios que reciba en un año calendario hasta que haya cubierto una de las siguientes cantidades del Deducible.

Para la membresía de usted solamente (familia de un miembro)	\$150 por año calendario
Para uno de los Miembros en una Familia de dos o más Miembros	\$150 por año calendario
Para una Familia completa de dos o más Miembros	\$450 por año calendario

Maximo para toda la vida

Ninguno

Servicios Profesionales (vistas al consultorio de un Proveedor del Plan)

Servicios Profesionales (vistas al consultorio de un Proveedor del Plan)	Usted Paga
Mayoría de consultas, exámenes y tratamientos de atención primaria/especializada	\$20 por visita (Deducible no se aplica)
Exámenes físicos de mantenimiento de rutina	Sin costo (Deducible no se aplica)
Exámenes preventivos del niño sano (hasta 23 meses de edad)	Sin costo (Deducible no se aplica)
Asesoramiento para la planificación familiar	Sin costo (Deducible no se aplica)
Exámenes prenatales programados y primera consulta y examen de seguimiento postparto	Sin costo (Deducible no se aplica)
Exámenes de la vista para refracción	Sin costo (Deducible no se aplica)
Edamenes de audición	Sin costo (Deducible no se aplica)
Consultas, exámenes y tratamientos de atención urgente	\$20 por visita (Deducible no se aplica)
Terapia física, ocupacional, y del habla	\$20 por visita después de Deducible

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Servicios para Pacientes Ambulatorios	Usted Paga
Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios	Coseguro: 20% después del Deducible
Inyecciones contra alergias (incluido el suero antialérgico)	Sin costo después de Deducible
La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna)	Sin costo (Deducible no se aplica)
La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio	Coseguro: 20% después del Deducible
Radiografías, pruebas de detección, y análisis de laboratorio preventivos como se describe en el folleto EOC	Sin costo (Deducible no se aplica)
Educación para la salud:	(Deducible no se aplica)
Asesoramiento individual en educación para la salud con cobertura	Sin costo
Programas de educación para la salud con cobertura	Sin costo

Servicios de Hospitalización

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos

Coseguro: 20% después de Deducible

Cobertura de Atención de Emergencia

Visitas al Departamento de Emergencias

Coseguro: 20% después de Deducible

You Pay

Coseguro: 20% después de Deducible

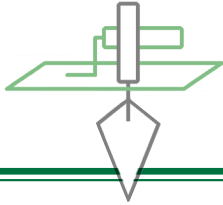
Ambulance Services

Coseguro: 20% después de Deducible

Cobertura de Medicamentos con Receta Médica	Usted Paga
Cubiertos para pacientes ambulatorios de acuerdo con nuestras pautas del formulario de medicamentos:	\$10 for up to a 30-day supply, \$20 for a 31- to 60-day supply, or \$30 for a 61- to 100-day supply (Deducible doesn't apply)
La mayoría de artículos marca del formulario por correo	\$10 for up to a 30-day supply or \$20 for a 31- to 100-day supply (Deducible doesn't apply)
La mayoría de los medicamentos genéricos por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$25 for up to a 30-day supply, \$50 for a 31- to 60-day supply, or \$75 for a 61- to 100-day supply (Deducible doesn't apply)
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos por medio del servicio de pedidos por correo	\$25 for up to 30-day supply or \$50 for a 31- to 100-day supply (Deducible doesn't apply)
Equipo Médico Duradero	Usted Paga
La mayor parte del equipo médico duradero para uso en el hogar cubierto de acuerdo con nuestras pautas del formulario de equipo médico duradero	Coseguro: 20% después del Deducible
Servicios de Salud Mental	Usted Paga
Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	Coseguro: 20% después del Deducible
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos	\$20 por visita individual (Deducible no se aplica)
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos	\$10 por visita de grupo (Deducible no se aplica)
Servicios para Farmacodependencia	Usted Paga
Desintoxicación como paciente hospitalizado	Coseguro: 20% después del Deducible
Tratamiento y evaluación individuales de farmacodependencia para pacientes externos	\$20 por visita (Deducible no se aplica)
Tratamiento grupal de farmacodependencias externas	\$5 por visita (Deducible no se aplica)
Servicios de Atención Médica en el Hogar	Usted Paga
Atención médica en el hogar (hasta un máximo de 100 visitas por año calendario)	Sin costo (Deducible no se aplica)
Otros servicios	Usted Paga
Artículos para la visión comprados en las Oficinas del Plan Médico o oficinas de venta de Ópticos (cada 24 meses)	Cantidad que super \$175 Asignación (Asignación no esta sujeta al Deducible)
Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un max de 100 días por per. de beneficios)	Coseguro: 20% después del Deducible Sin costo (Deducible no aplica)
Todos los servicios con cobertura relacionados con el tratamiento de la infertilidad	Coseguro: 50% (Deducible no aplica)
Atención de hospicio	Sin costo (Deducible no aplica)

Este es un resumen de las preguntas que se hacen con más frecuencia sobre los beneficios. En este cuadro no se explican los beneficios, Costo Compartido, pagos máximos de su bolsillo, exclusiones o limitaciones, ni se listan todos los beneficios y Costo Compartido. Por favor consulte el folleto EOC si desea obtener una explicación completa. Observe que proporcionamos todos los beneficios requeridos por ley (por ejemplo, los suministros para pruebas de la diabetes).

FONDO DE FIDEICOMISO DE LOS ALBAÑILES DEL CEMENTO DEL NORTE DE CALIFORNIA



SALUD Y BIENESTAR · VACACION Y FERIADO RESUMEN RESUMIDO ANUAL DE 2010

RESUMEN DEL REPORTE ANUAL DEL FONDO DE FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS ALBAÑILES DEL CEMENTO DEL NORTE DE CALIFORNIA

Éste es un resumen del reporte anual del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Albañiles del Cemento, EIN 94-1291152, Plan No. 501, un Plan de Empleadores Múltiples por el período del 1° de septiembre de 2009 hasta el 31 de agosto de 2010. El reporte anual ha sido presentado a la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados de acuerdo a la Ley de Seguridad de los Empleados en el Retiro de 1974 (ERISA).

Información sobre Beneficios Autofinanciados

El Plan mantiene los beneficios médicos, de recetas médicas, de incapacidad, por muerte, seguro por muerte y desmembramiento accidental, exámenes físicos, dentales, ayudas auditivas, examen físico de bebe y ópticos por medio de un programa autofinanciado.

Información del Seguro

La siguiente descripción breve de los beneficios del Plan se proporciona solamente para fines de información general. Los participantes deben consultar el documento del Plan para tener información más completa.

El Plan tiene un contrato con United Healthcare y *DeltaCare* USA para pagar ciertos reclamos dentales. El Plan también mantiene un plan médico alternativo bajo contrato con el Plan de Salud de Kaiser Foundation para la cobertura médica estándar de los participantes y dependientes. El total de las primas de seguro que se cobraron al Plan por el año que terminó el 31 de agosto de 2010 fue de \$5,035,162.

Estado Financiero Básico

El valor de los activos del Plan después de restar los pasivos del Plan era de \$15,756,824 al 31 de agosto de 2010 en comparación a \$13,681,827 al 1° de septiembre de 2009. Durante el año del Plan éste tuvo un aumento en sus activos netos de \$2,074,997. El aumento incluye la apreciación o depreciación no devengadas en los valores de los activos del Plan; es decir, la diferencia entre el valor de los activos del Plan al final del año y el valor de los activos del plan al principio del año o el costo de los activos que se adquirieron durante el año.

El Plan tuvo ingresos totales de \$22,199,103. El ingreso incluye contribuciones de la empleador por \$15,109,483, contribuciones de los empleados de \$3,784,276, ganancia en la venta de bienes de 352,742 otros ingresos de \$1,212,450, y ganancia de inversión de \$1,740,152.

Los gastos del plan fueron de \$20,124,106. Estos gastos incluyeron \$1,510,474 en gastos de operación, \$60,333 en gastos de inversión, \$13,518,137 en beneficios pagados a los participantes y beneficiarios y \$5,035,162 en primas de seguro cobradas por las compañías de seguro y una organización de mantenimiento de la salud.

Los beneficios y las reglas de elegibilidad cambiarán de vez en cuando. Los beneficios de las personas retiradas son diferentes de los beneficios de los empleados activos y también pueden cambiar o eliminarse en cualquier momento. Asegúrese de utilizar el folleto más reciente del Plan y de leer los avisos especiales acerca de su cobertura. No se confíe en información obsoleta. Si pierde su cobertura pudiera tener derecho a continuarla haciendo pagos propios. Consulte los detalles en su folleto o con la Oficina del Plan.

Sus Derechos a Información Adicional

Usted tiene el derecho de recibir una copia del reporte anual completo, o una parte del mismo, previa solicitud. Los puntos indicados enseguida se incluyen en ese reporte:

1. un reporte del contador;
2. los bienes que se tienen para inversión;
3. las transacciones que pasan del 5% de los bienes del Plan;
4. Información del seguro incluso comisiones por venta pagadas a las compañías de seguro.

Para obtener una copia del reporte anual completo, o cualquier Parte del mismo, escriba o llame al Consejo de Fideicomisarios del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Albañiles del Cemento del Norte de California, que es el Patrocinador del Plan, 220 Campus Lane, Fairfield, California 94534, (707) 864-3300.

RESUMEN DEL REPORTE ANUAL DEL FONDO DE FIDEICOMISO DE VACACIÓN Y FERIADO DE LOS ALBAÑILES DEL CEMENTO DEL NORTE DE CALIFORNIA

Éste es un resumen del reporte anual del Fondo de Fideicomiso de Vacación y Feriado de los Albañiles del Cemento, EIN 94-6108055, Plan No. 501 por el período del 1º de septiembre de 2009 hasta el 31 de agosto de 2010. El reporte anual ha sido presentado a la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados de acuerdo a la Ley de Seguridad de los Empleados en el Retiro de 1974 (ERISA).

Estado Financiero Básico

El valor de los activos del Plan después de restar los pasivos del Plan era de \$572,665 al 31 de agosto de 2010 en comparación a \$441,282 al 1º de septiembre de 2009. Durante el año del plan éste tuvo un aumento en sus activos netos de \$131,383. El aumento incluye la apreciación o depreciación no devengadas en los valores de los activos del Plan; es decir, la diferencia entre el valor de los activos del Plan al final del año y el valor de los activos del plan al principio del año o el costo de los activos que se adquirieron durante el año.

El plan tuvo ingresos totales de \$9,710,376 incluyendo contribuciones de la empresa de \$9,230,346, ganancias de las inversiones de \$279,808 y otros ingresos de \$200,222.

Los gastos del plan fueron de \$9,578,993. Estos gastos incluyeron \$294,481 en gastos de operación y \$9,284,512 en beneficios pagados a participantes y beneficiarios.

Sus Derechos a Información Adicional

Usted tiene el derecho de recibir una copia del reporte anual completo, o una parte del mismo, previa solicitud. Los puntos indicados enseguida se incluyen en ese reporte:

1. un reporte del contador;
2. los bienes que se tienen para inversión;


Para obtener una copia del reporte anual completo, o cualquier parte del mismo, escriba o llame al Consejo de Fideicomisarios del Fondo de Fideicomiso de Vacación y Feriado de los Albañiles del Cemento del Norte de California, 220 Campus Lane, Fairfield, California 94534, (707) 864-3300.

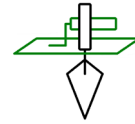
Sus Derechos a Información Adicional

Usted también tiene el derecho de recibir del administrador del plan, previa solicitud y sin cargo alguno, un estado de los activos y pasivos del plan y de las notas acompañantes, o un estado de ingresos y gastos del plan y las notas acompañantes, o ambos. Si solicita una copia del reporte anual completo del administrador del plan, estos dos estados y sus notas acompañantes se incluirán como parte de ese reporte. Estas partes del reporte se proporcionan sin cargo alguno.

Usted también tiene el derecho protegido por la ley de examinar el reporte anual en la oficina principal del Plan, Cement Masons Trust Fund for Northern California, 220 Campus Lane, Fairfield, California 94534, y del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en Washington, D.C., o de obtener una copia del Departamento de Trabajo de Estados Unidos pagando el costo de las copias. Las solicitudes al Departamento deben dirigirse a: Public Disclosure Room, Room N-1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

CALENDARIO

En o cerca de esta fecha	Le enviaremos por correo	Usted debe
1° de Julio al 14 de Agosto	Inscripciones Abiertas en el Plan Dental	Para cambiar el Plan de Dental, llama al Oficina del Fondo
27 de Julio	Cheque del beneficio de Pensión, mes de Agosto	Guarde el talón de cheque para sus expedientes.
29 de Agosto	Cheque del beneficio de Pensión, mes de Septiembre	Guarde el talón de cheque para sus expedientes.
5 de Septiembre	 Labor Day	La Oficina del Fondo cerrará para celebrar este Día Feriado
28 de Septiembre	Cheque del beneficio de Pensión, mes de Octubre	Guarde el talón de cheque para sus expedientes.



Para ponerse en contact con la Oficina del Fondo



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



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



Pagina de Internet:
www.norcalcementmasons.org

El Cement Mixer es publicado por la Oficina Administrativa de los Fondos de los Albañiles de Cemento del Norte de California, Inc. Tiene por objeto dar información a usted y su familia en respecto a los beneficios disponibles y como usar estos beneficios efectivamente. No tiene por objeto ser un sustituto de los documentos oficiales del Plan. Sus derechos como Participante o Beneficiario del Plan podrán determinarse solo consultando las Reglas y Reglamentos de los Planes. Por favor entregue sus comentarios y/o sugerencias por correo al domicilio que se indica arriba.

www.norcalcementmasons.org
The Cement Mixer

PRRST STD
U.S. POSTAGE
PAID

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

