

**FONDO DE FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR
DE LOS ALBAÑILES DE CEMENTO DEL NORTE DE CALIFORNIA
PLAN ACTIVO Y SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES**

**COMPARACION DE
LOS PLANES DE BENEFICIOS**

COMPARACION CON EFECTIVIDAD DEL 1° DE SEPTIEMBRE DE 2006

INFORMACIÓN GENERAL	PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS ALBAÑILES DE CEMENTO	KAISER PERMANENTE
Tipo del Plan	El Plan de Pago Directo proporciona beneficios médicos tradicionales de cargo por servicio. El Plan de pago Directo ofrece beneficios a costos menores cuando se usan los hospitales, doctores, laboratorios y centros de radiología y cirugía ambulatoria de la red del Plan de Comprador Prudente ¹ .	La atención se proporciona por medio de los doctores y personal medico del Centro del Kaiser Permanente ubicado en el área de servicio del miembro.
Área Geográfica Cubierta	Todo el mundo	Vea la carta adjunta que le notifica si este plan esta a disposición suya.
Selección de Doctores	Sin limite. El uso de los doctores del Plan del Comprador Prudente resultara en gastos menores del propio bolsillo.	Los miembros deberán utilizar un Doctor de Kaiser Permanente.
Atención Especializada En la Red	Usted selecciona a cualquier especialista.	Copago de \$20 si el Doctor de Kaiser le refiere el servicio de una especialista.
Fuera de la Red	Usted selecciona a cualquier especialista.	Copago de \$20 si el Doctor de Kaiser le refiere con un especialista externo.
Atención Fuera del Área	Los beneficios fuera de la red se aplican al tratamiento en cualquier sitio de Estados Unidos, sus territorios y posesiones.	100% después de un copago de \$100 por cobertura de emergencia en todo el mundo por enfermedades o lesiones imprevistas. Se dispensa si lo hospitalizan.
Formas de Reclamos	Ninguna.	Ninguna excepto la atención de emergencia fuera del plan con proveedores que no son de Kaiser Permanente.
BENEFICIOS INTERNADO EN HOSPITAL		
Médico / Cirugía	<p>Plan de Comprador Prudente – 80% de los primeros \$15,000 de tarifas negociadas, 100% en adelante para servicios médicamente necesarios del hospital durante los primeros 30 días de confinamiento por periodo de incapacidad.</p> <p>No del Plan de Comprador Prudente – 60% (20% de copago regular mas 20% de sanción por no utilizar a un proveedor preferente) de los primeros \$15,000 de cargos cubiertos, 100% en adelante durante los primeros 20 días de confinamiento por periodo de incapacidad. (Excepción: Por emergencia y los participantes que residen fuera del área de servicio – pagaderos al 80% en lugar del 60%. Consulte la nota #1 para definición de Área de Servicio).</p>	100% por todos los beneficios y servicios cubiertos en instituciones medicas de Kaiser Permanente.
Institución de Enfermería Especializada (Atención Prolongada)	Igual que los de Médico / Cirugía excepto que cada dos días de confinamiento cuentan como un día en determinar un día limite de Institución de Atención Prologada.	100% hasta 100 días por periodo de beneficio cuando lo autorice un doctor del Plan.
Salud Mental	Igual que los de Medico / Cirugía.	100% hasta 45 días por año calendario.

INFORMACIÓN GENERAL	PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS ALBAÑILES DE CEMENTO	KAISER PERMANENTE
Alcohol y Abuso de Substancias	50% de beneficios en una institución del Plan Comprador Prudente o No del Plan Comprador Prudente como se escrito arriba. Tratamiento Internado limitado a 15 días en un periodo de 12 meses (30 días máxima de por vida).	100% solo por destoxificación. Después de \$100 de copago por admisión. Servicios de Recuperación Residencial en Transición – hasta 60 días por año calendario sin pasar de 120 días en cualquier periodo de 5 años.
Revisión de Utilización	Parte automática de los procedimientos del Plan cuando se admite en un hospital. Se requiere de TODAS las admisiones. 20% de sanción de los primeros \$10,000 en cargos pagaderos por no cumplir.	Parte automática de los procedimientos del Plan.
BENEFICIOS MÉDICAS DE PACIENTE NO INTERNADO		
Deducible del Plan	\$150 por persona, máximo de \$450 por familia por Año del Plan. No se aplica a los beneficios Internado en Hospital, Institución de Cuidado Extendido, Examen Físico y de Recetas de Medicina.	Ninguno.
Máximo del Plan	\$250,000 de por vida por persona con reinstalación de \$2,000 por Año del Plan. El máximo de por vida no se aplica a los beneficios Internado en Hospital, Institución de Cuidado Extendido, Examen Físico y Recetas de Medicina.	Ninguno. Se aplican algunas restricciones.
Gasto Máximo del Propio Bolsillo del Participante en un Año del Plan	\$3,000 por persona hasta \$6,000 por familia por los servicios de los proveedores del Plan del Comprador Prudente. Los gastos del propio bolsillo incluyen su deducible del Plan, 20% de la tarifa negociada de los cargos por proveedores del Plan de Comprador Prudente y 20% del copago por escandía en hospital. No incluye los copagos por visita al Doctor o por Salas de Emergencia, las sanciones por no utilizar un hospital del Plan del Comprador Prudente o por no obtener la Revisión de Utilización, 40% de lo UAR por cargos con proveedores no del Plan del Comprador Prudente, las exclusiones y limitaciones del Plan.	\$1,500 por persona, \$3,000 por familia.
Sala de Emergencia en Hospital	Plan del Comprador Prudente: 80% de la tarifa negociada después de \$100 de copago. No del Plan de Comprador Prudente: 60% de los cargos cubiertos después del copago de \$100.	\$100 de copago por visita. Se dispensa si lo hospitalizan.
Atención de Salud no Internado	Plan del Comprador Prudente: 80% de la tarifa negociada. No del Plan de Comprador Prudente: 60% de los cargos cubiertos.	\$20 de copago en una institución de Kaiser Permanente.
Centro Quirúrgico Ambulatorio	Plan del Comprador Prudente: 80% de la tarifa negociada. No del Plan de Comprador Prudente: 60% de los cargos cubiertos.	\$20 de copago en una institución medica de Kaiser Permanente.
Atención de Salud en Casa	80% de los cargos cubiertos. Deberá tener recomendación previa del Programa Gerencia del Caso.	100% cuando lo autorice un doctor del Plan para atención de tiempo parcial e intermitente.
Atención de Hospicio	80% de los cargos cubiertos. Deberá tener recomendación previa del Programa Gerencia del Caso.	100% cuando se seleccione como alternativa a los servicios tradicionales y los autorice un doctor del Plan.
Examen Físico (Adulto) y de Bebes en Salud	Albañil o Cónyuge: \$200 por Año del Plan. Niño dependiente: \$50 por Año del Plan. Los cargos por atención de niños en salud para hijos dependientes hasta la edad de 2 años son pagaderos como visitas rutinarias al consultorio y no están sujetos al máximo de \$50 por Año del Plan. NO SE APLICA EL DEDUCIBLE NI COPAGO DE LA VISITA AL CONSULTORIO.	\$20 de copago por visita. \$5 de copago por visita.
Inmunizaciones e Inoculaciones (Vacunas)	Proveedor del Plan del Comprador Prudente: 80% de la tarifa negociada. Proveedor no del Plan del Comprador Prudente: 60% de lo UAR. Las inmunizaciones y Inoculaciones se cubren solamente para los hijos dependientes.	100%

INFORMACIÓN GENERAL	PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS ALBAÑILES DE CEMENTO	KAISER PERMANENTE
Visita al Consultorio Cargo del Doctor	Plan del Comprador Prudente: 100% de la tarifa negociada después del copago de \$20 por visita. No del Plan del Comprador Prudente: 60% del lo UAR después del copago de \$20 por visita.	Copago de \$20 por visita.
Cargo del Doctor por Cirugía	Plan del Comprador Prudente: 80% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente: 60% del lo UAR.	Internado: 100% del procedimiento. Externa: \$20 de copago por el procedimiento.
Pruebas de Lab, Rayos X, MRI, Tomografía computarizada de Diagnóstico	Centro del Plan del Comprador Prudente: 80% de la tarifa negociada. Centro no del Plan del Comprador Prudente: 60% de lo UAR.	100%.
Ayudas y Aparatos Auditivos	Hasta \$1,000 pagadero por oído y por aparato cada 36 meses.	\$1,000 máximo pagadero por aparato, dos aparatos en total cada 36 meses.
Beneficios de Quiropráctica	\$40 por visita, limite de 40 visitas por Año del Plan. NO SE APLICA EL COPAGO DE LA VISITA AL CONSULTORIO. Rayos X limitado a \$300 por Año del Plan.	\$15 de copago por visita, 30 visitas por año calendario. Beneficio Aparato Quiropráctica de \$50 anual. X rayos como se autoricen.
Salud Mental	Proveedor del Plan de Comprador Prudente: 50% de la tarifa negociada. 40 visitas por Año del Plan. No del Plan del Comprador Prudente: 50% de lo UAR. 20 visitas por Año del Plan. NO SE APLICA EL COPAGO DE LA VISITA AL CONSULTORIO.	\$20 de copago por persona hasta 20 visitas por año calendario. Sin limite para condiciones del AB88.
Abuso de Alcohol y de Substancias (Pacientes Externos)	Ninguno	Terapia Individual después de \$20 de copago por visita.
Equipo Medico Duradero	Proveedor del Plan del Comprador Prudente: 80% de la tarifa negociada. Proveedor no del Plan de Comprador Prudente: 60% de lo UAR.	100% cuando lo recete un doctor del Plan y este de acuerdo con las guías del formulario DME del Plan de Salud.
Ambulancia	Proveedor del Plan de Comprador Prudente: 80% de la tarifa negociada Proveedor no del Plan de Comprador Prudente: 60% de lo UAR ² .	Sin cargo cuando sean médicamente necesarios y los autorice un doctor de Kaiser Permanente.
OTROS BENEFICIOS		
Beneficios por Muerte y Muerte y Desmembramiento Accidental	<p>Los beneficios serán proporcionados ya sea que se inscriba en el Plan de Atención Administrado o en el Plan de Kaiser.</p> <p>Muerte del Empleado: \$7,500 mas \$5,000 adicionales si la muerte es el resultado de un accidente. Lesión o Desmembramiento del Empleado: \$2,500 a \$5,000 dependiendo de la parte o partes del cuerpo.</p> <p>Muerte del Cónyuge Dependiente: \$2,000. Muerto de un Hijo Dependiente: \$100 de la edad de 24 horas a menos de 6 meses de edad; \$500 por edades de 6 meses pero menos de 19 años de edad.</p>	
Atención Óptica	Los beneficios del VSP "Value Plan" de Visión Service se proporcionan por medio del Fondo. Pagaderos cada 12 meses para exámenes y lentes, 24 meses para armazones. \$20 de deducible por examen y \$20 de deducible por lentes y armazones. Llama Gratuitamente: 800-877-7195 Refiérase al Grupo #00877000, División 6, Clase 2.	Kaiser proporciona un beneficio de examen de la vista con un copago de \$20 por examen. Además de los beneficios de VSP proporcionados por medio del Fondo. Vea el Plan de Pago Directo.

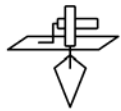
INFORMACIÓN GENERAL	PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS ALBAÑILES DE CEMENTO	KAISER PERMANENTE
Atención Dental	<p>Los beneficios se proporcionan por medio del Fondo ya sea inscriba en el Plan de Pago Directo o de Kaiser. El Fondo ofrece tres opciones del Plan Dental:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delta Dental Plan of California. Refieres al Grupo #9525-0001 2. DeltaCare PMI. Refiérase al Grupo #05566-0001 4. Pacific Union Dental. Refiérase al Grupo #95450 	
Recetas de Medicina	<p>Beneficios de Prescripción Solutions se proporcionan por medio del Fondo.</p> <p>Al Menudeo: El Participante paga el copago que se indica por receta. Máximo surtido de 30 días por receta.</p> <p><i>Genéricas: \$10; De Marca del Formulario: \$25;</i></p> <p>Servicio por Correo: El Participante paga el copago que se indica por receta. 90 días de surtido máximo por receta.</p> <p><i>Genéricas: \$20; De Marca del Formulario: \$50;</i></p> <p>Si esta disponible u n equivalente genérico y el Participante o el Doctor prefieren una medicina e marca, el Participante será responsable de la diferencia en costo entre la medicina genérica y la de marca.</p>	<p>\$10 de copago por receta Genérica o \$25 copago por de Marca del Formulario por un surtido de 100 días máximo por receta. Los miembros deberán utilizar la farmacia del Plan Kaiser para comprar la medicina de receta.</p>
Números gratuitos	1-800-245-5005	1-800-464-4000 (ingles) o 1-800-788-0616 (español). Refiérase al Grupo #: 500-0000

Esta comparación de beneficios tiene por objeto ser solo un resumen de los beneficios de cada plan. No se incluyeron todas las exclusiones y limitaciones de la cobertura de los beneficios y pudieran variar ligeramente en cada uno de los planes. El contenido de esta comparación no deberá interpretarse ni aceptarse como sustituto de las disposiciones de las Reglas y Reglamentos del Fondo o del Contrato con Kaiser.

¹El Área de servicio del Plan de Proveedores Preferentes (Plan del Comprador Prudente) se extiende a todos los 46 Condados del Norte de California

² UAR significa Usual Acostumbrado y Razonable.

Revise 03/01/07



FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR
COMPARACION DE LOS PLANES DENTALS CON VIGENCIA DEL 1° DE
SEPTIEMBRE DE 2006

Características de los Planes	Delta Dental of California		Pacific Union Dental	DeltaCare USA
	Delta Dental Premier	Delta Dental PPO		
Tipo de Plan	Plan Tradicional CARGO-POR-SERVICIO. Paga beneficios de acuerdo a una Tabla de Asignaciones. Usted paga la diferencia entre La Asignación y los gastos del dentista.	Plan PPO. Los dentistas en el Plan PPO de Delta Dental negocian por costos más barato que los costos del Plan de Delta Dental Premier. Procedimientos dentales son pagados de acuerdo a una Tabla de Asignaciones. Usted paga la diferencia entre La Asignación y los gastos del dentista.	Plan Prepagado - HMO. Usted escoja un dentista de Pacific Union para proveer todos los servicios incluyendo remisión a la especialista.	Plan Prepagado - HMO. Usted escoja un dentista de DeltaCare USA para proveer todos los servicios incluyendo remisión a la especialista.
Área de Cubierta	Más que 9,000 dentistas de Delta Dental Premier en el Norte de California.	Llama al 800-765-6003 para la lista de los dentistas Delta Dental DPO en su área. (Red limitada)	Oficinas Dentales por todo el Norte de California. Llama al 800-999-3367 para escoja una dentista Pacific Union en su área.	Oficinas Dentales por todo el Norte de California. Llama al 800-422-4234 para escoja una dentista DeltaCare USA en su área.
Selección de Dentista	Libertad de utilizar cualquier dentista que escoja, sin embargo paga gastos menos del propio bolsillo cuando escoja una dentista Delta Dental Premier porque los costos son pre-negociados y el dentista no puede cobrar mas que la cantidad pre-negociada.	Visita un dentista Delta Dental para bajar los gastos del propio bolsillo. Tiene libertad de utilizar cualquier dentista pero pagara menos gastos del propio bolsillo cuando usa un dentista de Delta Dental y menos todavía cuando usa un dentista PPO de Delta Dental.	Debe utilizar un dentista de Pacific Union para todos los servicios y remisiones y debe ser proveído por un dentista de Pacific Union. No pagará los beneficios de servicios dentales que no sean de Pacific Union.	Debe utilizar un dentista de DeltaCare USA para todos los servicios y remisiones y debe ser proveído por un dentista de DeltaCare USA. No pagará los beneficios de servicios dentales que no sean de DeltaCare USA.
Año del Plan Deducible	\$100 por persona \$300 por familia	\$100 por persona \$300 por familia	Ninguno	Ninguno
Año de Plan Máximo	\$2,500 por persona	\$2,000 por persona	No hay un máximo	No hay un máximo
Costos del Propio Bolsillo	Paga beneficios de acuerdo a una Tabla de Asignaciones. Usted paga la diferencia entre La Asignación y los gastos del dentista.	Paga beneficios de acuerdo a una Tabla de Asignaciones. Usted paga la diferencia entre La Asignación y los gastos del dentista.	Copagos mínimos	Copagos mínimos
Beneficios Ortodónticos	Ninguno	Ninguno	Costo de \$350.00 de empezar. Copago de miembro hasta \$2,250.00. Cobertura para el miembro, cónyuge, y los niños que tienen 10 años y adelante.	Costo de \$350.00 de empezar. Cobertura para adultos hasta \$1,800.00 y los niños hasta \$1,600.00.