

**FONDO DE FIDEICOMISO DE SALUS Y BIENESTAR DE LOS ALBANILES DE CEMENTO
ALBANILES DE CEMENTO ACTIVOS Y SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES
CON VIGENCIA DEL 1° DE MARZO DE 2008**

**COMPARACION DE
LOS BENEFICIOS DEL PLAN**

INFORMACIÓN GENERAL	PLAN DE PAGO DIRECTO	PLAN DE KAISER PERMANENTE
Cuando pueda cambiar del Plan	Podrá cambiar su cobertura en cualquier momento hasta un máximo de dos veces en un año. Usted y sus dependientes elegibles no pueden partir la cobertura – eso quiere decir que usted no pueda inscribir en el Plan de Pago Directo si los dependientes están inscrito en el Plan de Kaiser Permanente. Para cambiar el plan médico, solicitar una Formularia de Aplicación del Plan Activo de la Oficina del Fondo o en su Unión Local o visita el sitio del Web, www.norcalcementmasons.org , para impresor la forma.	
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 la Red del Plan de Comprador Prudente.	La atención se proporciona por médico de los doctores y personal medico del Centro de Kaiser ubicado en el área de servicio del miembro.
Área Geográfica Cubierta	En todo el mundo.	Pueda inscribir en el Plan de Kaiser Permanente si usted trabaja o viva en el área de servicio de Kaiser.
Selección de Doctores	Sin límite. El uso de los doctores del Plan del Comprador Prudente resultará en gastos menores del propio bolsillo.	Los miembros deberán utilizar un Doctor de Kaiser.
Atención Especializada de la Red	Usted selecciona a cualquier especialista.	Auto-referencia con especialistas de alergias, dermatología, psiquiatría y OB/GYN. Su doctor de Kaiser Permanente lo refiere con otros especialistas.
Atención Especializada fuera de la Red	Usted selecciona a cualquier especialista.	Se cubre totalmente si el doctor de Kaiser Permanente lo refiere con un especialista externo.
Atención fuera del Área ¹	Se aplican los beneficios normales al tratamiento en cualquier sitio del mundo.	\$100 de copago por cobertura de emergencia en todo el mundo por enfermedades o lesiones imprevistas. Se dispensa si lo hospitalizan.
Formas de Reclamo	Ninguna.	Necesario para la atención de emergencia fuera del plan con proveedores que no son de Kaiser Permanente.
BENEFICIO MEDICO GLOBAL		
Deducible del Plan	\$150 por persona, máximo de \$450 por familia por Año del Plan por servicios de proveedores que no sean del Plan del Comprador Prudente. NO SE APLICA A LOS PROVEEDORES QUE SEAN DEL PLAN DEL COMPRADOR NI AL BENEFICIO INTERNADO EN HOSPITAL.	\$500 por persona, máximo de \$1,000 por familia por Año Calendario.
Máximo del Plan	\$2,000,000 de por vida por persona con reinstalación de \$2,000 por Año del Plan. El máximo no se aplica a beneficios por examen físico y recetas de medicina.	Ninguno. Se aplican algunas restricciones.
Máximo Gasto del Propio Bolsillo por Año del Plan	\$3,000 por persona hasta \$6,000 por familia por servicios de proveedores del Plan del Comprador Prudente. Los gastos del propio bolsillo 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, el 40% de los cargos usuales, acostumbrados y razonables de proveedores que no sean del Plan del Comprador Prudente, las exclusiones y limitaciones del Plan.	\$3,000 por persona hasta \$6,000 por familia por Año Calendario.

INFORMACIÓN GENERAL	PLAN DE PAGO DIRECTO	PLAN DE KAISER PERMANENTE
<p>Internado en Hospital Medico/Quirúrgico</p> <p>Institución de Enfermería Especializada</p> <p>Salud Mental</p> <p>Abuso de Alcohol y de Substancias</p> <p>Revisión de Utilización</p>	<p>Plan del Comprador Prudente - 100% de tarifas negociadas para servicios médicamente necesarios del hospital. Sujeto al Máximo del Plan de \$2,000,000.</p> <p>No del Plan del 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. (Excepción: Las admisiones de emergencia y participantes que residen fuera del área de servicio – pagaderos al 80% de los primeros \$15,000 de cargos cubiertos. Vea la nota #1 para definición de Área de Servicio) Sujeto al Máximo del Plan de \$2,000,000.</p> <p>Igual que los de Medico/Cirugía arriba.</p> <p>Igual que los de Medico/Cirugía arriba.</p> <p>50% de los beneficios en instituciones (como se describió anteriormente.) El tratamiento internado se limita a 15 días en un periodo de 12 meses (30 días máximo de por vida).</p> <p>Parte automática de los procedimientos cuando se le admite en un hospital del Plan del Comprador Prudente. Se requiere de TODAS las hospitalizaciones. Sanción del 20% de reducción de los primeros \$10,000 en gastos que serian pagaderos por no cumplir.</p>	<p>80% pagadero después de deducible para todos los beneficios cubiertos y servicios en un centro de Kaiser.</p> <p>80% pagadero después de deducible hasta 100 días por Año Calendario.</p> <p>80% pagadero después de deducible hasta 30 días por periodo de beneficio.</p> <p>80% pagadero después de deducible solo por destoxificación. (Rehabilitación no es cubierto). Servicios de Residencial en Transición – copago de \$100 por ingreso después de deducible hasta 60 días por Año Calendario sin pasar de 120 días en cualquier periodo de 5 años.</p> <p>Parte automática de los procedimientos del Plan.</p>
<p>Consulta Externa de Hospital</p>	<p>Plan del Comprador Prudente - 100% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de los cargos cubiertos.</p>	<p>80% pagadero después de deducible par la mayoría de los servicios externa de hospital.</p>
<p>Sala de Emergencia en Hospital</p>	<p>Plan del Comprador Prudente - 100% de la tarifa negociada después de copago de \$100. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de los cargos cubiertos. Después de copago de \$100. El copago será dispensado en ciertas circunstancias.</p>	<p>80% pagadero después de deducible. Se dispensa el copago si lo hospitalizan</p>
<p>Centro Quirúrgico Ambulatorio</p>	<p>Plan del Comprador Prudente - 100% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de los cargos cubiertos.</p>	<p>80% pagadero después de deducible, en un centro de Kaiser Permanente.</p>
<p>Atención de Salud en Casa</p>	<p>100% de la tarifa negociada. Debe que tener un autorización previa por el Plan del Comprador Prudente.</p>	<p>100% pagadero hasta 100 visitas de 2-horas/Año de Calendario autorizado por el medico para cuidado de media jornada, intermitente.</p>
<p>Atención en Hospicio</p>	<p>100% de la tarifa negociada. Debe que tener un autorización previa por el Plan del Comprador Prudente.</p>	<p>100% cuando se seleccione como alternativo a los servicios tradicionales y los autorice un doctor del Plan.</p>
<p>Visita al Consultorio del Doctor</p>	<p>Plan del Comprador Prudente - 100% de la tarifa negociada después de copago de \$20 por visita. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de UAYR² menos \$20 copago por visita. No se aplica el copago por visita al Examen Físico de Adulto, de Bebe en Salud, Atención de Quiropráctica o visitas de Salud mental en consulta externa.</p>	<p>\$20 de copago por visita – no hay deducible.</p>

INFORMACIÓN GENERAL	PLAN DE PAGO DIRECTO	PLAN DE KAISER PERMANENTE
Cirugía Cargo del Doctor	Plan del Comprador Prudente - 100% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de UAYR.	Internado - 100% pagadero. Consulta Externa - \$20 de copago por visita – no hay deducible.
Diagnostico en Laboratorio, Rayos X, MRI y Tomografía Computarizada.	Plan del Comprador Prudente - 100% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de UAYR.	\$10 de copago por procedimiento después de deducible para la mayoría de Rayos X, y Laboratorio. \$50 de copago por MRI, Tomografía Computarizada Diagnostico y Escan de PET.
Examen de Bebe en Salud	Albañil de Cemento o cónyuge – máximo de \$200 por Año de Plan. Hijos mayores de 2 años de edad – máximo de \$50 por Año de Plan. Cargos por los hijos dependientes hasta la edad de 2 años son pagaderos como visitas rutinas – no estén sujetos al \$50 máximo por Año de Plan.	Adulto - \$20 copago por visita – no hay deducible. Hijo hasta 23 meses de edad - \$10 copago por visita – no hay deducible.
Inmunizaciones e Inoculaciones (Vacunas)	Plan del Comprador Prudente - 100% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de UAYR. Las inmunizaciones e inoculaciones se cubren solo para hijos dependientes.	100% pagadero.
Tratamiento en Consulta Externa de Trastornos Mentales	Plan del Comprador Prudente – 50% de la tarifa negociada hasta 40 visitas; No del Plan del Comprador Prudente – 50 % de UAYR hasta 20 visitas por Año de Plan.	Terapia Individual - \$20 copago por visita – no hay deducible. Terapia en Grupo - \$10 copago por visita – no hay deducible. Limitada a 20 visitas por Año Calendario. Sin límite para condiciones AB88.
Tratamiento Externa de Abuso de Substancias	No se cubre.	Terapia Individual - \$20 copago por visita – no hay deducible. Terapia en Grupo - \$5 copago por visita – no hay deducible.
Beneficios de Quiropráctica	\$40 por visita hasta 40 visitas por Año del Plan. Rayos X de Quiropráctica: Limite de \$300 por Año del Plan.	\$15 de copago por visita, 30 visitas por año calendario. \$50 de beneficio anual por aparato quiropráctico. Rayos X según se autoricen.
Terapia Ocupacional Terapia Física	Plan del Comprador Prudente - 100% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de UAYR. Debe ser recetado por un Doctor.	\$20 copago por visita después de deducible.
Ayudas Auditivas	Hasta \$1,000 por aparato para cada oído una vez cada 36 meses. Debe ser recetado por un Doctor.	No se cubre las Ayudas Auditivas. \$20 copago solo por el examen de los oídos – no hay deducible.
Ambulancia	Plan del Comprador Prudente - 100% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de UAYR. Excepción: Condición que amenace su vida, 100% pagadero de UAYR. Ambulancia aérea pudiera haber cubierto en condición que amenace su vida.	\$150 copago por viaje después deducible cuando sean médicamente necesarios y los autorice un doctor de Kaiser Permanente.
Equipo Medico Duradero	Debe ser recetado por un Doctor. Plan del Comprador Prudente - 100% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 100% de UAYR.	80% pagadero cuando lo recete un doctore del Plan y este de acuerdo con las guías del formulario DME del Plan de Salud. No hay deducible.
OTROS BENEFICIOS		
Atención Dental	Los beneficios se proporcionan por medio del Fondo ya sea que se inscriba en el Plan de Pago Directo o en el de Kaiser. El Fondo ofrece tres opciones para la atención Dental – vea la hoja adjunta del la Comparación de los Planes Dentales. 1. Plan de Delta Dental de California. Refiérase al Grupo #9525-0001. 2. DeltaCare PMI. Refiérase al Grupo #05566-0001. 3. Pacific Union Dental. Refiérase al Grupo #95450.	

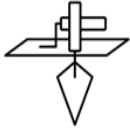
INFORMACIÓN GENERAL	PLAN DE PAGO DIRECTO	PLAN DE KAISER PERMANENTE
Atención Óptica	Los beneficios del "Value Plan" de Vision Service (VSP) se proporcionan por medio el Fondo. Pagaderos cada 12 meses para exámenes y lentes, 24 meses para armazones. \$20 de deducible por examen y \$20 de deducible por lentes y armazones.	Además, de los beneficios proporcionados por medio del Fondo (vea el Plan de Pago Directo), Kaiser proporcionado un beneficio solo para un examen. Usted paga \$20 copago por examen – no hay deducible.
Recetas de Medicinas	<p>Los beneficios de Prescription Solutions se ofrecen por medio del Fondo.</p> <p><u>Al Menudeo</u> – El participante paga un copago de \$10 por genéricas o \$25 por medicinas de marca por receta. 30 días máximo surtido por receta.</p> <p><u>Pedidos por Correo</u> – El participante paga un copago de \$20 por genéricas o \$50 por medicinas de marca por receta. 90 días máximo surtido por receta.</p> <p>Si esta disponible un equivalente genérico y el participante o el Doctor prefieren una medicina de marca, el participante será responsable de la diferencia en costo entre la medicina genérica y la de marca además del copago.</p>	<p>Genéricas - \$10 de copago por receta hasta 100 días surtido (ciertas drogas tiene limite a 30 días surtido) – no hay deducible.</p> <p>Medicinas de Marca - \$30 de copago por receta hasta 100 días surtido (ciertas drogas tiene limite a 30 días surtido). Sujeto al deducible de \$100 por Año Calendario.</p> <p>No se cubre recetas autorice por doctores que no son parte de Kaiser Permanente.</p>
Beneficios por Muerte, Muerte Accidental, y Desmembramiento	<p>Beneficios serán proporcionados ya sea que se inscriba en el Plan de Pago Directo o en el de Kaiser.</p> <p>Muerte del Empleado: \$10,000 mas \$10,000 adicionales si la muerte es el resultado de un accidente.</p> <p>Lesión o Desmembramiento del Empleado: \$5,000 a \$10,000 dependiendo de la parte o partes del cuerpo.</p> <p>Muerte del Cónyuge: \$5,000</p> <p>Muerte de un Hijo: \$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>	
Números Gratuitos	1-888-245-5005	1-800-464-4000; 1-800-788-0616 (Español) (Refiérase al Grupo 500-0000 al llamar)

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 unos de los planes. El contenido de esta comparación so deberá interpretarse ni aceptarse como sustito de las disposiciones de las Reglas y Reglamentos del Fondo del Contrato con Kaiser.

¹El Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferente (Plan de Comprador Prudente) se extiende a todos los 46 Condados el Norte de California.

² Usual, Acostumbrado y Razonable – UAYR.

Revisión el 20 de marzo de 2008



**FONDO DE FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR
DE LOS ALBANILES DE CEMENTO DEL NORTE DE CALIFORNIA
COMPARACION DE LOS BENEFICIOS DENTALES CON VIGENCIA DEL 1° DE MARZO DE 2008**

INFORMACIÓN GENERAL	Delta Dental of California		Pacific Union Dental	DeltaCare PMI
	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 de PPO de Delta Dental negocian por costos mas 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 PMI 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 PPO en su área. <i>(Red limitada)</i>	Oficinas dentales por todo el Norte de California. Llama al 800-999-3367 para la lista de los dentistas Pacific Union en su área.	Oficinas dentales por todo el Norte de California. Llama al 800-422-4234 para la lista de los dentistas PMI 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 pagara los beneficios de servicios dentales que no sean de Pacific Union.	Debe utilizar un dentista de PMI para todos los servicios y remisiones y debe ser proveído por un dentista de PMI. No pagara los beneficios de servicios dentales que no sean de PMI.
Deducible Año del Plan	\$100 por persona \$300 por familia	\$100 por persona \$300 por familia	Ninguno	Ninguno
Máximo Anual	\$2,000 por persona Plan Activo \$1,000 por persona Plan Retirado	\$2,000 por persona Plan Activo \$1,000 por persona Plan Retirado	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	No se cubre	No se cubre	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.