

**FONDO DE FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS ALBAÑILES DE CEMENTO  
ALBAÑILES DE CEMENTO ACTIVOS Y SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES  
CON VIGENCIA DEL 1º DE SEPTIEMBRE DE 2011**

**COMPARACION DE  
LOS BENEFICIOS DEL PLAN**

<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>	<b>PLAN DE PAGO DIRECTO</b>	<b>PLAN DE KAISER PERMANENTE</b>
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 estén inscrito en el Plan de Kaiser Permanente. Para cambiar el plan médico, solicitar una Formulario de Aplicación del Plan Activo de la Oficina del Fondo o en su Unión Local o visita el sitio del Web, <a href="http://www.norcalcementmasons.org">www.norcalcementmasons.org</a> , para imprimir 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 más bajos cuando se usan la Red del Plan de Comprador Prudente.	La atención se proporciona por médico de los doctores y personal médico del Centro de Kaiser ubicado en el área de servicio del miembro.
Área Geográfica Cubierta	Los gastos incurridos fuera de Estados Unidos y sus Territorios se cubren si son Servicios de Emergencia.	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 más bajos de su propio bolsillo.	Los miembros deberán utilizar un Doctor de Kaiser.
Atención Especializada de la Red	Usted selecciona a cualquier especialista. Una referencia no es requerida de su médico primario.	Auto-referencia con especialistas de 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. Una referencia no es requerida de su médico primario.	Se cubre totalmente después de satisfacer el coseguro y el copago, si el doctor de Kaiser Permanente lo refiere con un especialista externo.
Atención fuera del Área	Se aplican los beneficios normales al tratamiento en cualquier sitio del mundo.	80% pagadero después de deducible 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.
<b>BENEFICIO MEDICO GLOBAL</b>		
Deducible Anual	\$150 por persona, máximo de \$450 por familia por Año del Plan. <b>No se aplica a las recetas de medicina, examen físico, servicios de cuidado preventivo, ni beneficios para pacientes internados en el hospital.</b>	\$150 por persona, máximo de \$450 por familia por Año Calendario.
Máximo Anual	Ninguno. Aplica unas restricciones. Vea cuidado de ayudas auditivas y beneficios de quiropráctica.	Ninguno. Se aplican algunas restricciones.
Máximo Gasto del Propio Bolsillo Anual	\$3,000 por persona hasta \$6,000 por familia por servicios de proveedores del Plan del Comprador Prudente. Los gastos del propio bolsillo no incluyen 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 UAYR <sup>1</sup> 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.

<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>	<b>PLAN DE PAGO DIRECTO</b>	<b>PLAN DE KAISER PERMANENTE</b>
<p><b>Internado en Hospital Medico/Quirúrgico</b></p> <p>Institución de Enfermería Especializada</p> <p>Salud Mental o Abuso de Alcohol y de Substancias</p> <p>Revisión de Utilización</p>	<p>Plan del Comprador Prudente - 80% de los primeros \$15, 000 de tarifas negociadas – 100% en adelante – no hay deducible.</p> <p>No del Plan del Comprador Prudente – 60% (20% de copago regular más 20% de sanción por no utilizar a un proveedor preferente) de los primeros \$15,000 de cargos cubiertos, 100% en adelante. Excepción: Para servicios de emergencia y para los que residen afuera del área de servicio, los beneficios son pagados a 80% de los primeros \$15,000 de los cargos cubiertos.</p> <p>Igual que los de Medico/Cirugía arriba.</p> <p>Igual que los de Medico/Cirugía arriba.</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>Igual que los de Medico/Cirugía arriba.</p> <p>Parte automática de los procedimientos del Plan.</p>
<p>Consulta Externa de Hospital</p>	<p>Plan del Comprador Prudente - 80% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de los cargos cubiertos.</p>	<p>80% pagadero después de deducible por la mayoría de los servicios externa de hospital.</p>
<p>Sala de Emergencia en Hospital</p>	<p>Plan del Comprador Prudente - 80% de la tarifa negociada después de copago de \$100. No del Plan del Comprador Prudente – 80% 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 - 80% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – Máximo de \$500 por caso.</p>	<p>80% pagadero después de deducible, en un centro de Kaiser Permanente.</p>
<p>Atención de Salud en Casa</p>	<p>80% de la tarifa negociada. Debe que tener un autorización previa por el Anthem Blue Cross.</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>80% de la tarifa negociada. Debe que tener un autorización previa por el Anthem Blue Cross.</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 deducible y copago de \$20 por visita. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de UAYR después de deducible y \$20 copago por visita.</p>	<p>\$20 de copago por visita – no hay deducible. Cuidado Especializada - \$40 de copago por visita – no hay deducible.</p>
<p>Cirugía Cargo del Doctor</p>	<p>Plan del Comprador Prudente - 80% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de UAYR. Excepción: Servicios del médico de la Sala de Emergencia externa del Hospital, pagadero al 80% de UAYR.</p>	<p>Internado - 80% pagadero después de deducible. Consulta Externa - 80% pagadero después de deducible.</p>

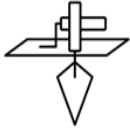
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>	<b>PLAN DE PAGO DIRECTO</b>	<b>PLAN DE KAISER PERMANENTE</b>
Diagnostico en Laboratorio, Rayos X, MRI y Tomografía Computarizada.	Plan del Comprador Prudente - 80% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de UAYR.	80% pagadero después de deducible
Examen de Bebe en Salud	Solamente los proveedores que no son de la red. Miembro o cónyuge – máximo de \$300 por EXAMEN.  Hijos mayores de 2 años de edad – máximos de \$200 por EXAMEN.  Cargos por los hijos dependientes hasta la edad de 2 años son pagaderos como visitas rutinas – no estén sujetos al \$200 máximo. Para los proveedores de la red, vea los Servicios de Cuidado Preventivos.	Adulto - \$20 copago por visita – no hay deducible. Hijo hasta 23 meses de edad - \$10 copago por visita – no hay deducible.
Servicios de Cuidado Preventivos	Plan del Comprador Prudente - 100% de la tarifa negociada, sin deducible, copago ni cosseguro. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de UAYR.	100% pagadero.
Tratamiento en Consulta Externa de Trastornos Mentales	Plan del Comprador Prudente – 80% de la tarifa negociada después de deducible y copago de \$20 por visita. No del Plan del Comprador Prudente – 60 % de UAYR después de deducible y copago de \$20 por visita.	\$40 de copago por visita – no hay deducible.
Tratamiento Externa de Abuso de Substancias	Plan del Comprador Prudente – 80% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60 % de UAYR.	\$40 de 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. Copago por visita no se aplica.	\$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	Debe ser recetado por un Doctor. Plan del Comprador Prudente - 80% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de UAYR.	\$40 copago por visita después de deducible.
Ayudas Auditivas	Debe ser recetado por un Doctor. Hasta \$1,000 por aparato para cada oído una vez cada 36 meses.	No se cubre las Ayudas Auditivas. \$20 copago solo por el examen de los oídos – no hay deducible.
Ambulancia	Plan del Comprador Prudente - 80% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de UAYR. Excepción: Condición que amenace su vida, 80% pagadero de UAYR. Ambulancia aérea pudiera haber cubierto en condición que amenace su vida.	80% pagadero después del deducible.
Equipo Medico Duradero	Plan del Comprador Prudente - 80% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente – 60% de UAYR. Debe ser recetado por un Doctor.	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.

INFORMACIÓN GENERAL	PLAN DE PAGO DIRECTO	PLAN DE KAISER PERMANENTE
Beneficios por Muerte, Muerte Accidental, y Desmembramiento	Beneficios serán proporcionados ya sea que se inscriba en el Plan de Pago Directo o en el de Kaiser. <b>Muerte del Empleado:</b> \$10,000 mas \$10,000 adicionales si la muerte es el resultado de un accidente. <b>Muerte del Cónyuge:</b> \$5,000 <b>Muerte de un Hijo:</b> \$100 de la edad de 24 horas a menos de 6 meses de edad; \$500 por edades de 6 meses pero menos de 26 años de edad. <b>Lesión o Desmembramiento del Empleado:</b> \$5,000 a \$10,000 dependiendo de la parte o partes del cuerpo.	
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.	
Atención Óptica	Los beneficios del “Signature Choice” de Vision Service (VSP) se proporcionan por medio el Fondo. Llame gratuitamente al (800) 877-7195 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. Refiérase al Grupo 00877000, División 10, Clase 10.	Además, de los beneficios proporcionados de VSP 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	Los beneficios de Prescription Solutions se ofrecen por medio del Fondo. <b>Las drogas deben estar en la lista del <u>Formulario de Drogas Cubiertos</u></b> . Usted paga el costo completo si toma una droga que no esta de la lista del Formulario de Drogas ni esta pre-autorizado por Prescriptions Solutions. <b>Al Menudeo</b> – El participante paga un copago de 30 días máximo surtido por receta como sigue: \$10 por genéricas; \$25 por medicinas de marca por receta <b>Pedidos por Correo</b> – El participante paga un copago de 90 días máximo surtido por receta como sigue: \$20 por genéricas; \$50 por medicinas de marca por receta Para las drogas de mantenimiento es preferido de comprar los por el servicio por correo. Después del 3 <sup>er</sup> re-surtido de recetas usted pagará un copago doble por las drogas que pueda comprar por medio del servicio por “Pedidos por Correo”	<b>Al Menudeo</b> – El participante paga un copago por receta como sigue: 30 días máximo surtido por receta. Genéricas - \$10 Medicinas de Marca - \$25  Pedidos por Correo – El participante paga un copago por receta como sigue: 100 días máximo surtido por receta Genéricas - \$20 Medicinas de Marca - \$50  No se cubre recetas autorice por doctores que no son parte de Kaiser Permanente.
Números Gratuitos	1-888-245-5005	1-800-464-4000; 1-800-788-0616 (Español) (Refiérase al Grupo 500-0000 al llamar)

Revisión – 1 de septiembre 2011

**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 sustituto de las disposiciones de las Reglas y Reglamentos del Fondo del Contrato con Kaiser.**

<sup>1</sup>. Usual, Acostumbrado y Razonable – UAYR.



**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 SEPTIEMBRE DE 2011**

INFORMACIÓN GENERAL	Delta Dental of California		Pacific Union Dental	DeltaCare USA
	Delta Dental Premier	Delta Dental PPO		
<b>Tipo de Plan</b>	<b>Plan Tradicional CARGO-POR-SERVICIO.</b> Paga beneficios de acuerdo a una Tabla de Asignaciones. Usted paga la diferencia entre La Asignación y los gastos del dentista.	<b>Plan PPO.</b> 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.	<b>Plan Prepagado - HMO.</b> Usted escoja un dentista de Pacific Union para proveer todos los servicios incluyendo remisión a la especialista.	<b>Plan Prepagado - HMO.</b> Usted escoja un dentista de DeltaCare USA para proveer todos los servicios incluyendo remisión a la especialista.
<b>Área de Cubierta</b>	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. (Red limitada)	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 USA en su área.
<b>Selección de Dentista</b>	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 USA para todos los servicios y remisiones y debe ser proveído por un dentista de USA. No pagara los beneficios de servicios dentales que no sean de USA.
<b>Deducible Año del Plan</b>	\$100 por persona \$300 por familia	\$100 por persona \$300 por familia	Ninguno	Ninguno
<b>Máximo Anual</b>	\$2,000 por persona Plan Activo	\$2,000 por persona Plan Activo	No hay un máximo	No hay un máximo
<b>Costos del Propio Bolsillo</b>	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
<b>Beneficios Ortodónticos</b>	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.