

Cement Masons Trust Funds for Northern California

4160 Dublin Blvd. Suite 100, Dublin, CA 94568

Telephone: (707) 864-3300 • TOLL FREE (888) 245-5005 • FAX (925) 833-7301

INFORMACIÓN IMPORTANTE - POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

July 2026

To: Cement Masons for Northern California Health and Welfare Trust Fund Plan Participants

Re: Inscripción Abierta del Plan Dental Anual

Estimado Participante:

La inscripción abierta para los planes dentales comienza el 1 de octubre y termina el 15 de diciembre para una fecha de efectividad del 1 de enero. Esto te brinda la oportunidad de cambiar tu opción de plan dental actual. **Si no desea cambiar su elección de plan dental, no necesita hacer nada en este momento.**

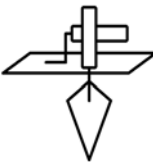
Adjunto encontrará un formulario de inscripción y una comparación de beneficios para cada opción de plan dental. Por favor, revise la comparación de beneficios. Por favor, revise la comparación de beneficios. Para encontrar un dentista para cada una de las diferentes opciones de plan, puede visitar los siguientes sitios web o llamar a los números de teléfono que se indican a continuación:

- For Delta Dental (PPO Dental Option): go to deltadentalins.com or call 1 800-471-0287.
- For DeltaCare USA (HMO Dental Option): go to deltadentalins.com or call 1-800-422-4234
- For United Healthcare Dental – go to myuhcdental.com and select “Find a Dentist”, then “California Select Managed Care Direct Compensation”, or call 1-800-999-3367.

Si tiene alguna pregunta sobre el cambio de su Plan, comuníquese con la Oficina de Fiducia para obtener más información. Si decide cambiar su Plan, complete el formulario de inscripción adjunto por completo y devuélvalo en el sobre con dirección prepagada antes del 15 de diciembre de 2026. Si no recibimos un formulario completo de su parte, seguirá estando cubierto por el plan dental actual que ha elegido.

Sinceramente,

Oficina Administrativa



FONDO FIDUCIARIO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS ALBAÑILES DEL CEMENTO DEL NORTE DE CALIFORNIA

Bldv. Dublín 4160, Suite 100
Dublín, CA 94568
Teléfono: (707) 864-3300 o (888) 245-5005
Dirección de Correo Electrónico: nccminfo@hsba.com

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL FONDO

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

HCID: HA

CÓDIGO DE ELEGIBILIDAD/NÚM. DE GRUPO:

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PLANES DENTALES PARA ACTIVOS Y RETIRADOS

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Imprima o escriba solo con tinta negra)

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NOMBRE: PRIMER	SEGUNDO	APELLIDO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (no Apartado Postal)		CIUDAD	ESTADO
CÓDIGO POSTAL			
NÚM. DE TELÉFONO	SINDICATO LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
()		DÍA MES AÑO	☐ MASCULINO
			☐ FEMENINO
			ESTADO CIVIL
			☐ SOLTERO
			☐ CASADO

OPCIONES DE PLANES DENTALES

IMPORTANTE: Usted y sus Personas dependientes deben estar inscritos en el mismo Plan dental. Marque sólo una casilla.

☐ **Delta Dental.** Puede acudir a cualquier dentista, pero los gastos de su bolsillo serán menores si acude a un dentista participante de Delta Dental.

☐ **DeltaCare USA.** Debe seleccionar un Consultorio Dental del Directorio de Consultorios Dentales Participantes de Delta Care:
Nombre del Consultorio Dental: _____ Centro Nro.: _____

☐ **UnitedHealthcare Dental.** Debe seleccionar un dentista o grupo dental del Directorio de Proveedores Dentales de UnitedHealthcare:
Nombre del Dentista: _____ Nro. del Dentista: _____

INFORMACIÓN SOBRE LAS PERSONAS DEPENDIENTES (Enumere a todas las personas dependientes que reúnan los requisitos para ser inscritos. Utilice el reverso de la página si necesita más espacio).

NOMBRE E INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE (Y APELLIDO SI ES DIFERENTE AL DEL EMPLEADO)	FECHA DE NACIMIENTO D/M/A	RELACIÓN DE LA PERSONA A CARGO	USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL FONDO
1.		CÓNYUGE	
2.		☐ HIJO ☐ HIJA	☐ ESTUDIANTE
3.		☐ HIJO ☐ HIJA	☐ ESTUDIANTE
4.		☐ HIJO ☐ HIJA	☐ ESTUDIANTE
5.		☐ HIJO ☐ HIJA	☐ ESTUDIANTE

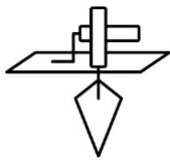
Entiendo que una vez que haya seleccionado un Plan, no podré cambiar a otro Plan hasta la próxima Afiliación Abierta. Acepto las prestaciones, deducciones, copagos, exclusiones y demás condiciones del contrato de grupo del Plan. Su solicitud no será aceptada sin su firma. Devuelva este formulario de afiliación a la Oficina del Fondo.

Importante: Si se inscribe en DeltaCare USA o UnitedHealthcare Dental, cualquier disputa que pueda surgir entre usted y el Plan Dental estará sujeta a arbitraje vinculante.

Fecha: _____ Firma del Participante: _____

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL FONDO (Por favor, no escriba en este espacio)

☐ NUEVO EMPLEADO	☐ INSCRIPCIÓN ABIERTA	OBSERVACIONES:
☐ COBRA - FECHA DEL EVENTO CALIFICADOR _____		FECHA: _____ POR: _____



CEMENT MASONS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND

COMPARACION DE PLANES DENTALES EFECTIVOS EN ENERO 1, 2027

Características del plan	Delta Dental of California		UnitedHealthcare Dental	DeltaCare USA
	Delta Dental Premier	Delta Dental PPO		
Tipo de Plan	Plan Tradicional de PAGO-POR-SERVICIO. Procedimientos dentales son pagados de acuerdo a la Tabla de Valores Máximos (TVM). Usted paga la diferencia entre la cantidad cubierta por el plan y la tarifa del dentista.	Plan PPO. Dentistas en el plan Delta Dental PPO negocian tarifas que son mucho más bajas que las del Plan Delta Dental Premier. Procedimientos son pagados de acuerdo a la Tabla de Valores Máximos(TVM). Usted paga la diferencia entre la tarifa del dentista y la cantidad cubierta por el plan.	Plan de tipo HMO pre-pagado. Pre-selección no es necesaria para un dentista de UnitedHealthcare, el cual provee todos los servicios incluyendo referidos a Especialistas.	Plan de tipo HMO pre-pagado. Usted selecciona un dentista de DeltaCare, el cual provee todos los servicios incluyendo referidos a Especialistas.
Area de Cobertura	Mas de 9,000 dentistas del Northern California Dental Premier. Para la lista de dentistas PPO en su area, llamar a Delta Dental al teléfono gratuito 1-888-335-8227. www.deltadentalins.com	Para la lista de dentistas PPO en su area, llamar a Delta Dental al teléfono gratuito 1-888-335-8227. www.deltadentalins.com (La Red es limitada).	Oficinas Dentales alrededor de todo el Norte de California. Llame al 1-800-999-3367 para encontrar un dentista en su área.	Oficinas Dentales alrededor de todo el Norte de California. Llame al 1-800-422-4234 para encontrar un dentista en su área.
Opción de Dentistas	Cualquier dentista. Aunque usted pagaría menos de su bolsillo cuando usa un dentista del Delta Dental Premier por que las tarifas ya han sido acordadas y el dentista no le puede facturar más de la cantidad estipulada.	Visite a un dentista Delta Dental PPO para tarifas más bajas pagadas de su bolsillo. Usted es libre de usar el dentista de su predilección, aunque el pago sería mas bajo si usa a un dentista Delta Dental Premier, y aún mucho más bajo si usa un dentista Delta Dental PPO.	Dentistas de UnitedHealthcare solamente. Todos los servicios y referidos deben ser realizados por un dentista de UnitedHealthcare. Beneficios no serán cubiertos si los servicios dentales son realizados por dentistas que no sean parte de UnitedHealthcare.	Dentistas de DeltaCare USA solamente. Todos los servicios y referidos deben ser realizados por un dentista de DeltaCare USA. Beneficios no serán cubiertos si los servicios dentales son realizados por dentistas que no sean parte de DeltaCare USA
Deducible Anual	\$0 por persona, \$0 por familia Servicios diagnósticos o preventivos no aplican al Deducible Anual.	\$100 por persona, \$300 por familia Servicios diagnósticos o preventivos no aplican al Deducible Anual.	Ninguno	Ninguno
Máximo Anual	\$2,000 por persona Beneficios preventivos o diagnósticos realizados por otros dentistas no aplican a la cantidad máxima anual.	\$2,000 por persona Beneficios preventivos o diagnósticos realizados por otros dentistas no aplican a la cantidad máxima anual .	No Hay Máximo	No Hay Máximo
Costos de Su Bolsillo	Beneficios diagnósticos o preventivos son cubiertos al 100% URA. Otros servicios adicionales son pagados de acuerdo a la TVM . Usted paga la diferencia entre la tarifa del dentista y la cantidad cubierta por el plan.	Beneficios diagnósticos o preventivos son cubiertos al 100% URA. Otros servicios adicionales son pagados de acuerdo a la TVM . Usted paga la diferencia entre la tarifa del dentista y la cantidad cubierta por el plan.	Co-pagos mínimos	Co-pagos mínimos
Beneficios de Ortodoncia	\$1,500, máximo de por vida, para empleados Activos y sus hijos dependientes, inscritos en el Programa Promesa del Fideicomiso.	No Está Cubierto	Tarifa inicial de \$350.00. Co-pago por el miembro de hasta \$1,500.00. Cobertura para el miembro, conyugue y niños dependientes comenzando a los 10 años.	Tarifa inicial de \$350.00. Cobertura para adultos es de hasta \$1,800.00 y para niños dependientes de hasta \$1,600.00.