



Laborers

Boletín de Beneficios

Para ayudarle a entender sus beneficios

Cancelación del Plan de Kaiser

1º de marzo de 2009

Sólo Participantes Retirados

A mediados de diciembre, recibirá la información siguiente para ayudarle a escoger un Plan de Salud.

Comparación de Beneficios

Describe sus opciones del Plan e incluye una lista de los costos mensuales por cada Plan.

Formulario de Solicitud

Escriba el Plan que va a escoger. Devuelva el Formulario a la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

Formulario de Cancelación de Inscripción

Miembros del Plan Senior Advantage de Kaiser (Medicare)

Le permite coordinar su cobertura Medicare con la del Plan de Pago Directo. Devuélvalo a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a *más tardar el 13 de febrero de 2009*.



Si no escoge un Plan para el 13 de febrero de 2009, automáticamente quedará inscrito en el Plan de Pago Directo con vigencia del 1º de marzo de 2009. Tiene libertad de hacer un cambio de Plan en cualquier momento a uno de los otros Planes de Retirados,

dos veces como máximo en un año calendario, si por alguna razón estuviera descontento con su primera selección.

Si tiene alguna pregunta, le sugerimos que asista a una de las reuniones especiales que se llevarán a cabo en diciembre en diferentes oficinas de las uniones locales. La Oficina del Fideicomiso le enviará pronto una lista de los lugares, fechas y horas en que se llevarán a cabo las reuniones.

Los Representantes del Fondo de Fideicomiso estarán disponibles en cada reunión para contestar preguntas sobre las diversas opciones del Plan. Además, habrá ayuda disponible para ayudarle a llenar los formularios necesarios que se requieran para completar su selección del Plan.

IMPORTANTE

Se incluye con este número del Boletín de Beneficios

• VSP Sistema de Quejas

CLAREMONT

Incertidumbre Económica

Sólo Participantes del Plan Activo

Claremont ofrece consultas gratuitas con expertos financieros para ayudarle con sus preguntas sobre dinero:

- ¿Qué debo de hacer si no puedo pagar mi hipoteca?
- ¿Qué cuentas asegura la FDIC?
- ¿Cómo puedo manejar mi crédito y mi deuda?
- ¿Cómo puedo ahorrar e invertir para mi retiro?
- ¿Qué puedo hacer para evitar la bancarrota?

Mientras tanto, hay algunos cuantos principios básicos que nos pueden beneficiar a todos:

- Viva dentro de sus posibilidades. Considere ahorrar al menos 10% de su ingreso anual. Antes de que pase mucho tiempo, tendrá un buen cojín que le ayudará a suavizar los golpes de las cosas inesperadas que sucedan.
- No se estrese en cosas que no puede controlar. No podemos controlar si habrá una tormenta mañana ni tampoco podemos controlar el mercado de valores. Lo que sí podemos hacer, sin embargo, es tomar la iniciativa para prepararnos para lo que pudiera ocurrir.
- Concéntrese en lo que es más importante en la vida. A todos se nos otorga una cierta cantidad de tiempo en esta tierra y nos conviene utilizar ese tiempo inteligentemente.

Los participantes activos y sus familiares elegibles pueden aprovechar los muchos servicios y recursos que proporciona Claremont sin ningún costo.

Anthem Blue Cross

Reclamos



Es importante que le indique a su proveedor que todos los reclamos deben ser enviados directamente a Anthem Blue Cross.

Si le enviarlo a la Oficina del Fondo, *se demorará el pago de ese reclamo.*



Términos del Plan

Coseguro: El porcentaje que usted paga como parte de los costos médicos además del copago y el deducible del Año del Plan.

Cuando un participante utiliza la sala de emergencias, pagará el deducible del Año del Plan, el copago y el coseguro. El Fondo paga el saldo de la factura *después* de que se haya cubierto el deducible del Año del Plan y el copago.

EJEMPLO

TOTAL QUE SE DEBE POR VISITA DE EMERGENCIA
\$1,698.00

PLAN ACTIVO		
Punto	PPO en La Red	PPO Fuera de La Red
Deducible por Año del Plan \$150/individual	\$ 150.00	\$ 150.00
Copago	\$ 25.00	\$ 50.00
Coseguro	10% de la tarifa negociada	30% de los cargos cubiertos
Cantidad	\$ 152.30	\$ 449.40
Parte del costo Total	<u>\$ 327.30</u>	<u>\$ 649.40</u>
El Fondo paga	\$1,370.70	\$1,048.60

RETIRED PLAN		
Punto	PPO en La Red	PPO Fuera de La Red
Deducible por Año del Plan \$150/individual	\$ 150.00	\$ 150.00
Copago	\$ 25.00	\$ 50.00
Coseguro	10% de la tarifa negociada	10% de los cargos cubiertos
Cantidad	\$ 152.30	\$ 149.80
Parte del costo Total	<u>\$ 327.30</u>	<u>\$ 349.80</u>
El Fondo paga	\$1,370.70	\$1,348.20

Plan de Activos Beneficio de Tratamiento de la Dependencia Química

Sólo Participantes del Plan Activo

Claremont Behavioral Services proporciona el tratamiento de abuso de sustancias a los Obreros Activos y a sus dependientes elegibles.

CONSULTA EXTERNA

Las visitas son con consejeros de la red SOLAMENTE:

- Visitas 1-10: 100% de cobertura
- Visitas 11-25: 85% de cobertura
- Visitas 26-40: 75% de cobertura
- Visitas 41-50: 50% de cobertura



INTERNADO

La cobertura en instituciones de la red SOLAMENTE:

Adulto

- 1er tratamiento 100% sin pasar de 30 días
- 2o tratamiento 50% sin pasar de 30 días
- \$10,000 beneficio máximo de por vida

Adolescentes

- 1 tratamiento solamente al 100% sin pasar de 45 días.
- \$12,500 beneficio máximo de por vida

Si usted o sus dependientes elegibles utilizan un centro de tratamiento de abuso de sustancias que no tenga contrato con Claremont, serán responsables de todo el costo.

Para programar el tratamiento por abuso de sustancias, contacte a Claremont: 800-834-3773.

Un Formulario Completo Mantiene sus Expedientes

Evítese los dolores de cabeza o preocupaciones por sus beneficios. Complete un Formulario de Inscripción por todos los cambios en su vida.



**Matrimonio Beneficiarios Divorcio Nacimiento Adopción
Tutoría Legal o Patria Potestad de un Hijastro**



Adjunte una COPIA de los documentos de apoyo por todos los cambios que quiera poner en vigencia como se indica en el Formulario de Inscripción. Esto evitará la frustración de un reclamo médico negado o que los beneficios se paguen al beneficiario incorrecto.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PROVEEDORES DE LOS BENEFICIOS

Delta Dental 800-765-6003 www.deltadentalca.org	Bright Now! Dental 888-274-4486 www.brightnow.com	Claremont Behavioral Services 800-834-3773 www.claremonteap.com	Vision Service Plan 800-877-7195 www.vsp.com	Health Net /Seniority Plus 800-522-0088 www.healthnet.com
DeltaCare USA 800-422-4234 www.deltadentalca.org	Pacific Union Dental 800-999-3367 www.pacificuniondental.com	Rx Solutions 800-562-6223 www.rxsolutions.com	Kaiser Permanente /Sr. Advantage 800-464-4000 www.kaiserpermanente.org	PacifiCare / Secure Horizons 800-624-8822 www.pacificare.com

Laborers Trust Funds for Northern California • (707) 864-2800 • www.norcalaborers.org



Sistema de Quejas

Como lo exigen las regulaciones de California, Vision Service Plan (VSP) proporciona a sus miembros la siguiente información:

Si un miembro de VSP tiene una queja/agravio de VSP y/o un doctor de la red VSP, podrá llamar inmediatamente al Departamento de Servicios a los Miembros de VSP al **800-877-7195** de lunes a viernes, de las 6:00 a.m. a las 7:00 p.m. (hora del Pacífico) o ir a la página de Internet www.vsp.com y completar la Forma de Quejas de los Miembros en línea. También podrá presentar una queja por escrito a VSP a 333 Quality Drive, Rancho Cordova, California 95670.

Al recibir su queja verbal o escrita, VSP le responderá por escrito reconociendo el recibo /o disposición de la queja dentro de cinco (5) días hábiles. VSP resolverá su queja dentro de treinta (30) días de la fecha de recibo y mantendrá su queja y la respuesta en los expedientes durante siete (7) años.

Notificación del Departamento de Atención a la Salud Administrada:

El Departamento de Atención de la Salud Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio de atención de la salud. Si usted tiene una queja en contra de un plan de salud, deberá primero hablar por teléfono a su plan de salud al **(800) 877-7195** y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de ponerse en contacto con el departamento. La utilización de este procedimiento de queja no impide ningún derecho o remedio potencial legal que usted pudiera tener a sus disposición. Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia, con una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que siga sin solución durante más de 30 días, podrá llamar al departamento para que le ayuden. También pudiera ser elegible para una Revisión médica Independiente. Si usted es elegible para una Revisión Médica Independiente, el proceso le proporcionara una revisión imparcial de las decisiones tomadas por un plan de salud en relación a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación por naturaleza y de las disputas de pagos por servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene un número telefónico gratuito **(1-888-HMO-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con impedimentos del oído y del habla. La página de Internet del departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> tiene formas de quejas, formas de solicitud de Revisión Médica Independiente e instrucciones en línea. El proceso de quejas del plan y el proceso de revisión de quejas del departamento son además de los procedimientos de resolución de disputas que pudieran estar a disposición de las personas cubiertas y si no se usan estos procedimientos no impedirá que la persona cubierta utilice los demás remedios que establezca la ley.