



Laborers

# Boletín de Beneficios

Para ayudarle a entender sus beneficios

## Elegibilidad para la Cobertura de Salud y Bienestar

Bajo el Plan de Obreros Activos, su empleador debe reportar sus horas de trabajo y sueldo así como las contribuciones mensuales al Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar por cada hora que usted trabaje en empleo cubierto. Sus horas pagadas se depositan en un "Banco de Horas" y su elegibilidad para la cobertura de Salud y Bienestar se inicia en el **PRIMER** día del **SEGUNDO** mes *después* de que usted tenga 440 horas en su "Banco de Horas."



Mes de Trabajo	mayo	junio	julio	Banco de Horas julio (-110) Deducción de Salud y Bienestar
Horas reportadas y pagadas por el Empleador	210	185	200	595 - 110 = 485

Por ejemplo, si su "banco de Horas" suma 485 horas al final de julio, habrá acumulado el número de horas suficiente para la elegibilidad en el Plan de Salud y Bienestar a partir del 1° de septiembre.

Recuerde que se toman 110 horas de su "Banco de Horas" por la cobertura de cada mes en el Plan de Salud.

Mes de Trabajo	agosto	septiembre	octubre	Banco de Horas noviembre
Saldo de Banco (+) Horas reportadas y pagadas y (-) Deducción de Salud y Bienestar	485 + 190 - 110	565 + 200 - 110	655 + 120 - 110	665

**Notar:** Para continuar con la cobertura mes con mes, debe mantener un saldo mínimo de 440 horas.

Para su protección, guarde todos los talones de los cheques de nómina. Si encuentra que trabajó más horas que las que se reportaron, póngase en contacto con la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

### Recuérdese

Cuando escriba un cheque para pagar:

#### Cuotas de la Unión:

Envíe el cheque a su Oficina Local de la Unión.

#### Servicios de los Proveedores:

Envíe el cheque al Proveedor del Servicio como se indica en el EOB.

Por favor no los envíe estos cheques a la Oficina del Fondo.



### Resumen de Los Beneficios

*Plan Activo*

El folleto del Resumen de Los Beneficios se ha adjunto con este Boletín de Beneficios.

Este folleto resume los beneficios disponibles a los participantes y dependientes.

# Atencion Miembros Previamente con Kaiser y Participantes Recién Elegibles

## Explicación de Beneficios (EOB)

Si usted ha visitado a un médico recientemente, el fondo le enviará un EOB pronto por correo. La EOB resume los servicios prestados por su médico.

Cada procedimiento muestra una "Cantidad Facturada" y una "Cantidad Negociada" o "Cantidad Permitida". Si utiliza los servicios de un proveedor del *Plan de Comprador Prudente* (PPO) de Anthem Blue Cross, la Explicación de Beneficios indica "Sí" en el Resumen de Facturación y la cantidad del proveedor que ha contratado el servicio aparece bajo la columna "Cantidad Negociada". Si no utiliza los servicios de un proveedor del PPO, aparece un "No" junto a "Participante" en el Resumen de Facturación. No hay ningún descuento si usa los servicios de un proveedor que no sea del PPO.

Las columnas A, B, y C muestran la Responsabilidad del

Paciente (cantidad que usted paga) para los copagos, deducibles y coseguros. El coseguro de un proveedor del PPO, 10%; si se trata de un proveedor que no sea del PPO, el coseguro es 30%. La diferencia entre la Cantidad Negociada/ Cantidad Permitida menos la responsabilidad del paciente bajo de las Columnas A, B, o C iguala el Pago del Fondo.

Si utiliza los servicios de un proveedor que no sea del PPO, la Responsabilidad del Paciente es la diferencia entre los Cargos Facturados y el Pago del Fondo. No hay ningún descuento – usted es responsable de los Cargos Facturados menos el beneficio que pague el Plan.

Revise siempre la EOB. Es su registro de cómo el Fondo de Fideicomiso procesó su reclamo de beneficios.

### Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California

220 Campus Lane Fairfield, CA 94534-1498 Telephone (707) 864-2800

#### Explicación de Beneficios

Este aviso resume los beneficios por el reclamo descrito en seguida.

Vea Información Importante al reverso

#### RESUMEN DE FACTURACIÓN

**NOMBRE DEL ASEGURADO:** J OBRERO  
**FECHA DEL SERVICIO:** 03/01/09-03/01/09  
**IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:** LA0006789  
**PROVEEDOR:** J PHYSICIAN, MD  
**NOMBRE DEL PACIENTE:** JOHN  
**PARTICIPANTE:** SÍ  
**CUENTA DEL PACIENTE:** 999999999  
**CARGOS TOTALES:** \$475.00

#### RESUMEN DE PAGO

**EXPEDIDO A:** PROVEEDOR  
**FECHA DEL CHEQUE:** 03/20/09  
**CANTIDAD DEL CHEQUE:** \$157.50  
**NÚMERO DEL CHEQUE:** 987654

#### ACLARACIÓN DE GASTOS FACTURADOS Y DETERMINACIÓN DE BENEFICIO

FECHAS DE SERVICIO DE A	DESCRIPCION DE SERVICIOS Y SOLICITUD DE BENEFICIOS	CANTIDAD FACTURADA	CANTIDAD NEGOCIADA	CANTIDAD PERMITIDA	A MENOS COPAGO	B MENOS DEDUCIBLE	C MENOS COSEGURA	PAGO DEL FONDO	RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE	VER NOTA ATRAS
03/01/09	99213 VISIT OFFICE/OTHER	\$100.00	\$75.00		\$15.00	\$60.00		\$0.00	\$75.00	1
03/01/09	41000 INTRAORAL INCISION	\$200.00	\$150.00			\$90.00	\$6.00	\$54.00	\$96.00	1
03/01/09	71020 CHEST X-RAY	\$175.00	\$115.00				\$11.50	\$103.50	\$11.50	1
<b>TOTALES</b>		\$475.00	\$340.00	\$0.00	\$15.00	\$150.00	\$17.50	\$157.50	\$182.50	

MENOS DESCUENTO DEL PPO \$135.00  
 MENOS PAGO DEL SEGURO PRIMARIO \$0.00  
 MENOS PAGO ANTERIOR \$0.00  
 MENOS REEMBOLSO DEL PROVEEDOR \$0.00  
 MENOS IMPUESTO DEL PROVEEDOR \$0.00  
 MENOS PAGO DEL FONDO \$157.50  
**RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE \$182.50**

Ni el paciente ni el Fondo de Fideicomiso son responsables de esta cantidad segun el convenio del Plan de Comprador Prudente.

←→ Cantidad de pago menos copago si lo pago en tiempo de visita al medico.

#### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PROVEEDORES DE LOS BENEFICIOS

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