



Laborers

Boletín de Beneficios

Ayudándoles a entender sus beneficios

El Programa de Mejoría de la Salud de los Obreros (HIP)

Active and Non-Medicare Direct Payment Plans

El Programa de Mejoría de la Salud de los Obreros es un programa personalizado, confidencial y voluntario que ayuda a las personas con preocupaciones de salud, como diabetes, enfermedades cardíacas, depresión, condiciones respiratorias, a manejar su salud en general. Profesionales de la salud altamente capacitados brindan apoyo personal e información de salud por teléfono y por correo. Se mantienen en contacto con usted en cuanto a su atención y progreso y están a una sola llamada de distancia cuando tenga alguna preocupación o pregunta importante sobre la salud. También mantienen involucrado e informado a su doctor para asegurarse que usted recibe la atención de la más alta calidad posible. Por ello, estará más saludable y feliz evitando complicaciones graves de salud y visitas al hospital o a la sala de emergencias.



El programa HIP está diseñado para atender toda su salud no solamente su condición médica crónica. Por ello, el equipo de Manejo de Enfermedades le ayudará a preparar un plan personalizado para mejorar su salud en general. Usted decide si quiere participar en el programa y qué tan involucrado quiere estar. También puede adaptar su programa personalizado considerando su horario tan ocupado para que pueda contar con el apoyo cuando sea más cómodo para usted.

- Los empleados elegibles se identificarán por medio de sus reclamos médicos y farmacia.
- Si tiene una condición crónica que esté cubierta por el programa, recibirá un paquete de bienvenida por correo así como una llamada de una enfermera para que pueda empezar.
- Durante el transcurso del programa, le llamarán enfermeras altamente capacitadas que pueden contestar preguntas generales sobre la salud, asesorarle sobre dieta y ejercicio, educarle sobre sus condiciones crónicas, ayudarle a fijar y lograr sus metas de salud, asegurarse que toma sus medicinas, obtener las pruebas apropiadas y seguir el plan de cuidado que su doctor tenga para usted.
- Los materiales educativos relacionados a sus condiciones crónicas también se le proporcionarán a lo largo del programa.

El Programa de Mejoría de la Salud de los Obreros es patrocinado por Healthways y ofrece la información y apoyo que necesita para lograr un nivel mayor de bienestar.

HEALTHWAYS - Health Improvement Program: 866-549-7419

Estado de Cuenta

Determinación de la Elegibilidad

Participantes Activos

La Oficina del Fondo enviará por correo el Estado de Cuenta a todos los Obreros



Activos más tarde este mes. Este Estado de Cuenta enumera las horas reportadas y pagadas por su empleador en el periodo de trabajo de seis meses entre el 1° de febrero y el 31 de Julio de 2011.

Este Estado es uno de los documentos más importantes. El Estado indica la cantidad de sus horas de trabajo que fueron reportadas y pagadas por los empleadores.

Estas horas determinan su elegibilidad de beneficios de salud y bienestar, créditos de pensión y proceder de beneficios y dólares de vacación y feriado.

Revise y asegúrese que todas las horas trabajadas fueron reportadas y pagadas. Si encuentra una discrepancia, llama el departamento de Accounts Receivable en la Oficina del Fondo.

Junto con este Boletín:

Notificación de Cobertura Acreditada de Recetas Medicas



Sala de Emergencias vs. Centro de Urgencias

Participantes del Plan de Pago Directo

Visitando los proveedores de la Organización de Proveedores Preferentes (PPO) en lugar de proveedores que NO pertenecen a esta red (NO-PPO), puede ahorrar dinero. Usted ahorrar más dinero visitando un Centro de Urgencias en lugar de una Sala de Emergencias (ER) cuando se trate de una situación que no amenace la vida.

Ejemplo: Juan Obrero lleva a su hija a la ER para dar tratamiento a un dolor de garganta. El costo del Centro de Urgencia es menos de la ER.

El Fondo Paga →	Urgencias: PPO 90%	ER: PPO 90%	ER Non-PPO 70%
Cuenta Médica	\$115	\$625	\$850
Copago	\$ 15	\$ 25	\$ 50
Coseguro	\$ 10	\$ 60	\$240
Costo de John	\$ 25	\$ 85	\$290

En el caso de situaciones que amenacen la vida, por ejemplo un ataque cardiaco, un ataque cerebral, envenenamientos y apendicitis, visite la Sala de Emergencias.

Alternativas a la Sala de Emergencia

Participantes del Plan de Pago Directo

¿Necesita encontrar Centros de Urgencia más cercanos? Anthem Blue Cross recientemente agregó la función de Búsqueda de Alternativas de Sala de Emergencias. El Buscador le permite ingresar su dirección o código postal para ubicar el Centro de Urgencias más cercano usando su computadora e ingresando el siguiente enlace: <http://www.meemolabs.com/wellpoint/ca.php>. Dé un clic en el título: [California | Anthem Clinic Locator](#). Cuando vea esta pantalla, escriba su dirección o código postal y luego dé un clic en el botón de búsqueda.

Find an ER alternative location near you

Search

Back to California



A la izquierda aparecerá una lista de las Clínicas de Salud Locales y los Centros de Urgencias dentro de 25 millas de la dirección o código postal que haya indicado.

Beneficio de Recetas Médicas

Plan de Activos – Plan de Pago Directo

Ahorrar dinero es fácil cuando compre *medicinas genéricas*. Si no está disponible una versión genérica, de todos modos puede ahorrar dinero al comprar una equivalente de marca que se encuentre en la lista del Formulario. El Formulario es la lista de medicina preferida cubierto por el Plan con un copago mas económico. Una receta médica que no esté en el Formulario (no formularia) cuesta más dinero en parte de ti y del Plan. El copago de una receta medica no formularia cuesta más de doble del copago de una marca de medicina genérica.

Tienda Local

Surtido de 30 días máximo por receta

Copago

Genérica: \$10

De Marca Formularia: \$20

De Marca No-Formularia: \$30

Servicio por Correo

Surtido máximo de 90 días por receta

Copago

Genérica: \$20

De Marca Formularia: \$40

De Marca No-Formularia: \$60

Cuando la versión genérica de una receta esté disponible y usted o su doctor escojan una de marca, usted pagará la diferencia en costo.



Siempre que sea posible pida a su doctor que le recete la versión genérica de la medicina.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

BENEFIT CONTACT INFORMATION

DELTA DENTAL
(PPO)
800-765-6003
deltadentalca.org

BRIGHT NOW! DENTAL
(HMO)
888-274-4486
brightnow.com

Rx SOLUTIONS
800-562-6223
rxsolutions.com

KAISER PERMANENTE
800-464-4000
kaiserpermanente.org

CLAREMONT EAP
800-834-3773
claremonteap.com

DELTACARE USA
(HMO)
800-422-4234
deltadentalca.org

PACIFIC UNION DENTAL
(HMO)
800-999-3367
pacificuniondental.com

VISION SERVICE PLAN
800-877-7195
vsp.com

HEALTH NET / SENIORITY PLUS
800-522-0088 • healthnet.com

HEALTHWAYS
Health Improvement Program
866-549-7419

ACLARACIÓN

El Boletín de Beneficios tiene por objeto dar información a usted y su familia en respecto a los beneficios disponibles y como usar estos beneficios efectivamente. Hay exclusiones y limitaciones en todos los Planes. Lea atentamente estos Reglas y Regulaciones de los Planes. Se deberán revisar todas las Reglas del Plan de Salud y Bienestar antes de procurar atención médica. Sus derechos como Participante o Beneficiario del Plan podrán determinarse solo consultando las Reglas y Reglamentos de los Planes.



LABORERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA
220 CAMPUS LANE • FAIRFIELD, CALIFORNIA 94534-1498
TELÉFONO 1-707-864-2800 Ó GRATIS AL 1-800-244-4530

NOTIFICACIÓN DE COBERTURA ACREDITABLE DE RECETAS MÉDICAS

Este documento es la Notificación de Cobertura Acreditable de Recetas Médicas que exige la ley.

A: Todos los Participantes del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California

Esta Notificación es para las personas que tienen Medicare. Si usted, o cualquiera de sus familiares elegibles son elegibles ahora o se harán elegibles a Medicare en el próximo año, por favor lea esta Notificación con cuidado y guárdela donde pueda encontrarla luego. **Si no sean elegibles a Medicare en el próximo año, puede desatender esta Notificación.**

Esta Notificación tiene información sobre su actual cobertura de recetas médicas con el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros y la cobertura de recetas médicas que está a disposición de las personas que tienen Medicare. También explica las opciones que tiene con el programa de recetas médicas de Medicare (la Parte "D" de Medicare) que pudiera ayudarle a decidir si quiere o no quiere participar en la Parte D de Medicare.

PUNTOS IMPORTANTES QUE DEBE TENER PRESENTES:

1. La cobertura de recetas médicas de Medicare se puso a disposición de todas las personas que eran elegibles para Medicare por vez primera en 2006. La cobertura estuvo disponible por medio de los planes de recetas médicas de Medicare y de los Planes Advantage de Medicare **que ofrecen cobertura de recetas médicas**, por ejemplo Health Net Seniority Plus, United Health Care Secure Horizons y Kaiser Permanente Senior Advantage. Todos los planes de recetas médicas de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura que fija Medicare. Algunos planes pudieran ofrecer más cobertura a cambio **de una prima mensual más alta.**
2. El Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros ha determinado que la cobertura de recetas médicas proporcionada por **el Plan de Pago Directo** es "**acreditable**". Acreditable significa que el valor de los beneficios de recetas médicas que ofrece **el Plan de Pago Directo** es, en promedio para todos los Participantes, al menos tan bueno como la cobertura de recetas médicas estándar de Medicare. Esto significa que se espera que el **Plan de Pago Directo** pague tanto en cobertura de recetas médicas como la cobertura de recetas médicas estándar de Medicare.
3. **Obreros Retirados y Dependientes Inscritos en Health Net Medicare COB con el Plan de Recetas Medicas, Health Net Seniority Plus, United Health Care Secure Horizons o Kaiser Senior Advantage, ofrecido por El Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar:**
 - ▶ Como persona inscrita en un HMO de Medicare con cobertura de recetas médicas (Health Net) o un Plan Advantage de Medicare (Seniority Plus, Secure Horizons o Senior Advantage), **automáticamente queda inscrito en el plan de recetas médicas de Medicare.**

Precaución: Si se inscribe en otro Plan de Recetas Médicas individual de Medicare, se cancelaría su inscripción en su actual Plan HMO de Medicare (Health Net) o un Plan Advantage de Medicare (Seniority Plus, Secure Horizons o Senior Advantage). Usted no puede ser inscrito en un Plan de Recetas Médicas secundario además de lo que es ofrecido por aquellos Planes. Si tiene interés en otro Plan de Recetas Médica de Medicare, usted debería llamar la Oficina de Fondo para ver lo que lo efectúa tendrá en su cobertura médica corriente **antes de que usted tome la decisión.**
4. Recuerde, que si usted es un Obrero Retirado o un dependiente de un Obrero Retirado, deberá inscribirse en las Partes A y B de Medicare una vez que sea elegible a Medicare. Si no lo hace, no recibirá el máximo en beneficios de hospital y médicos, sin importar cuál plan de salud escoja.

Debido a que su cobertura de recetas médicas actual es, bajo el **Plan de Pago Directo**, en promedio, al menos tan buena como la cobertura de recetas médicas estándar de Medicare, podrá conservar su cobertura de recetas médicas con el **Plan de Pago Directo** y **no necesitará inscribirse en un programa de Recetas (Médica la Parte D de Medicare)**. Si decide inscribirse en la cobertura médica en la Parte D de Medicare en algún momento futuro, no tendrá obligación de pagar una prima mayor porque tenía un plan de recetas médicas (bajo **el Plan de Pago Directo**) que era **“acreditable”**. Siempre y cuando esté inscrito en un plan de recetas médicas acreditable cuando sea elegible por vez primera para Medicare, y **mantiene este cobertura**, no se le sancionará con una prima mayor una vez que se inscriba en la Parte D de Medicare. **Excepción: vea adelante: “Que pasa si usted pierde o cancela su cobertura en el Plan de los Obreros.”**

Que las personas pueden inscribirse en el plan de recetas médicas de Medicare cuando sean elegibles por vez primera a Medicare y cada año posterior entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre**. Los beneficiarios cuya cobertura de grupo termine pudieran ser elegibles a un período de inscripción especial para apuntarse en la cobertura de recetas médicas de Medicare.

SUS OPCIONES SI ESTÁ INSCRITO EN EL PLAN DE PAGO DIRECTO SON:

1. **NO HACER NADA.** Puede conservar su cobertura actual de recetas médicas con el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros **Plan de Pago Directo**. No tiene que inscribirse en un Plan de Recetas Médicas de Medicare.
2. **INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE LA PARTE D DE MEDICARE.** Podrá conservar su cobertura actual de recetas médicas bajo **el Plan de Pago Directo** e inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare. (Recuerde que este no se aplica si usted inscriba en un Plan de Recetas médicas de Medicare HMO mencionado anteriormente). **Si decide inscribirse en el Plan de Recetas Médicas de Medicare, debe entender que tiene que pagar la prima por la Parte D de su propio bolsillo.** Además, no habrá ninguna reducción en la prima mensual que pague por la cobertura de hospital, médica y de recetas médicas por medio del Fondo de Fideicomiso. El Fondo de Fideicomiso no separará el costo de la cobertura de recetas médicas de la prima total que usted paga por **el Plan de Pago Directo**. Si le interesa inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare, debe comparar su cobertura actual, incluyendo las medicinas que se cubren con el costo de los planes de recetas médicas individuales de Medicare en su área.

¿QUÉ SUCEDE SI PIERDO O CANCELO LA COBERTURA EN EL PLAN DE FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE OBREROS Y NO ME INSCRIBA EN UN PLAN DE RECETAS MÉDICAS DE LA PARTE D DE MEDICARE?

Si cancela o pierde su cobertura en el Plan del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar y no se inscribe en un plan de recetas médicas de Medicare, **podría tener obligación de pagar una prima mayor como se explica enseguida:**

Si pierde la cobertura con los Obreros y se espera 63 días o más antes de inscribirse en una cobertura de recetas médicas que sea al menos tan buena como la cobertura de recetas médicas de Medicare, su prima mensual aumentará al menos en 1% al mes por cada mes en que no tenga la cobertura.

Por ejemplo, si deja pasar 19 meses sin tener cobertura **acreditable** de recetas médicas, su prima mensual por la cobertura de recetas médicas (Parte D) de Medicare será al menos 19% más alta de la que hubiera pagado si hubiera obtenido la cobertura **antes de que pasaran 63 días**. Además, podría tener obligación de esperarse hasta el mes de noviembre siguiente para inscribirse.

PARA MÁS INFORMACIÓN RESPECTO A ESTA NOTIFICACIÓN O SU ACTUAL COBERTURA DE RECETAS MÉDICAS, CONTACTE LA OFICINA DEL FONDO:

Recibirá esta Notificación anualmente y en otros momentos futuros (por ejemplo antes del siguiente período en que pueda inscribirse en la cobertura de recetas médicas de Medicare o si cambia la cobertura del **Plan de Pago Directo**). También podrá solicitar una copia de esta Notificación en cualquier momento.

MÁS INFORMACIÓN RESPECTO A SUS OPCIONES BAJO LA COBERTURA DE RECETAS MÉDICAS DE MEDICARE:

El manual Medicare and You tiene más información sobre los planes de Medicare que ofrecen la cobertura de recetas médicas. Todas las personas inscritas en Medicare recibirán una copia del manual por correo cada año directamente de Medicare. Los beneficiarios de Medicare también pudieran ser contactados directamente por los planes de recetas médicas aprobados por Medicare. Para más información sobre los planes de recetas médicas de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa de Asistencia Estatal con el Seguro de Salud para recibir ayuda personalizada (Vea el número telefónico en el manual Medicare & You).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). LOS USUARIOS DEL SISTEMA TTY DEBEN LLAMAR AL 1-877-486-2048.

En el caso de personas que tengan ingreso y recursos limitados, se dispone de ayuda extra para pagar los planes de recetas médicas de Medicare. La información sobre esta ayuda extra está disponible de la Administración del Seguro Social (SSA) en Internet en www.socialsecurity.gov, o llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde esta Notificación. Si se inscribe en uno de los nuevos planes de recetas médicas aprobados por Medicare, pudiera tener obligación de presentar una copia de esta Notificación al inscribirse para mostrar que no tiene obligación de pagar una prima más alta.

Fecha: 15 de septiembre de 2011

Nombre del Remitente: Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California

Contacto: Mr. Edward Smith, Fund Manager

Dirección: 220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1498

Número de Teléfono: 707-864-2800 o Gratis al 800-244-4530

En todos los casos, el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California se reserva el derecho de modificar los beneficios en cualquier momento de acuerdo con la ley aplicable.