

# The Benefit Package

Un Boletín Trimestral para los Obreros del Norte de California  Ontono 2010 #50

## Parte D de Medicare Cobertura Acreditable

### Participantes Retirados

# Rx

Su cobertura de recetas médicas que proporciona el Plan de Pago Directo se considera "acreditable".

Esto significa que el Plan de Pago Directo paga tanto en cobertura de recetas médicas como paga la cobertura estándar de recetas médicas de Medicare.

Si está inscrito en un Plan HMO Advantage de Medicare, esta automáticamente inscrito en un plan de recetas médicas de Medicare.

Si se inscribe o está inscrito en otro plan de recetas médicas individual de Medicare, se cancelará su inscripción en su actual plan HMO de Medicare (Health Net o United Health Care).

Podrá encontrar más información acerca de la Parte D en la página de Medicare en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

## ¿Que es la Coordinación de los Beneficios?

La Coordinación de los Beneficios ocurre cuando un participante está cubierto por más de un plan de salud. La Coordinación de los Beneficios evita el sobrepago o duplicación de la facturación de beneficios asignando un plan de salud para ser el pagador primario.

Primario significa que es el primer seguro al que se factura. Secundario significa que las otras compañías de seguros se facturan en segundo lugar.

Hay reglas específicas que determinan cuál de dos o más planes, que tenga cada uno disposiciones sobre la Coordinación de los Beneficios, paga todos sus beneficios y cuál se convierte en pagador secundario.

Por ejemplo: Si el Plan de Pago Directo es el pagador primario, el Plan pagará sus beneficios sin reducción. Si el Plan de Pago Directo es el pagador secundario, el Plan pagará beneficios por los gastos cubiertos que no pague el pagador primario.



## Cáncer de la Mama Factores de Riesgo



Un "factor de riesgo" es cualquier cosa que aumenta su riesgo de desarrollar el cáncer en la mama. Los factores de riesgo que no puede controlar incluyen la edad, el historial familiar y el historial médico. Los factores de riesgo que sí se pueden controlar incluyen su peso, su actividad física y el consumo del alcohol.

Si tiene curiosidad o le preocupan los factores de riesgo de cáncer, hable con su doctor.

## Deducible del Año de Plan

### Plan de Pago Directo

El deducible es la cantidad que usted paga por los gastos cada Año de Plan antes de que se paguen los Beneficios Medicos Amplios por el Plan de Pago Directo.

### Deducible (Plan Activo y Retirado):

\$150 por persona

\$450 por familia

### Año de Plan :

1º de marzo - 28 de febrero

## IMPORTANTE

En este número de *Benefit Package*:

- Notificación de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare\*
- Anuncio de Beneficios del Plan de Anuidad\*
- Notificación de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres de 1998\*

\*Estas notificaciones pudieran no aplicarse a usted.

### Cuenta Individual del Plan de Anuidad

Es elegible para recibir el dinero de su Cuenta Individual al ocurrir alguno de los siguientes eventos:

- (1) Cumple la edad de 65 años y no se han hecho Contribuciones a la Cuenta Individual del Empleado al menos durante 3 meses consecutivos; **o**
  - (2) Sin importar la edad, ha habido menos de 500 horas de trabajo para Empleadores Individuales por las que se hayan hecho contribuciones, o se requieran hacerse Contribuciones en cada uno de 2 años calendario consecutivos; **o**
  - (3) Derecho al Beneficio de Incapacidad del Seguro Social; **o**
  - (4) Los Participantes no Pertencientes a la Unión que estén recibiendo una pensión de *cualquier* Plan de Beneficio Definido patrocinado por un Empleador Contribuyente; **o**
- Con vigencia del 1 de enero de 2011
- (5) Trabaja menos de 1,000 horas en el periodo de 24 meses antes su fecha de Inicia de la Anuidad

Su Estado de Cuenta de Renta Vitalicia resume el valor de su Cuenta Individual como sigue:

Contribuciones recibidas

**más** Ingreso de Inversiones

**menos** Parte de los gastos

Consulte el Folleto de Descripción Resumida del Plan de Anuidad para más información.

### ¿Cuándo Soy Elegible para la Cobertura de Salud?

Bajo el Plan de Obreros Activos, su empleador debe pagar contribuciones mensuales al Fondo de Salud de Bienestar por todas las horas que usted trabaje. Estas horas pagadas se colocan en su BANCO DE HORAS.

Usted se hace elegible por vez primera a la cobertura de Salud y Bienestar en el **PRIMER** día del **SEGUNDO** mes después de que el total de horas en su banco alcance un mínimo de 440 horas.

En cada mes en que usted sea elegible para la cobertura, se hace una deducción de su banco de horas de 110 horas. Para mantener la elegibilidad continua, debe seguir trabajando suficientes horas para mantener un mínimo de 440 horas en su banco de horas. El número máximo de horas que puede acumular en su banco de horas es de 990 después de la deducción de 110 horas.

#### UN EJEMPLO DE SU BANCO DE HORAS

Mes de Trabajo	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
<b>Estado de cuenta del Banco de Horas</b>	0	210	395	485	495	385	385	415
<b>Horas Trabajadas</b>	210	185	200	120	None	None	140	None
<b>Subtotal</b>	210	395	595	605	495	385	525	415
<b>Deducción de Salud y Bienestar</b>	Ninguno	Ninguno	-110	-110	-110	Ninguno	-110	Ninguno
<b>Estado de cuenta del Banco de Horas</b>	210	395	485	495	385	385	415	415
<b>Mes de Elegibilidad</b>	NOV <b>NO</b>	DIC <b>NO</b>	ENE <b>YES</b>	FEB <b>YES</b>	MAR <b>YES</b>	ABR <b>NO</b>	MAY <b>YES</b>	JUN <b>NO</b>

Recuerde que la deducción de las 110 horas es para la elegibilidad del segundo mes siguiente. Si su banco de horas cae por debajo de 440, su elegibilidad terminará en el **ÚLTIMO** día del **SEGUNDO** mes siguiente.

Cobertura de Salud y Bienestar incluye:

- Médico
- Dental
- Óptico
- Diagnostico en Laboratorio
- Inmunizaciones e Inoculaciones
- Trastornos Mentales
- Tratamiento de Dependencia Química
- Recetas Medicas
- Equipo Medico Duradero
- Programa de Asistencia para los Empleados



## Encuentre un Doctor u Hospital de Anthem Blue Cross

*Plan de Pago Directo*



Anthem Blue Cross ofrece una manera rápida y fácil de encontrar doctores y hospitales participantes por medio del Internet.

Para encontrar un doctor u hospital siga estas instrucciones:

Vaya a [www.anthem.com/ca](http://www.anthem.com/ca)

Dé un clic en Find a Doctor (lado derecho de la pantalla) y luego dé un clic en “GO”

Escoja All Doctors and Facilities

Si va a buscar un doctor en su área local, siga este proceso de seis pasos:

1. Bajo New Member & Visitor Search, dé un clic en - Next
2. Escoja el Tipo de Plan – Large Group Plans
3. Escoja un Plan – Blue Cross PPO – Prudent Buyer
4. Escoja el Tipo de Proveedor – Health Facility, Physician, Specialist, etc.
  - a. Dé un clic en Next
5. Opciones de doctor – Escoja uno o más doctores oprimiendo la tecla Control
  - a. Dé un clic en Next
6. Escriba su dirección o Estado y Condado.

Revise sus resultados de opciones de doctores en forma de lista, mapa o directorio que puede descargar.

## Pago de Vacación y Feriado

Cada participante del Fondo de Vacación y Feriado recibe un Estado de Cuenta cada mes de marzo (el período de seis meses que va del 1° de agosto al 31 de enero) y septiembre (el período de seis meses que va del 1° de febrero al 31 de julio).



Compare sus talones de cheque de sueldo con la “Cantidad de Dinero” de Vacación y Feriado (*menos las Cuotas Suplementarias* si autorizó que se deduzcan) que se indican en el estado de cuenta.

Si la cantidad no compagina, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

La fecha para enviar por correo los cheques de Vacación y Feriado es el 29 de octubre.

## A la Cacería de Cargos



En esta economía, muchas personas prestan un cuidado especial a mantener tanto su dinero como sus tarjetas de crédito en sus carteras.

Sin embargo, el número y cantidad de cargos por todo tipo de cosas en los gastos y artículos diarios pueden ser como una aspiradora invisible de monedas de cinco centavos, diez centavos y dólares que de otra manera se podrían utilizar mejor.

¿Cuál es la solución? Conciencia de dónde se utilizan esta multitud de cargos, planes eficaces, un escrutinio de las facturas y, lo que es más importante, comparar antes de comprar.

Ésta es una lista de cargos que debe eliminar o reducir a un mínimo en los próximos meses:

- Cargos bancarios
- Cargos de las tarjetas de crédito
- Cargos por manejo de la cartera de inversiones
- Cargos por viaje

¡Consejos de  
Financiamiento gratis!

**CLAREMONT EAP**

800.834.3773  
[www.claremonteap.com](http://www.claremonteap.com)

# CALENDAR

En o cerca de esta fecha	Le enviaremos por correo	Usted debe
27 de octubre	Cheque del Beneficio de Pensión, mes de noviembre	Guarde el talón de cheque para sus expedientes.
29 de octubre	Cheque del Beneficio de Vacación Feriado	Envíe una formulario de Cambio de Domicilio si se mudó recientemente.
24 de noviembre	Cheque del Beneficio de Pensión, mes de diciembre	Guarde el talón de cheque para sus expedientes.
25-26 de noviembre	<b>El Día de Acción de Gracias</b> 	La Oficina del Fondo cerrará para celebrar este Día Feriado.
17 de diciembre	El Estado de Cuenta de Pension	Revise y reporte cualquier discrepancia con la Oficina del Fondo.
24 de diciembre	 <b>La Navidad</b>	La Oficina del Fondo cerrará para celebrar este Día Feriado.
28 de diciembre	Cheque del Beneficio de Pensión, mes de enero	Guarde el talón de cheque para sus expedientes.
31 de diciembre	 <b>El Año Nuevo</b>	La Oficina del Fondo cerrará para celebrar este Día Feriado.



Para ponerse en contacto con la Oficina del Fondo



Laborers Trust Funds  
220 Campus Lane  
Fairfield, CA 94534-1498



(707) 864 - 2800  
o gratuitamente al  
(800) 244 - 4530



Página de Internet:  
[www.norcalaborers.org](http://www.norcalaborers.org)

Benefit Package es publicado por la Oficina Administrativa de los Fondos de los Obreros del Norte de California, Inc. Tiene por objeto dar información a usted y su familia en respecto a los beneficios disponibles y como usar estos beneficios efectivamente. No tiene por objeto ser un sustituto de los documentos oficiales del Plan. Sus derechos como Participante o Beneficiario del Plan podrán determinarse solo consultando las Reglas y Reglamentos de los Planes. Por favor entregue sus comentarios y/o sugerencias por correo al domicilio que se indica arriba.

**Benefit Package**  
[www.norcalaborers.org](http://www.norcalaborers.org)

Laborers Funds Administrative  
Office of Northern California, Inc.  
220 Campus Lane  
Fairfield, CA 94534



PRSR STD  
U.S. POSTAGE  
PAID  
PERMIT #195  
OAKLAND CA

## **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 or 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 esta 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 noviembre y el 31 de diciembre. Los beneficiarios cuya cobertura de grupo terminen 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 **Direct Payment Plan**. 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, **pudiera 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, pudiera 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 de este plan de Salud y Bienestar, **Plan de Pago Directo**, de los Obreros). 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](http://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](http://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 octubre de 2010**

**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 ó 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.



Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California  
220 Campus Lane  
Fairfield, California 94534-1498  
Teléfono: (707) 864-2800 o Gratuitamente Free (800) 244-4530

**Ley de Derechos de Salud y Cancer  
De Las Mujeres de 1998  
Notificación Annual**

INCLUIDO CON *THE BENEFIT PACKAGE* - OCTUBRE DE 2010

A: Todos los Participantes Cubiertos en los Planes de Activo, Especial y Retirado

Cada año el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros tiene obligación de entregar la notificación siguiente que se aplica a las pacientes de cáncer en el seno que elijan hacerse cirugía reconstructiva en relación con una mastectomía.

De acuerdo a la ley federal, los planes de salud de grupo, las aseguradoras y los Planes HMO que proporcionen beneficios médicos y quirúrgicos en relación con una mastectomía deben proporcionar beneficios por la cirugía reconstructiva en consulta con el doctor que atienda a la paciente para:

- Reconstrucción del seno en que se llevó a cabo la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y
- Prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluso linfedemas.

La cobertura está sujeta a las disposiciones del Plan respecto al deducible, co-seguro y copago.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la Oficina del Fondo. También pueda enviarnos un correo electrónico a [customerservice@norcalaborers.org](mailto:customerservice@norcalaborers.org).

Atentamente,

CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS

**Laborers Pension Trust Fund for Northern California**  
**220 Campus Lane**  
**Fairfield, California 94534-1498**  
**Teléfono: (707) 864-2800 o Gratuitamente Free (800) 244-4530**

## **ANUNCIO IMPORTANTE**

INCLUIDO CON *THE BENEFIT PACKAGE* - OCTUBRE DE 2010

FECHA: 15 de octubre de 2010

A: Todos los Participantes del Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Obreros del Norte de **Plan de Anualidad**

ASUNTO: Pago de la Parte Acumulada

**Con vigencia del 1º de enero de 2011**, se agregó una nueva disposición al Plan de Anualidad que permitirá a un Empleado retirar su Parte Acumulada si tiene menos de 1,000 horas de trabajo para un Empleador Individual en el período de 24 meses anterior a su Fecha de Inicio de la Anualidad.

### **Ejemplo:**

- ▶ El Empleado empieza a trabajar para un Empleador Individual en junio de 2010.
- ▶ El Empleado trabaja menos de 1,000 horas para un Empleador Individual durante el período de 24 meses que se inicia el 1º de enero de 2010 hasta el 31 de mayo de 2012.
- ▶ La fecha más temprana en que el Empleado podrá retirar su Parte Acumulada es el 1º de junio de 2012 a menos que el Empleado cumpla con una de las demás reglas para el pago de su parte acumulada. Consulte la Sección 3.02, página 29 del Folleto del Plan de Renta Vitalicia de junio de 2007.

Este cambio agrega la subsección (5) a la Sección 3.02.a de las Reglas y Regulaciones del Plan de Anualidad.

Si tiene alguna pregunta sobre este Anuncio, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Atentamente,

Consejo de Fideicomisarios

**Este Anuncio tiene por objeto ser un resumen breve del cambio del Plan. No puede describir todas y cada una de las Disposiciones del Plan que pudieran ser relevantes a su situación. Deberá siempre consultar su Folleto del Plan para ver los detalles completos de su plan. Guarde todos los Anuncios Importantes con su Folleto del Plan para que tenga la información al día sobre el Plan.**