

Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California
220 Campus Lane
Fairfield, CA 94534-1498
1 (707) 864-2800 ó 1 (800) 244-4530
www.norcalaborers.org

ANUNCIO IMPORTANTE

FECHA: 1º de febrero de 2010
A: Todos los Participantes del Plan de Retirados
ASUNTO: Cambios en el Plan de Salud y Bienestar

Nos complace anunciar los siguientes cambios en el Plan de Salud y Bienestar de Retirados que fueron aprobados en la Reunión de Consejo de diciembre de 2009. Lea este Anuncio atentamente para que pueda ver cómo los cambios pudieran afectarle.

Planes de Plan de Pago Directo y HMO:

Los hijos dependientes elegibles que están inscritos en el Plan de Salud y Bienestar de Retirados podrán quedar cubiertos hasta la fecha en que cumplan 19 años; la cobertura pudiera extenderse hasta la fecha en que cumplan 23 años si son solteros, asisten a una institución educativa acreditada de tiempo completo, 8 unidades o crédito equivalente y si dependen principalmente del Empleado Retirado para su sostén; **es decir la “Extensión como Estudiante”**.

Con Vigencia del 1º de marzo de 2010: Un hijo o hija que haya calificado para la extensión como estudiante y que se enferme o se lesione de manera que le impida seguir asistiendo de tiempo completo (uno de los requisitos para continuar la cobertura), **pudiera** tener derecho a una extensión adicional de hasta un año, mientras que no pueda continuar como estudiante de tiempo completo.

Para que se le considere para la extensión, el doctor que atienda a dicho hijo o hija debe presentar una certificación escrita a la Oficina del Fondo de Fideicomiso señalando lo siguiente:

1. Que el hijo/a sufre una enfermedad o lesión; y
2. El permiso de ausencia del estatus estudiantil post-secundario causaría la pérdida de la cobertura según el Plan de Salud.

Si el hijo o hija califica, el período de un año se inicia en el primer día del permiso de ausencia que sea médicamente necesario y termina en la fecha primera entre, 1) un año después o, 2) la fecha en que la cobertura terminaría de otra manera según el Plan. Si su hijo dependiente no puede continuar asistiendo de tiempo completo debido a una enfermedad o lesión, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso para recibir los formularios necesarios para solicitar la extensión de la cobertura.

Sólo para el Plan de Pago Directo:

Con vigencia del 1º de marzo de 2010

Beneficio de Quiropráctica:

Visitas al Consultorio: Aumento del Beneficio de \$10 a \$40 por visita
Aumento del Beneficio de 12 a 20 visitas máximo por Año del Plan
Rayos-X: Aumento del Beneficio de \$65 a \$100 máximo por Año del Plan

Centros Quirúrgicos Ambulatorios No Participantes

Los servicios médicamente necesarios recibidos en un Centro Quirúrgico Ambulatorio **No Participante** se limitan a un máximo de **\$500 por día** sujeto al Deducible por Año del Plan. Si recibe un tratamiento Médicamente Necesario en un Centro Quirúrgico Ambulatorio **Participante** no hay **ningún cambio** al beneficio actual de 85% de la tarifa negociada en la red PPO sujeto al Deducible por Año del Plan.

Exclusión de Gastos “Sin Costo”

No se pagarán beneficios por servicios o suministros 1) por los cuales usted no tenga obligación de pagar, 2) que obtenga sin ningún costo para usted, ó 3) por los cuales no se le cobraría si el tratamiento no estuviera cubierto por el Fondo.

Área de Servicio de los Proveedores Preferentes

El Área de Servicio de los Proveedores Preferentes cubrirá **todos** los condados de California sustituyendo el texto que indicaba que el área de Servicio de los Proveedores Preferentes se limitaba a los 46 condados del Norte de California.

Sólo para el Plan de Pago Directo

Con vigencia del 1º de marzo de 2007

Aprobamos una Aclaración al Documento del Plan Enmendado y Reexpresado de marzo de 2007, Artículo III, Sección 3.e., *Excepciones*. El Gasto médicamente necesario en Consulta Externa en un Hospital se incluye en la *Excepción*. No hay ningún cambio en la manera en que la Oficina del Fondo de Fideicomiso ha estado procesando los exámenes desde marzo de 2007. Todos los reclamos han sido pagados de acuerdo con el Beneficio correcto del Plan.

Atentamente,

Consejo de Fideicomisarios

Este Anuncio tiene intención de ser un resumen breve del cambio en el Plan. No podrá describir todas y cada una de las Disposiciones del Plan que pudieran ser relevantes a su situación. Debe siempre consultar su Folleto del Plan para ver los detalles completos del Plan o, si es Miembro de un Plan HMO (Health Net o UnitedHealthcare), su Evidencia de Cobertura. Deberá guardar todos los Anuncios Importantes con su Folleto del Plan para que incluya la información al día sobre el Plan.

Guarde este Anuncio con su Folleto del Plan
Folleto del Plan de Salud y Bienestar de Retirados de marzo de 2007
Enmienda del Artículo I., Sección 7.b.(4)
Enmienda del Artículo III., Sección 3.f.(1)
Enmienda del Artículo III., Sección 3.e. primer párrafo de *Excepciones*
Enmienda del Artículo III., Sección 3.e. tercer párrafo de *Excepciones*
Enmienda del Artículo VI., agregando “y” a la Sección 1.
Enmienda del Artículo I., Sección 31
Inserto 5