



FONDO FIDEICOMISO DE LOS OBREROS PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DEL NORTE DE CALIFORNIA PLANES ACTIVO Y ESPECIAL PARA LOS PARTICIPANTES Y DEPENDIENTES ELIGIBLE RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE PAGO DIRECTO • 1 DE MARZO 2009

Deducible del Plan	\$150 por persona hasta \$450 por familia por Año del Plan (el 1 de marzo hasta el 28 de febrero). No es aplicable a los beneficios de Hospitalización, Examen Físico ni Recetas de Medicinas. Los gastos incurridos aplicados en contra del deducible en los últimos 3 meses de un Año Plan (diciembre, enero y febrero) se aplicarán contra el deducible por el siguiente Año Plan.
Máximo del Plan	\$1,500,000 por persona con reinstalación de \$2,000 por Año del Plan. Beneficio Máximo de por Vida no se aplica a los beneficios del Examen Físico ni Recetas de Medicinas.
Máximo Gasto del Propio Bolsillo por Año del Plan	\$3,000 por persona hasta \$6,000 por familia por Año del Plan. Los gastos del propio bolsillo incluyen Deducible del Plan, Copagos, Coseguros, y el 10% de Copago por Hospitalización por los cargos de proveedores que sean del Plan del Comprador Prudente. NO incluye los copagos por visita al Doctor o por Salas de Emergencia, las sanciones por no utilizar un hospital del Plan del Comprador Prudente o por no obtener la Revisión de Utilización, Coseguro por los cargos de proveedores que no sean del Plan del Comprador Prudente, las exclusiones y limitaciones del Plan.
Hospitalización Medica/Cirugía Salud Mental Atención Prolongada Abuso del Alcohol y de Substancias	Plan de Comprador Prudente: 90% de los primeros \$10,000 de las tarifas negociadas, y después 100% para servicios de hospital médicamente necesarios. No en el Plan de Comprador Prudente: 70% (10% de copago regular mas 20% por no usar un proveedor del Plan de Comprador Prudente) de los primeros \$10,000 de los cargos cubiertos y después 100%. (Excepción: En casos de emergencia de miembros que residan fuera del área de servicio – los beneficios son pagaderos al 90% en lugar al 70%). DEBE SER PROPORCIONADO POR CLAREMONT BEHAVIORAL SERVICES. ADULTO: 1er tratamiento: 100% de la tarifa del contrato, sin pasar de 30 días. 2° tratamiento: 50% de la tarifa del contrato, sin pasar de 30 días. ADOLESCENTES: 1er tratamiento: 100% de la tarifa del contrato, sin pasar de 45 días. Beneficio máximo de por vida: Adulto - \$10,000; Adolescente - \$12,500.
Servicios Externos en Hospital	Plan de Comprador Prudente - 90% de las tarifas negociadas, después del pago del Deducible. No en el Plan de Comprador Prudente – 70% de los cargos cubiertos, después del pago del Deducible.
Sala de Emergencia en Hospital	Plan de Comprador Prudente - 90% de la cuota negociada menos \$25 de copago y después del pago del Deducible. No en el Plan de Comprador Prudente - 90% de los cargos cubiertos menos \$50 de copago y después del pago del Deducible. Se dispensa el copago bajo ciertas circunstancias.
Centro Quirúrgico Ambulatorio	Plan de Comprador Prudente - 90% de las tarifas negociadas. No en el Plan de Comprador - 70% de los cargos cubiertos.
Atención de Salud en Casa	90% de las tarifas negociadas, después de pago del Deducible. Anthem Blue Cross deberá dar autorización previa.
Atención en Hospicio	90% de los cargos cubiertos, después de pago del Deducible. Anthem Blue Cross deberá dar autorización previa.
Visita al Consultorio del Doctor	Plan del Comprador Prudente - 100% de la tarifa negociada después de copago de \$15 y pago del Deducible. No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR* después de copago de \$15 y pago del Deducible. No se aplica el copago por visita al Examen Físico de Adulto, de Bebe en Salud, Atención de Quiropráctica o visitas de Salud mental en consulta externa.
Cargos del Doctor en Sala de Emergencia	Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada, después del pago del Deducible. No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR, después de pago del Deducible. Excepción: Pagadero en 90 % de UAYR si utiliza un hospital del Plan de Comprador Prudente.
Examen Fisico/Examen Fisico de Bebe	Participante o cónyuge – máximo de \$300 por Año de Plan. El Deducible no se aplica. Hijo mayor de 2 años de edad – máximo de \$200 por Año de Plan. El Deducible no se aplica. Cargos por los hijos dependientes hasta la edad de 2 años son pagaderos como visitas rutinas – estas visitas no estan sujetas al \$200 máximo por Año de Plan.
Cargos del Cirujano	Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada, después de pago del Deducible. No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR, después de pago del Deducible.
Servicios de Laboratorio	Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada, después de pago del Deducible. No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR, después de pago del Deducible. .
Diagnostico Rayos X,	Plan del Comprador Prudente -90% de la tarifa negociada, después de pago del Deducible.

MRI y Tomografía Computarizada	No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR, después de pago del Deducible.
Inmunizaciones e Inoculaciones (Vacunas)	Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada, después de pago del Deducible. No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR, después de pago del Deducible.
Tratamiento en Consulta Externa de Salud Mental	Limite de 40 visitas por Año del Plan. Plan del Comprador Prudente – 50% de la tarifa negociada, después de pago del Deducible. No en el Plan del Comprador Prudente – 50 % de UAYR, después de pago del Deducible.
Consulta Externa por Tratamiento de Alcohol Dependencia Química	DEBE SER PROPORCIONADO POR CLAREMONT BEHAVIORAL SERVICES. Visitas 1 - 10: 100% de cobertura; Visitas 11 - 25: 85% de cobertura Visitas 26 - 40: 70% de cobertura; Visitas 41 - 50: 50% de cobertura
Beneficios de Quiropráctica	\$40 por visita hasta 20 visitas. Limite de \$100 por Rayos-X por Año del Plan, después del pago del Deducible.
Terapia Ocupacional Terapia Física	Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada, después de pago del Deducible. No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR, después de pago del Deducible.
Ayudas Auditivas	Hasta \$750 por aparato para cada oído una vez cada 36 meses, después de pago del Deducible.
Ambulancia	Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada. No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR, después de pago del Deducible. Excepción: Condición que amenace su vida, 90% pagadero de UAYR. Ambulancia aérea cubierta en condiciones que amenacen su vida.
Equipo Medico Duradero	Debe ser recetado por un Doctor. Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada, después de pago del Deducible. No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR, después de pago del Deducible.
Anestesia	Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada después de pago del Deducible. No en el Plan del Comprador Prudente - 70% de UAYR después de pago del Deducible.
Atención Medica en un País Extranjero	Los beneficios se aplican al tratamiento en todas partes de los Estados Unidos, sus territorios y posesiones. Los gastos incurridos fuera de los Estados Unidos no son cubiertos excepto Servicios de Emergencia como definido por el Plan.
Beneficios de Muerte, Muerte Accidental, y Desmembramiento	Muerte del Participante: \$15,000 mas \$15,000 adicionales si la muerte es el resultado de un accidente. Lesión o Desmembramiento del Participante: \$7,500 a \$15,000 dependiendo de la parte o partes del cuerpo. Muerte del Cónyuge: \$7,500. Muerte de un Hijo: \$500 de la edad de 24 horas hasta 2 años de edad; \$750 para las edades de 2 años hasta 5 años; \$1,000 por edades de 5 años hasta 19 años de edad.
Atención Dental	El Fondo ofrece cuatro opciones para la atención Dental – vea la Comparación de los Planes Dentales. Hay ciertos empleadores que no contribuyen a la cobertura dental. Llame a la Oficina del Fondo para acreditar si su empleador hizo la contribución). 1. Delta Dental. Refiérase al Grupo #2211-0001 Plan Activo #2211-0002 Plan Especial. 2. DeltaCare USA. Refiérase al Grupo #00742-0001 Plan Activo #00742-0002 Plan Especial. 3. Bright Now! Refiérase al Grupo #NCLU 01 Plan Activo o Grupo #NCLU 02 Plan Especial. 4. Pacific Union Dental. Refiérase al Grupo #95487 Plan Activo o Grupo #95486 Plan Especial.
Atención Óptica	Los beneficios del “Value Plan” de Vision Service (VSP) se proporcionan por medio del Fondo. Pagaderos cada 12 meses para exámenes y lentes, 24 meses para armazones. \$10 del deducible por examen y \$20 del deducible por lentes y armazones. Plan Activo – Refiérase al Grupo #00860000, División 4, Clase 2. Plan Especial - Refiérase al Grupo #00860000, División 2, Clase 1.
Recetas de Medicinas	AL MENUDEO (<i>FARMACIAS PARTICIPANTES</i>) Cantidad de copago - 30 días por receta. <ul style="list-style-type: none"> ◇ \$10 por medicina genérica. ◇ \$20 por medicina de marca del formulario*. ◇ \$30 por medicina de marca NO del formulario FARMACIA CON SERVICIO POR CORREO Cantidad de Copago - 90 días por receta. <ul style="list-style-type: none"> ◇ \$20 por medicina genérica. ◇ \$40 por medicina de marca del formulario*. ◇ \$60 por medicina de marca NO del formulario*.. <p style="text-align: right;"><u>Pedidos por Correo es obligatorio para medicinas de mantenimiento.</u></p> <p>* Si se escoge una medicina de marca del formulario cuando esté disponible una genérica, usted pagará la diferencia en costo más el copago.</p>

*UAYR significa Usual, Acostumbrado y Razonable