



**FONDO DE FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS OBREROS DEL NORTE DE CALIFORNIA**  
**PLAN ACTIVO Y PARTICIPANTES DEL PLAN ACTIVO ESPECIAL Y SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES**  
**COMPARACIÓN DE BENEFICIOS DE LOS PLANES DE PAGO DIRECTO Y DEL KAISER PERMANENTE CON VIGENCIA DEL 1° DE MARZO DE 2011**

<b>CARACTERÍSTICAS del PLAN</b>	<b>PLAN DE PAGO DIRECTO</b>	<b>KAISER PERMANENTE</b>
Cuando puede cambiar el Plan	Podrá cambiar de Plan en cualquier momento hasta un máximo de dos veces en un año. Usted y sus dependientes elegibles no pueden partir la cobertura – eso quiere decir que usted no puede inscribirse en el Plan de Pago Directo si sus dependientes están inscrito en el Plan de Kaiser Permanente. Para cambiar el plan médico, solicite un Formulario de Aplicación del Planes Activo o Activo Especial de la Oficina del Fondo o en su Unión Local o visite el sitio del Web, <a href="http://www.norcalaborers.org">www.norcalaborers.org</a> , para imprimir el Formulario.	
Tipo de Plan	El Plan de Pago Directo proporciona beneficios médicos tradicionales de cargo por servicio. El Plan de Pago Directo ofrece beneficios a costos menores cuando se usa la Red del Plan de Comprador Prudente.	La atención se proporciona por doctores y personal medico del Centro de Kaiser ubicado en el área de servicio del miembro.
Área Geográfica Cubierta	EEUU, sus territorios y posesiones. Los servicios fuera de EEUU pueden ser cubiertos si debido a emergencia.	Puede inscribirse en el Plan de Kaiser Permanente si usted trabaja o vive en el área de servicio de Kaiser.
Selección de Doctores	Sin límite. El uso de los doctores del Plan del Comprador Prudente resultará en gastos menores del propio bolsillo.	Los miembros deberán utilizar un doctor de Kaiser.
Atención Especializada de la Red	Usted selecciona a cualquier especialista.	Auto-referencia a especialistas de optometría, dependencia química, psiquiatría, y OB/Gyn. Su doctor de Káiser Permanente lo refiere a otros especialistas.
Atención Especializada fuera de la Red	Usted selecciona a cualquier especialista.	Un especialista externo es un Compartimiento del Costo necesario para los servicios proporcionados por un Proveedor de Plan si el doctor de Káiser Permanente lo refiere.
Atención fuera del Área	Se aplican los beneficios fuera de la Red al tratamiento en cualquier sitio en EEUU, sus territorios y posesiones. Atención de emergencia fuera del EEUU esta cubierto solamente en circunstancia de emergencia.	Compartimiento del Costo para la atención de emergencia, atención de post-estabilización y fuera del área, atención urgente de un Proveedor que no es de Kaiser Permanente es el Compartimiento del Costo para un proveedor de plan.
Formas de Reclamo	Ninguna.	Requerido para la atención de emergencia, post-estabilización, y atención urgente fuera del área por los Proveedores que no son de Káiser Permanente.
Deducible del Plan	\$150 por persona hasta \$450 por familia por Año del Plan. No es aplicable a los beneficios de Hospitalización, Examen Físico ni Recetas de Medicinas. El Deducible aplicados en diciembre, enero y febrero se aplicarán contra el deducible por el siguiente Año de Plan.	\$150 por persona, máximo de \$450 por familia por Año Calendario. El Deducible aplicado en octubre, noviembre y diciembre se aplicarán contra el deducible por el siguiente Año Calendario.
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.	Ninguno. Se aplican algunas restricciones.
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.	\$3,000 por individual hasta \$6,000 por familia por Año Calendario.

<b>CARACTERISTICAS del PLAN</b>	<b>PLAN DE PAGO DIRECTO</b>	<b>KAISER PERMANENTE</b>
<p><b>Internado en Hospital</b> Medico/Quirúrgico</p> <p>Salud Mental</p> <p>Institución de Enfermería Especializada</p> <p>Abuso de Alcohol y de Substancias</p>	<p>Deducible no aplica.</p> <p>Plan de Comprador Prudente: 90% de los primeros \$10,000 de las tarifas negociadas, y después 100% para servicios de hospital médicamente necesarios.</p> <p>No en el Plan de Comprador Prudente: 70% (10% de copago regular más las sanciones de 20% por no utilizar 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 participantes que residan fuera del área de servicio – los beneficios son pagaderos al 90% en lugar al 70%).</p> <p><b>DEBE SER PROPORCIONADO POR CLAREMONT BEHAVIORAL SERVICES.</b></p> <p><b>ADULTO:</b> 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.</p> <p><b>ADOLESCENTES:</b> 1er tratamiento: 100% de la tarifa del contrato, sin pasar de 45 días. Beneficio máximo de por vida: Adulto - \$10,000; Adolescente - \$12,500.</p>	<p>Aplicable al Deducible.</p> <p>90% pagadero después del deducible para todos los beneficios cubiertos y servicios en un centro de Kaiser.</p> <p>90% pagadero después del deducible hasta 30 días por Año Calendario.</p> <p>90% pagadero después del deducible hasta 100 días por Año Calendario.</p> <p>90% pagadero después del deducible cuando Internado en Hospital solo para destoxicación en un centro médico de Kaiser Permanente.</p>
<p>Servicios Externos en Hospital</p>	<p>Aplicable al Deducible. Plan de Comprador Prudente - 90% de las tarifas negociadas. No en el Plan de Comprador Prudente – 70% de los cargos cubiertos.</p>	<p>Aplicable al Deducible. 90% pagadero por la mayoría de los servicios externos de hospital.</p>
<p>Sala de Emergencia en Hospital</p>	<p>Aplicable al Deducible. Plan de Comprador Prudente - 90% de la cuota negociada menos \$25 de copago.  No en el Plan de Comprador Prudente - 90% de los cargos cubiertos menos \$50 de copago. Se dispensa el copago bajo ciertas circunstancias.</p>	<p>Aplicable al Deducible. 90% pagadero. No se aplica el Deducible si lo hospitalizan.</p>
<p>Centro Quirúrgico Ambulatorio</p>	<p>Aplicable al Deducible. Plan de Comprador Prudente - 90% de las tarifas negociadas. Institución No en el Plan de Comprador Prudente, máximo pagadero por día \$500.</p>	<p>Aplicable al Deducible. 90% pagadero.</p>
<p>Atención de Salud en Casa</p>	<p>Aplicable al Deducible. 90% de las tarifas negociadas. Anthem Blue Cross deberá dar autorización previa.</p>	<p>100% pagadero hasta 100 visitas de 2-horas por Año Calendario autorizado por el medico para cuidado de media jornada, intermitente.</p>
<p>Atención en Hospicio</p>	<p>Aplicable al Deducible. 90% de los cargos cubiertos. Anthem Blue Cross deberá dar autorización previa.</p>	<p>100% pagadero cuando se seleccione como alternativa a los servicios tradicionales y los autorice un doctor del Plan.</p>
<p>Visita al Consultorio del Doctor</p>	<p>Aplicable al Deducible. 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<sup>1</sup> después de copago de \$15.</p>	<p>Aplicable al Deducible. \$15 de copago por visita.</p>
<p>Cargos del Cirujano</p>	<p>Aplicable al Deducible. Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada. No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR.</p>	<p>Aplicable al Deducible. 90% pagadero.</p>

<b>CARACTERISTICAS del PLAN</b>	<b>PLAN DE PAGO DIRECTO</b>	<b>KAISER PERMANENTE</b>
Cargos del Doctor en Sala de Emergencia	Aplicable al Deducible. Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada. No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR. Excepción: Pagadero en 90 % de UAYR si utiliza un hospital del Plan de Comprador Prudente.	Aplicable al Deducible. (No se aplica el Deducible si lo hospitalizan). 90% pagadero.
Laboratorio, Rayos X, MRI, Tomografía Computarizada, PET SCAN	Aplicable al Deducible. Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada. No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR.	Aplicable al Deducible. \$10 de copago por procedimiento para la mayoría de Rayos X y Laboratorio. \$50 de copago por MRI, Tomografía Computarizada y PET SCAN.
Examen Físico/ Examen Físico de Bebe	Deducible no aplica. Participante o cónyuge – máximo de \$300 por Año de Plan. Hijo mayor de 2 años de edad – máximo de \$200 por Año de Plan. Cargos por los hijos dependientes menores de 2 años son pagaderos como visitas rutinas – estas visitas no están sujetas al \$200 máximo por Año de Plan.	Deducible no aplica. Adulto - \$0 copago por visita. Hijos menores de 23 meses de edad - \$0 de copago por visita.
Inmunizaciones e Inoculaciones (Vacunas)	Aplicable al Deducible. Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada. No del Plan del Comprador Prudente - 70% de UAYR.	100% pagadero.
Tratamiento en Consulta Externa de Trastornos Mentales	Aplicable al Deducible. Limite de 40 visitas por Año del Plan. Proveedor del Plan del Comprador Prudente - 50% de la tarifa negociada. Proveedor no del Plan del Comprador Prudente – 50% de UAYR.	Limitada a 20 visitas por Año Calendario. Terapia Individual: 100% después de copago de \$15 por visita. Terapia en Grupo: 100% después de copago de \$5 por visita.
Consulta Externa por Tratamiento de Alcohol Dependencia Química	DEBE SER PROPORCIONADO POR CLAREMONT BEHAVIORAL SERVICES Visitas 1 - 10: 100% la tarifa negociada. Visitas 11 - 25: 85% la tarifa negociada. Visitas 26 - 40: 70% la tarifa negociada. Visitas 41 - 50: 50% la tarifa negociada.	Terapia Individual: 100% después de copago de \$15 por visita. Terapia en Grupo: 100% después de copago de \$5 por visita. Cuidado Transicional hasta 60 días por Año Calendario limitado a 120 días dentro de un periodo de 5 años.
Beneficios de Quiropráctica	Aplicable al Deducible. Copago de Visita: \$0; \$40 por visita hasta 20 visitas. Limite de \$100 por Rayos-X por Año del Plan,	Deducible no aplica. Copago de \$15 por visita. Limite de \$50 y 20 visitas por Año Calendario.
Terapia Ocupacional Terapia Física	Aplicable al Deducible. Proveedor del Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada. Proveedor No del Plan del Comprador Prudente - 70% de UAYR*	Aplicable al Deducible. Copago de \$15 por visita.
Ayudas Auditivas	Aplicable al Deducible. Hasta \$750 por aparato para cada oído una vez cada 36 meses.	Deducible no aplica. Hasta \$1,000 máximo cada 36 meses
Ambulancia	Aplicable al Deducible. Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada. No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR. Excepción: Condición que amenace su vida, 90% pagadero de UAYR. Ambulancia aérea cubierta en condiciones que amenacen su vida.	Aplicable al Deducible. Emergencia: 90% pagadero por traslado cuando médicamente necesario. Cuando no es emergencia: 90% pagadero por traslado cuando médicamente necesario y autorizado por un médico de Kaiser Permanente.
Equipo Medico Duradero	Aplicable al Deducible. Debe ser recetado por un Doctor. Plan del Comprador Prudente - 90% de la tarifa negociada. No en el Plan del Comprador Prudente – 70% de UAYR.	Deducible no aplica. 90% pagadero cuando lo recete un doctor del Plan y este de acuerdo con la guías del formulario DME del Plan de Salud.

<b>CARACTERÍSTICAS del PLAN</b>	<b>PLAN DE PAGO DIRECTO</b>	<b>KAISER PERMANENTE</b>
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.	Además de los beneficios proporcionados por medio del Fondo (vea el Plan de Pago Directo), Kaiser proporciona beneficios solo para un examen. Usted paga \$15 de copago por examen – Deducible no aplica.
Recetas de Medicinas	El beneficio de Prescription Solutions se proporcionan por medio del Fondo.  <u>Al Menudeo</u> Cantidad de copago = 30 días máximo surtido por receta.  \$10 por medicina genérica. \$20 por medicina de marca del formulario. \$30 por medicina de marca NO del formulario.  <u>Pedidos por Correo</u> Cantidad de Copago = 90 días máximo surtido por receta.  \$20 por medicina genérica. \$40 por medicina de marca del formulario*. \$60 por medicina de marca NO del formulario*.  Si se escoge una medicina de marca del formulario cuando esté disponible una genérica, usted pagará la diferencia en costo más el copago.  <u>Pedidos por Correo</u> es obligatorio para medicinas de mantenimiento.	Deducible no aplica.  Recetas autorizados por doctores que no son parte de Kaiser Permanente no están cubiertas.  <u>Genérica</u> (30- días máximo para ciertos medicamentos).  \$10 de copago por receta hasta 30 días surtido. \$20 de copago por receta hasta 31 a 60 días surtido. \$30 de copago por receta hasta 100 días surtido.  <u>Marca del Formulario</u> (30- días máximo para ciertos medicamentos).  \$20 de copago por receta hasta 30 días surtido. \$40 de copago por receta hasta 31 a 60 días surtido. \$60 de copago por receta hasta 100 días surtido.  <u>Pedidos por Correo</u>  El participante paga un copago de \$20 por genérica, \$40 por marca del formulario hasta 100 días surtido.
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.	
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 Dependiente: \$500 de la edad de 24 horas a 2 años de edad; \$750 para las edades de 2 años hasta 5 años; \$1,000 para las edades de 5 años hasta 19 años de edad.	
<b>Números Gratuitos</b>	<b>1-800-244-4530</b>	<b>1-800-390-3507 (Ingles) o 1-800-788-0616 (Español)</b> . Refiérase al Grupo #: 32900-0000 por Plan Activo, 32900-0001 por Plan Especial.

Esta comparación de beneficios tiene por objeto ser solo un resumen de los beneficios de cada plan. No se incluyeron todas las exclusiones y limitaciones de la cobertura de los beneficios y pudieran variar ligeramente en cada uno de los planes. El contenido de esta comparación no se deberá interpretar o aceptar como sustituto a las disposiciones de las Reglas y Reglamentos del Fondo ni del Contrato con Kaiser.

<sup>1</sup> Usual, Acostumbrado y Razonable – UAYR.