



Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.

5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588 | Telephone: 707-864-2800 or 800-244-4530

Para: Todos los participantes activos y dependientes elegibles.

RE: Comparación de Planes Dentales - A partir del 1 de mayo del 2023

El Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar para el Norte de California ("Fondo") ofrece cuatro (4) Planes Dentales a Participantes Activos y sus dependientes elegibles que han cumplido con los requisitos de elegibilidad del Plan de Obreros Activos o del Plan Especial para Empleados Activos ("Plan"). La primera vez que sea elegible, se le inscribe automáticamente en Anthem Blue Cross Dental Complete para su cobertura dental. Usted puede optar por cambiar a una de las cuatro opciones de planes dentales presentando una aplicación de cambio de cobertura dental, de ser elegible o dentro de los **60 días** de ser elegible por primera vez. Luego se le permite cambiar los Planes Dentales durante el período anual de inscripción abierta por una fecha efectiva del primero de marzo que es el comienzo del Año del Plan. Los cuatro Planes Dentales ofrecidos por el Fondo son:

1. Anthem Blue Cross (ABC) Dental Complete - este es un plan dental tradicional de pago por servicio. Puede seleccionar cualquier dentista. Sus costos de bolsillo son mayores si utiliza un dentista que no sea de ABC. La atención dental de emergencia fuera de EE. UU. está cubierta por el Programa Dental Internacional de Emergencia. Cualquier dentista dentro de EE.UU. Dentistas ABC ubicados dentro de California. Fuera de California, los dentistas participan en la red dental Anthem Blue Cross Blue Shield.

2. ¡Brillante ahora! Newport Dental - un plan dental prepago HMO. Todos los servicios y referencias deben ser mediante Bright Now! o un dentista contratado. No se pagarán beneficios que no sean de emergencia si los servicios dentales son realizados por un dentista que no sea Bright Now! o contratado. Actualmente se cuenta con 21 Oficinas dentales dentro del norte de California.

3. DeltaCare USA - un plan dental prepago HMO. Todos los servicios y referencias deben ser proporcionados por un dentista de DeltaCare. No se pagarán beneficios si los servicios dentales son realizados por un dentista de DeltaCare. Oficinas dentales en el norte de California.

5. UnitedHealthcare Dental - un plan dental prepago HMO. Todos los servicios y referencias deben ser revisados por un dentista contratado de UnitedHealthcare. No se pagarán beneficios si los servicios de dental son realizados por un dentista contratado de UnitedHealthcare. Dental offices dentro del norte de California.

En el reverso de este aviso hay una Comparación y Resumen de Planes Dentales que describe en resumen el tipo de servicio, cuánto cubre cada Plan Dental y sus costos de bolsillo. La Comparación ha sido diseñada para ayudarle a entender las diferencias de los cuatro Planes Dentales para que pueda decidir qué Plan Dental se adapta a las necesidades de cuidado dental de toda su familia. Le instamos a revisar la Comparación *antes* de seleccionar un Plan Dental. Una vez más, se le permite cambiar de Planes Dentales solo durante el período de inscripción abierta. Para inscribirse o cambiar a otro Plan Dental, solicite un formulario de Elección del Plan Dental a la Oficina del Fondo, su Unión Local o vaya a nuestro sitio web, www.lfao.org, para imprimir o ordenar el formulario. El formulario de elección del Plan Dental debe enviarse directamente a la oficina de Fund en la dirección anterior - **no lo envíe por correo al proveedor del Plan Dental que usted eligió.**

Es importante que notifique a la Oficina del Fondo inmediatamente si desea eliminar un dependiente existente o agregar un nuevo dependiente. Se requiere un formulario de inscripción actualizado para agregar o eliminar un dependiente. Puede obtener un Formulario de Inscripción visitando la Oficina del Fondo o cualquier oficina de la Unión Local, llamar a la Oficina del Fondo para solicitar un formulario por correo o imprimir un formulario visitando el sitio web de los Fondos Fiduciarios en www.lfao.org.



Si necesita más información o tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con la Oficina del Fondo.

Sinceramente

CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS Revisado

7/28/2023

Características del plan	Anthem Blue Cross Dental Completo	¡Brillante ahora! Newport Dental	DeltaCare USA	UnitedHealthCare Dental
Deducible Anual	\$100 por persona \$300 por máximo familiar Diagnósticos y servicios preventivos NO sujetos al Deducible	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Beneficio Anual Máximo	\$2,500 por persona Diagnósticos y Servicios Preventivos NO se aplica al Máximo de Beneficios Anuales	Cuidado general: No máximo Referencias Especializadas: \$2,500	Sin máximo	Sin máximo
Coseguro Participante (Su porción)	Diagnósticos y Servicios Preventivos: 0% Servicios Básicos y Mayores: 30% Endodoncia y Periodoncia: 30% Prostodoncia y Cirugía Oral: 30%	Sin copagos	Copagos variables	Copagos mínimos
Beneficios de Ortodoncia	50% coseguro miembro. Máximo de por vida de \$2,500 para miembro, cónyuge o hijo.	Copagos participantes: Tarifa comienza desde: \$540 Tratamiento Adulto: \$2,800 Tratamiento Niño: \$2,400	Copagos participantes: Tarifa de puesta en marcha: \$350 Tratamiento Adulto: \$1,800 Tratamiento Niño: \$1,600	Copagos participantes: Tratamiento Adulto: \$1,250* Tratamiento Niño: \$1,250* *Tarifa de puesta en marcha incluida

 **Números de teléfono y  dirección del sitio web**

Anthem Blue Cross Dental Completo: 1-877-567-1804 * www.anthem.com/ca/mydental

¡Brillante ahora! Newport Dental: 1-888-274-4486 * www.brightnow.com

DeltaCare USA: 1-800-422-4234 * www.deltadentalins.com

UnitedHealthcare Dental: 1-800-999-3367 * www.myuhc.com

Esta Comparación y Resumen de Planes Dentales está destinado sólo como un resumen de los beneficios proporcionados por cada Plan. No se han incluido todas las exclusiones y limitaciones de la cobertura de beneficios y pueden variar ligeramente de Plan a Plan. El contenido de este Comparision no debe ser interpretado o aceptado como un sustituto de las regulaciones profesionales de la Anthem Blue Cross Dental Complete, Bright Now! Newport Dental, DeltaCare USA o UnitedHealthcareDental contrato.



Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.

5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588 | Telephone: 707-864-2800 or 800-244-4530

PARA: Todos Los Participantes Activos Elegibles y Dependientes

RE: Comparación de Planes de Visión - A partir del 1 de mayo de 2023

El Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar para el Norte de California ("Fondo") ofrece dos (2) Planes de Visión a los Participantes Activos y sus dependientes elegibles que han cumplido con los requisitos de elegibilidad del Plan de los Obreros Activos o del Plan Especial para Empleados Activos ("Plan"). Cuando usted esta elegible por primera vez, usted se inscribe automáticamente en el Plan de Pago Directo de los Obreros para la cobertura de médicos-hospitales y medicamentos recetados (Plan Médico) y en el Plan Anthem Blue Cross Blue View Visión para cobertura de visión. Si desea hacer un cambio en su plan de Visión, primero tiene que cambiar su plan médico a Kaiser Permanente e inscribirse en su Plan Vision Essentials. Luego se le permite cambiar los Planes de Visión, dependiendo de su Plan Médico como se explica a continuación, durante el período anual de inscripción abierta para una fecha efectiva del 1 de marzo que es el comienzo del Año del Plan. Los dos Planes de Visión ofrecidos por el Fondo son:

1. Los participantes inscritos en el Plan de Pago Directo Participantes - La cobertura de Visión se proporcionan a través de Anthem Blue Cross Blue View Vision Plan. El Fondo **no** ofrece otros planes de visión a los Participantes Activos que estén inscritos en el Plan de Pago Directo. Si desea cambiarse al plan de Kaiser Visión Essentials, primero debe cambiar su Plan Médico a Kaiser Permanente.

2. Los participantes inscritos en el Plan Kaiser Permanente – La cobertura de Visión se proporcionan a través del Plan Kaiser Vision Essentials, sin embargo, los Participantes Activos que están inscritos en el Plan Kaiser Permanente pueden cambiar entre Kaiser Vision Essentials Plan y Anthem Blue Cross Blue View Vision Plan cada período anual de inscripción abierta (diciembre a febrero para una fecha de vigencia del 1 de marzo).

En el reverso de este aviso hay un Comparación y Resumen de Planes de Visión que describe en resumen el tipo de servicio, cuánto cubre cada Plan de Visión y sus costos de bolsillo. La Comparación ha sido diseñada para ayudarle a entender la diferencia de los dos Planes de Visión para que pueda decidir cual Plan de Visión se adapta a las necesidades de atención de la visión de toda su familia. Le instamos a revisar la Comparación **antes** de seleccionar un Plan de Visión. Una vez más, solamente se le permite cambiar de Plan de Visión durante el período de inscripción abierta y dependiendo de su Plan Médico. Para inscribirse o cambiar a otro Plan De Visión, solicite un formulario de Elección del Plan Visión a la Oficina del Fondo, en su Unión Local, o vaya a nuestro sitio web, www.lfao.org, para imprimir el formulario. El formulario de elección del Plan de Visión debe enviarse directamente a la Oficina del Fondo en la dirección anterior – **no lo envíe por correo al proveedor del Plan De Visión que usted eligió.**

Es importante que notifique a la Oficina del Fondo inmediatamente si desea eliminar un dependiente existente o agregar un nuevo dependiente. Se requiere un formulario de inscripción actualizado para agregar o eliminar un dependiente. Puede obtener un Formulario de Inscripción visitando la Oficina del Fondo o cualquier oficina de la Unión Local, llamar a la Oficina del Fondo para solicitar un formulario por correo o imprimir un formulario visitando el sitio web de los Fondos Fiduciarios en www.lfao.org.

Si necesita más información o tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con la Oficina del Fondo.

Sinceramente

JUNTA DE FIDEICOMISARIOS

Revisado 7/28/2023

Plan Blue View Vision de Anthem Blue Cross			
Beneficio Cubierto y Limitación de Frecuencia	PROVEEDOR DENTRO DE LA RED		PROVEEDOR FUERA DE LA RED
	Cantidad Permitida Por El Plan	Su Copago	
Examen Ocular de Rutina <i>Cada 12 Meses</i>	Completamente cubierto	\$10	Subsidio de \$37 solamente
Marco de gafas <i>Cada 24 meses</i>	\$200	Usted paga el saldo después de \$200 asignación menos 20% de descuento	Subsidio de \$40 solamente
Lentes Estándar de Gafas <i>Cada 12 meses</i> 1 par de Lentes Simples, Bifocales, Trifocales, o Lenticulares	Completamente cubierto	\$20 (límite de 1 par)	Asignación de \$34 a \$68 solo dependiendo del tipo de lentes
Lentes de Contacto (Convencionales) <i>Cada 12 meses</i>	\$200	Usted paga el saldo después de \$200 asignación menos 15% de descuento	Subsidio de \$100 solamente

Kaiser Vision Essentials			
Beneficios Cubiertos y Limitación de Frecuencia	EN LOS CENTROS ÓPTICOS KAISER PERMANENTE		
	Cantidad Permitida Por el Plan	Su Copago	Notas
Examen Ocular de Rutina <i>Sin límite</i>	Completamente cubierto	\$15	Sin copago para exámenes preventivos
Marco de gafas <i>Cada 24 meses</i>	\$145	Usted paga el saldo después de \$145 asignación	Marcos de moda con un precio entre \$40 a \$99
Lentes Estándar de Gafas <i>Cada 12 meses</i>	Completamente cubierto		1 par de lentes de plástico transparente de multifocales o lenticulares planos
Lentes de Contacto (Convencionales) <i>Cada 12 meses</i>	\$120	Usted paga el saldo después de \$120 asignación	Solicite recargas en línea en www.kp2020.org/noca

 **Números de teléfono y**  **dirección del sitio web**

Anthem Blue Cross Blue View Vision: 1-866-723-0515 | www.anthem.com/ca

Kaiser Vision Essentials: 1-800-464-4000 | www.kaiserpermanente.org

Este Resumen y Resumen de Planes de Visión está destinado sólo como un resumen de los beneficios proporcionados por cada Plan. No se han incluido todas las exclusiones y limitaciones de la cobertura de beneficios y pueden variar ligeramente de Plan a Plan. El contenido de este Comparación no debe interpretarse ni aceptarse como sustituto de las disposiciones del contrato Anthem Blue Cross Blue View Vision o Kaiser Visión Essentials.



Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.

5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588 | Telephone: 707-864-2800 or 800-244-4530

PARA: Todos los Participantes Activos Elegibles y sus Dependientes de los Planes Activo y Especial
RE: Comparación de los planes Médicos-Hospital - Efectivo a partir del 1 de marzo de 2020

El Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar para el Norte de California ("Fondo") ofrece dos (2) Planes Médicos-Hospitalarios ("Plan Médico") a los Participantes Activos y sus dependientes elegibles que han cumplido con los requisitos de elegibilidad del Plan de Obreros Activos o del Plan Especial para Empleados Activos ("Plan").

Como un Participante Activo, se le permite: (1) inscribirse inicialmente en uno de los dos Planes Médicos enumerados a continuación, y (2) cambiar entre los dos Planes Médicos hasta un máximo de dos veces por año calendario.

1. Plan de Pago Directo de los Obreros (proporciona cobertura médica y medicamentos recetados) - este es un beneficio tradicional de pago por servicio. Se le permite usar cualquier proveedor, pero el uso de hospitales y proveedores participantes (PPO) puede reducir los costos de su bolsillo.

2. Kaiser Permanente Plan (proporciona cobertura médica y medicamentos recetados) - este es un plan de Health Maintenance Organization (HMO). Kaiser ofrece beneficios sin costo alguno o con copagos limitados para usted, sin embargo, su elección se limita a los médicos e instalaciones aprobados por Kaiser solamente.

Cuando usted es elegible por primera vez, usted se inscribe automáticamente en el Plan de Pago Directo de los Obreros para la cobertura médico-hospitalaria, incluyendo medicamentos recetados. Si vive o trabaja en el en el área de Servicio de Kaiser en el norte de California, puede cambiar al Plan Kaiser Permanente antes o después de ser elegible al presentar una Elección del Plan Médico. **Cualquiera que sea el Plan Médico de su elección, sus dependientes deben estar inscritos también en el mismo Plan Médico.** Si desea obtener más información sobre el Plan Kaiser Permanente antes de contar con un cambio de Plan Médico, llame a la Oficina del Fondo y solicite un folleto del Plan Kaiser Permanente, o de lo contrario se le enviará automáticamente un folleto después de enviar un formulario de elección del Plan Médico a la Oficina del Fondo.

Se adjunta una Comparación y Resumen de Planes Médicos, ver páginas 2 - 6, que describe resumen el tipo de servicio, cuánto cubre cada Plan Médico y su costo de bolsillo. La comparación ha sido diseñada para ayudarle a entender la diferencia entre los dos Planes Médicos para que pueda decidir qué plan médico se adapta a las necesidades de atención médica de toda su familia. Le recomendamos revisar la Comparación antes de seleccionar un Plan Médico. Una vez más, se les permite cambiar el Plan Médico no más de dos veces por año calendario. Para cambiar entre Planes Médicos, solicite una forma de elección a la Oficina del Fondo, su Unión Local o visite la página web de la Oficina del Fondo, www.lfao.org, para imprimir o pedir el formulario. Para obtener información sobre los planes dentales y de visión, por favor consulte la Comparación para Planes Dentales y de Visión.

Independientemente del plan Médico que elija, **se le requiere completar un formulario de elección de plan Médico.** Un formulario completo de elección debe enviarse directamente a la Oficina del Fondo a la dirección que se encuentra en la parte arriba – **no envíe el formulario directamente a Kaiser Permanente.**

Es importante que notifique a la Oficina del Fondo inmediatamente si desea eliminar un dependiente existente o agregar a uno nuevo. Un formulario de inscripción es necesario para agregar o eliminar un dependiente. Puede obtener un formulario de Inscripción visitando la Oficina del Fondo o cualquier oficina de la Unión Local, llamando a la Oficina del Fondo para solicitar un formulario por correo o imprimiendo un formulario visitando el sitio web del Fondo en www.lfao.org.

Si necesita más información o tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con la Oficina del Fondo.

Sinceramente

JUNTA DE FIDEICOMISARIOS

Revisado 7/28/2023



Información General	Plan de Pago Directo de los Obreros	Kaiser Permanente
BENEFICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS		
Tipo de Plan	El Plan de Pago Directo proporciona beneficios médicos tradicionales de pago por servicio y ofrece una cobertura más alta cuando usted va a los hospitales y proveedores participantes de Anthem Blue Cross (PPO).	La atención se brinda a través de médicos o personal médico en un centro de Kaiser Permanente ubicado en el área de servicio del miembro.
Área Geográfica Cubierta	Los gastos incurridos fuera de los Estados Unidos y sus Territorios están cubiertos si se deben a los Servicios de Emergencia. Si el gasto está cubierto, se aplicarán los beneficios normales.	Usted debe vivir dentro del área de servicio de Kaiser, por lo general dentro de California. Si tiene alguna pregunta sobre si su dirección de residencia es un área de servicio de Kaiser, comuníquese con la Oficina del Fondo Fiduciario.
Selección de Médicos	Ilimitado. El uso de los médicos participantes de Anthem Blue Cross resulta en menores gastos de su bolsillo.	Cada miembro puede utilizar cualquier médico de Kaiser Permanente.
Atención Especializada: Dentro de la Red	Usted selecciona a cualquier especialista.	Auto referido a especialistas como la optometría, la dependencia química, la psiquiatría y el obstetra/ginecólogo. Su médico de Kaiser Permanente lo remite a otros especialistas.
Red Externa	Usted selecciona a cualquier especialista.	Un especialista externo requiere una referencia específica de su Médico. El costo compartido es consistente con la cobertura del Plan requerida para los servicios si es proporcionada por un Proveedor del Plan o referida por un Médico de Kaiser Permanente.
Atención Fuera del Área	Los beneficios fuera de la red se aplican al tratamiento en cualquier lugar de los Estados Unidos, sus territorios y posesiones. Los servicios fuera de los Estados Unidos pueden estar cubiertos si se deben a una emergencia.	El costo compartido para la atención de emergencia, la atención post-estabilización y la atención urgente fuera del área de un proveedor que no es del plan es el costo compartido para un proveedor del plan y está sujeto a autorización.
Formularios de Reclamación	Ninguno.	Requerido por proveedores que no son de Kaiser Permanente para atención de emergencia, de urgencia fuera del área y atención post-estabilización.
Deducible Anual	\$150 por individuo, máximo de \$450 por familia por Año del Plan (1 de marzo – 28 de febrero). No se aplica a hospitalización, examen físico, servicios preventivos, servicios de atención de urgencia y beneficios de medicamentos recetados. El monto deducible aplicado en diciembre, enero y febrero se transferirá al siguiente año del plan.	\$150 por individuo, máximo de \$450 por año calendario por familia (1 de enero – 31 de diciembre).
Máximo de Beneficios de por Vida	Ninguno, se aplican algunas restricciones.	Ninguno. Se aplican algunas restricciones.
Máximo Anual de Bolsillo Solo Gastos Médicos y de Hospital	\$3,000 por individuo, máximo de \$6,000 por familia por Año del Plan. Incluye su deducible, coaseguro y copagos solo para cargos de proveedores de PPO.	\$3,000 por individuo, máximo de \$6,000 por familia por año calendario.

Información General	Plan de Pago Directo de los Obreros	Kaiser Permanente
	No incluye su coaseguro a proveedores que no son PPO, sanciones por no usar un hospital de PPO o no obtener una revisión previa a la admisión para la admisión a un hospital que no sea PPO, exclusiones y limitaciones del plan.	
Paciente hospitalizado Médico/Cirugía Salud Mental	No está sujeto a deducible. Hospital PPO - 90% de 1er \$10,000 de las tarifas negociadas y 100% de ahí en adelante por los servicios de hospital medicamente necesarios. Hospital no PPO - 70% (90% si la emergencia o paciente reside fuera de California) los primeros \$10,000 y el 100% después de los cargos permitidos.	Sujeto a Deducible. Coaseguro del 10% para todos los beneficios y servicios cubiertos en las instalaciones médicas de Kaiser Permanente.
Cirugía Reemplazo Total de Cadera o Rodilla	Igual que el médico/cirugía anterior, pero no debe exceder \$30,000 Asignación Máximo del Plan . Los costos de bolsillo son más altos si no utiliza un hospital de Sitio Basado en Valores aprobado por el Plan.	Igual que médico/cirugía arriba.
Centro de Enfermería Especializada/ECF	Igual que médico/cirugía anterior.	10% de Coaseguro (hasta 100 días por período de beneficios cuando lo autorice un médico del Plan).
Abuso de Alcohol y Sustancias	Igual que médico/cirugía anterior.	10% Coaseguro para desintoxicación para pacientes hospitalizados cuando lo autorice un médico del Plan.
Revisión de la Utilización	Parte automática de los procedimientos del plan. Requerido para la mayoría de la estancia en el hospital. Tarifa de hasta \$2,000 por incumplimiento si se utiliza el Hospital no PPO.	Parte automática de los procedimientos del plan.
Sala de Emergencias Hospital Ambulatoria	Sujeto a Deducible. Copago de \$25 cada uno por visita 1, 2 y 3, \$50 cada visita después por año calendario, ya sea que se utilice PPO o No PPO Hospital. PPO Hospital - 90% de las tarifas negociadas después del copago. Hospital no PPO - 70% de los cargos permitidos después del copago. El copago se cede bajo ciertas circunstancias.	Sujeto a Deducible. 10% Coaseguro. Nota: Esta cuota de costo no se aplica si usted es admitido directamente en el hospital como paciente hospitalizado para los Servicios cubiertos (consulte "Servicios hospitalarios" para el costo compartido para pacientes hospitalizados).
Atención Médica de Hospital Ambulatorio	Sujeto a Deducible. PPO Hospital - 90% de las tarifas negociadas. Hospital no-PPO - 70% de los cargos permitidos.	Sujeto a Deducible. Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios: 10% coaseguro.
Atención de Salud Mental de Hospital Ambulatorio	Sujeto a Deducible. PPO Hospital - 90% de las tarifas negociadas. Hospital no-PPO - 70% de los cargos permitidos.	Sujeto a Deducible. Hospitalización psiquiátrica hospitalaria: 10% Coaseguro. Evaluación y tratamiento individual de salud mental ambulatoria: \$15 por visita.
Abuso de Sustancias de Hospital Ambulatorio	Sujeto a Deducible. PPO Hospital - 90% de las tarifas negociadas. Hospital no-PPO - 70% de los cargos permitidos.	Sujeto a Deducible. Desintoxicación para pacientes hospitalizados: 10% Coaseguro. Evaluación y tratamiento individual del trastorno por consumo de sustancias ambulatorias: \$15 por visita.

Información General	Plan de Pago Directo de los Obreros	Kaiser Permanente
Servicios de Centros de Atención Urgente	No está sujeto a deducible. PPO Hospital - 90% de las tarifas negociadas. Hospital no PPO - 70% de los cargos permitidos.	Consultas de atención urgente, evaluaciones y tratamiento: \$15 por visita.
Cargos por Instalaciones de Procedimientos Artroscópico, Catarata o Colonoscopia	Sujeto a Deducible. PPO Hospital - 90%* de tarifas negociadas. Hospital no PPO - 70%* de todos los cargos adeudados. * - Sujeto a la Asignación Máxima del Plan (MPA): Artroscopia \$6,000 * Catarata \$2,000 * Colonoscopia \$1,500 Excepción: MPA no se aplica si se utiliza una instalación "Value-Based".	Consulte Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios en el Resumen de beneficios de KP.
Centro Ambulatorio de Cirugía	Sujeto a Deducible. Instalaciones de PPO - 90% de las tarifas negociadas. Instalaciones no-PPO - \$500 Asignación máxima del plan por día.	Consulte Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios en el Resumen de beneficios de KP.
Tarifa del Médico: Visitas a la Oficina	Sujeto a Deducible y copago de \$15 por visita. PPO Médico - 100% tasa negociada. Médico no PPO - 70% de cargo permitido.	Sujeto a Deducible. Copago de \$15.
Electrónica/En línea Telehealth	Incluyendo exámenes médicos, de salud mental y de abuso de sustancias. 100% del cargo permitido, sin deducible y copago. Debe utilizar un médico a través del Servicio en línea de LiveHealth.	Sin cargo - Proporcionado bajo ciertas circunstancias que se determinarán durante la toma de citas telefónicas.
Cirugía	Sujeto a Deducible. PPO Médico - 90% de la tarifa negociada. Médico no PPO - 70% de la carga permitida.	Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios: 10% Coaseguro.
Médico de Sala de Emergencias	Sujeto a Deducible. PPO Médico - 90% de la tarifa negociada. Médico no PPO - 90% de la carga permitida.	Visitas al Departamento de Emergencias: 10% Coaseguro.
Servicio Ambulatorio de Salud Mental	Sujeto a Deducible y copago de \$15 por visita. PPO Médico - 100% de la tarifa negociada. Médico no PPO - 70% del cargo permitido.	Sujeto a Deducible. Evaluación y tratamiento individual de salud mental ambulatoria: \$15 por visita. Tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios en grupo: \$7 por visita.
Servicio Ambulatorio de Abuso de Sustancias	Sujeto a Deducible y copago de \$15 por visita. PPO Médico - 100% de la tarifa negociada. Médico no PPO - 70% de cargo permitido.	Sujeto a Deducible. Evaluación y tratamiento individual del trastorno por consumo de sustancias ambulatorias: \$15 por visita. Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias ambulatorias en grupo: \$5 por visita.
Cesación de Fumar	Sujeto a Deducible y copago de \$15 por visita. PPO Médico - 100% de la tarifa negociada. Médico no PPO - 70% de cargo permitido.	Asesoramiento individual durante una oficina relacionada con el abandono del tabaquismo. Sin cargo.
Examen Físico y	No está sujeto al copago y deducible de la visita al consultorio médico.	No está sujeto a deducible. Adulto - copago de \$0 por visita.

Información General	Plan de Pago Directo de los Obreros	Kaiser Permanente
Bienestar del Bebé	Asignación máxima del plan: Participante o Cónyuge - \$300 por examen. Edad infantil 2+ - \$200 por examen. Los cargos del Bienestar del Bebe para niños dependientes hasta los 2 años son pagaderos como visita de oficina de rutina y no están sujetos a un máximo de \$200 por examen.	Niños hasta los 23 meses de edad - copago de \$0 por visita.
Servicios Preventivos	Servicios o procedimientos preventivos identificados por la Ley de Protección al Paciente y "Affordable Care Act" 2010. Proveedores de PPO solamente - Sin costo compartido (Deducible, Copago y Coaseguro) por el Participante, 100% pagadero. Los Servicios Preventivos tales como Examen Físico, Bebé saludable, Laboratorio o Radiología por Proveedores No PPO serán pagados a nivel normal de beneficios del Plan con costo compartido por parte del Participante.	No está sujeto a deducible. Atención preventiva/examen/inmunización. Radiografías preventivas, exámenes y pruebas de laboratorio como se describe en la Evidencia de Cobertura: \$10 por encuentro.
Inmunizaciones, Inyecciones y Vacunas Inoculaciones	Sujeto a Deducible. Proveedor de PPO - 90% de la tarifa negociada. Proveedor no PPO - 70% de la carga permitida.	No está sujeto a deducible. La mayoría de las vacunas (incluida la vacuna): Sin cargo.
Laboratorio y Pruebas de Patología	Sujeto a Deducible. Proveedor de PPO - 90% de la tarifa negociada. Proveedor no PPO - 70% de la carga permitida.	Sujeto a Deducible. Servicios para pacientes ambulatorios – La mayoría de los rayos X y pruebas de laboratorio: \$10 por encuentro.
Radiología: Rayos X, MRI, Resonancia de CT	Sujeto a Deducible. Proveedor de PPO - 90% de la tarifa negociada. Proveedor no PPO - 70% de la carga permitida.	Sujeto a Deducible. Servicios para pacientes ambulatorios – La mayoría de las radiografías y pruebas de laboratorio: \$10 por encuentro. Servicios para pacientes ambulatorios: resonancia magnética, y tomografías por emisión de manipulación: 10% de coaseguro hasta un máximo de \$50 por procedimiento.
Terapia Física y Ocupacional	Sujeto a Deducible. Sujeto a revisión médica para terapia superior a 30 visitas. Proveedor de PPO - 90% de la tasa negociada. Proveedor no PPO - 70% de la carga permitida.	Sujeto a Deducible. Copago de \$15 por visita.
Beneficios de Quiropráctico	Sujeto a Deducible. Asignación máxima del plan: Hasta 20 visitas por año del plan. Proveedor de PPO - 100% de la tarifa negociada. Proveedor no PPO - 70% de la carga permitida.	No está sujeto a deducible. Servicios proporcionados por los Proveedores Participantes de American Specialty Health (ASH): Visitas al consultorio quiropráctico (hasta un total de 20 visitas por período de 12 meses - \$5 por visita Radiografías y pruebas de laboratorio cubiertas Servicios quiroprácticos – Sin cargo. Apoyos quiroprácticos y electrodomésticos – Cantidades superiores a la asignación de \$50.
Acupuntura	Sujeto a Deducible. Sujeto a revisión médica y número de visitas por condición. Proveedor de PPO - 90% de la tarifa negociada. Proveedor no PPO - 70% de la carga permitida.	Sujeto a Deducible. Servicios de acupuntura (normalmente proporcionados sólo para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral de manejo del dolor para el tratamiento del dolor crónico;

Información General	Plan de Pago Directo de los Obreros	Kaiser Permanente
		Visitas al especialista – un copago de \$15 por visita. Visitas al especialista médico – un copago de \$15 por visita.
Salud Nutricional Asesoramiento Dietética	Sujeto a Deducible. Sujeto a \$15 Visita a la oficina del proveedor si se factura como visita al consultorio. Proveedor de PPO - 90% de la tarifa negociada. 100% para visita al consultorio. Proveedor no PPO - 70% del cargo permitido.	Programas de educación para la salud cubiertos, que pueden incluir programas proporcionados en línea y consejería por teléfono: Sin cargo.
Ambulancia	Sujeto a Deducible. Ambulancia aérea cubierta si es debido a una condición potencialmente mortal. Proveedor de PPO - 90% de la tarifa negociada. Proveedor no PPO - 70% del cargo permitido o 90% si debido a una condición potencialmente mortal.	Sujeto a Deducible. 10% Coaseguro.
Equipo Medico	Sujeto a Deducible. Se requiere receta del médico asistente. Proveedor de PPO - 90% de la tarifa negociada. Proveedor no PPO - 70% de la carga permitida.	No está sujeto a deducible. Artículos DME como se describe en la Evidencia de Cobertura: 10% Coaseguro.
Aparato Auditivo	Sujeto a Deducible. Se requiere receta de un médico. Asignación máxima del plan: \$1,200 por oído/dispositivo por 36 meses.	No está sujeto a deducible. Asignación máxima de \$1,000 por ayuda/dispositivo por 36 meses.
Cuidado de Salud en el Hogar	Sujeto a Deducible. 90% de la tarifa negociada. Solo por referido por parte de la Administración de Casos.	No está sujeto a deducible. Atención médica en el hogar (hasta 100 visitas por Período de Acumulación): Sin cargo.
Cuidado de Hospicio	Sujeto a Deducible. 90% de la tarifa negociada. Solo por referido por parte de la Administración de Casos.	No está sujeto a deducible. Sin cargo.

LABORERS Plan de Pago Directo	Kaiser Permanente
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS	
<p>Beneficios de CarelonRx proporcionados a través del Fondo, ya sea que utilice una Farmacia Contratante o no Contratadora.</p> <p>FARMACIA CONTRATANTE: Usted paga el copago por receta a continuación.</p> <p><u>venta en farmacia</u> Suministro máximo de 30 días por receta. Genérico - \$10 Nombre de marca del formulario - \$20 Nombre de marca no formulario - \$30</p> <p><u>Pedido por correo</u> Suministro máximo de 90 días por receta. Genérico - \$20 Nombre de marca del formulario - \$40 Nombre de marca no formulario - \$60 El pedido por correo es obligatorio para los medicamentos de mantenimiento después de 3 rellenos.</p> <p>Si hay un equivalente genérico disponible, pero prefiere el nombre de marca, pagará por la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el de marca.</p> <p><u>Máximo de gastos de bolsillo solo para farmacia con contratación</u> \$3,000 por persona hasta \$6,000 por familia, por año calendario. El máximo de su bolsillo no se aplica a los medicamentos recetados que están excluidos por el Plan y las sanciones por incumplimiento del Programa de Revisión de Utilización del Plan.</p> <p>FARMACIA NO CONTRATANTE: Usted paga el costo total y envía un Formulario de Reembolso a CarelonRx. Se le reembolsará en función de la tarifa del contrato para una farmacia contratante menos el copago aplicable y otros costos descritos anteriormente. NO HAY MÁXIMO DE SU BOLSILLO.</p>	<p>Usted paga el copago por receta a continuación por los medicamentos cubiertos de acuerdo con las pautas del formulario del plan de salud. Suministro máximo de 30 días para ciertos medicamentos.</p> <p>Las recetas escritas por médicos que no sean de Kaiser no están cubiertas.</p> <p><u>En una farmacia Kaiser</u> Genérico: \$10 para hasta 30 días de suministro. \$20 para hasta 100 días de suministro.</p> <p>Marca: \$20 para hasta 30 días de suministro. \$40 para hasta 100 días de suministro.</p> <p><u>Pedido por correo</u> Genérico: \$20 por hasta 100 días de suministro.</p> <p>Marca: \$40 por hasta 100 días de suministro.</p>

📞 Números de teléfono y 🌐 dirección del sitio web

Plan de Pago Directo de Obreros (Oficina Administrativa del Fondo de Obreros): 1-800-244-4530 o 1-707-864-2800 * www.lfao.org

Kaiser Permanente: 1-800-464-4000 (Inglés) o 1-800-788-0616 (Español) * www.kaiserpermanente.org

Al llamar, consulte al Numero de Grupo 603306 para Plan Activo o Número de Grupo 603308 para Plan Especial

Esta Comparación y Resumen de Planes Médicos está destinado sólo como un resumen de los beneficios proporcionados por cada Plan. No se han incluido todas las exclusiones y limitaciones de la cobertura de beneficios y pueden variar ligeramente de Plan a Plan. El contenido de este Comparación no debe interpretarse ni aceptarse como sustituto de las reglas y reglamentos de planes Activos y Especiales del Plan de Pago Directo para los Obreros o el contrato de Kaiser Permanente.

ELEGIBILIDAD & COBRA - PLAN ACTIVO

La elegibilidad inicial empieza el primer día del segundo mes después de que se acumulen 440 horas de trabajo en el Banco de Horas de un participante. Se aplica una deducción de 110 horas mensualmente para la cobertura continuada.

Elegibilidad se mantiene cuando:

- Saldo del Banco de Horas es 440 o más

Elegibilidad se pierde cuando:

- Saldo de Horas balance es menos de 440 horas
- Trabaja en empleo no cubierto
- Entra al servicio militar por tiempo completo

Si pierde elegibilidad, usted y sus dependientes pueden tener derecho a continuar los beneficios de salud. Para continuar con su cobertura, debe solicitar la Cobertura de Continuación COBRA y hacer los pagos mensuales de primas requeridos al Fondo de Fideicomiso. Puede elegir Cobertura COBRA por hasta 18, 29 o 36 meses, dependiendo del Evento Calificatorio.

ELEGIBILIDAD & COBRA - PLAN ESPECIAL

Los empleados de un Empleador Especial que hacen contribuciones al Plan Especial son elegibles para participar en el Plan Especial. La elegibilidad inicial comienza el primer día del segundo mes siguiente al mes de trabajo del empleado. Por ejemplo, un empleado trabaja en marzo, luego la contribución del empleador para marzo proporcionará cobertura para el mes de mayo.

Elegibilidad se pierde cuando:

- Empleado se separa del Empleador
- Entra a el servicio militar por tiempo completo

Si pierde la elegibilidad, usted y sus dependientes pueden tener derecho a continuar con los beneficios de salud. Para continuar con la cobertura de salud, debe solicitar COBRA y realizar los pagos mensuales de primas requeridos al Fondo de Fideicomiso.

ELEGIBILIDAD - PLAN DE JUBILADO

Una persona que hace los pagos requeridos al Fondo, en una cantidad determinada por la Junta de Síndicos, y que está recibiendo:

- Pensión Adquirida Diferida y trabajo 2,000 horas en 48 meses previo a su fecha de jubilación.
- Beneficio de Jubilación del Plan de Jubilado de ciertos empleados de LFAO, y
- Fue elegible para el Plan Especial de Obreros durante al menos 60 meses, incluyendo 12 meses dentro de los 48 meses inmediatamente antes de la jubilación.
- Está recibiendo una Pensión Recíproca del Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Obreros para el Norte de California pero no es elegible bajo la Subsección 2.a(1) aunque tiene al menos 10 Años de Servicio Acreditado con el Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Obreros.
- Fue elegible bajo el Plan Activo de Obreros durante al menos 60 meses con el mismo empleador, incluyendo 12 meses dentro de los 48 meses inmediatamente antes de la jubilación, comenzará a participar en este Plan en la fecha efectiva de su jubilación o en la fecha que finaliza su cobertura con el Plan Activo de los Obreros.
- El dependiente de un empleado jubilado se convierte en elegible en la fecha en que la elegibilidad del empleado jubilado es efectiva.

PORTAL DE MIEMBROS EN LÍNEA

Funciones:

- Salud & Bienestar elegibilidad
- Pagos de cuentas de miembros
- Información demográfica
- Saldos de cuentas de los miembros
- Acceso seguro/físic
- Siga reclamaciones
- Historial de trabajo

Visite lfo.org para el enlace.

CLAREMONT EAP

Al usar el Programa de Asistencia al Empleado (EAP), usted y su familia pueden recibir asesoramiento profesional y confidencial sin costo. El EAP también proporciona acceso a recursos que pueden ayudar a abordar muchas preocupaciones o preguntas personales.

Claremont ofrece asistencia con:

- Inmigración y naturalización
- Programa de comprador de casa por 1^{ra} vez
- Asuntos legales personales/familiares
- Informe y revisión crédito gratuito
- Manejo de deudas
- Asuntos penales
- Preguntas de impuestos

El EAP es un servicio confidencial. Llame a 800-834-3773, para hablar con un consejero que lo remitirá al recurso más apropiado para sus necesidades.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Este resumen no es una lista completa de los beneficios disponibles, ni incluye las Reglas y Reglamentos que rigen los Planes. Existen exclusiones y limitaciones en todos los Planes y usted debe leer atentamente esas Reglas y Reglamentos del Plan. Las Reglas del Plan de Salud y Bienestar deben ser revisadas antes de solicitar atención médica. Las descripciones detalladas de todos los beneficios y de las Reglas y Reglamentos de los Planes están disponibles a pedido y visitando nuestro sitio web en lfo.org

Oficina Administrativa del Fondo de Fideicomiso

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA MIEMBROS DE LFAO | Efectivo el 1 de mayo de 2023

5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588

Teléfono: 707-864-2800 | Número Gratuito: 800-244-4530 | lfo.org

COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS

Usted puede cambiar entre el Plan de Pago Directo (PPO) y el Plan de Kaiser Permanente (HMO), hasta un máximo de dos veces por año calendario. Usted debe enviar una Solicitud de Beneficios de Salud y Bienestar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso para cambiar de plan.

	PLANES ACTIVO & ESPECIAL Plan de Pago Directo (PPO)	PLANES ACTIVO & ESPECIAL Kaiser Plan (HMO)	PLAN DE JUBILADO Plan de Pago Directo (PPO) sin Medicare	PLAN DE JUBILADO Plan de Pago Directo (PPO) con Medicare	PLAN DE JUBILADO Anthem Medicare Advantage	PLAN DE JUBILADO Kaiser Plan (HMO) sin Medicare	PLAN DE JUBILADO con Kaiser Senior Advantage (KPSA)
Deducible Anual	• \$150 por individuo • \$450 por familia	• \$150 por individuo • \$450 por familia	• \$150 por individuo • \$450 por familia	• \$0	• Combinado dentro y fuera de la red	• \$0	• \$0
Copagos	• \$15 por visita a oficina • Visita a ER en Hospital: \$25 (PPO) \$50 (No-PPO)	• \$15 por visita a oficina	• \$15 por visita a oficina • Visita a ER en Hospital: \$25 (PPO) \$50 (No-PPO)	• \$0	• \$0	• \$10	• \$10
Coseguro (Paciente Ambulatorio/ Profesional)	• 10% de la tarifa negociada (PPO) • 30% de los cargos permitidos (No-PPO)	• 10% de la tarifa negociada	• 10% de la tarifa negociada (PPO) • 30% de los cargos permitidos (No-PPO)	• Medicare cubre 80% y este seguro cubre el otro 20% al 100%	• \$0	• \$10 por procedimiento	• \$10 por procedimiento
Internado en Hospital	• 10% de 1er \$10,000 tarifa negociada (PPO), 0% después por estadía • 30% de 1er \$10,000 cargos permitidos (No-PPO), 0% después, por estadía, hasta la cantidad permitida, responsable del exceso de cantidad permitida	• 10% para servicios cubiertos en Kaiser	• 10% de 1er \$10,000 tarifa negociada (PPO), 0% partir de entonces por estadía • 30% de 1er \$10,000 cargos permitidos (No-PPO), 0% después, por estadía, hasta la cantidad permitida, es responsable para cantidad en exceso	• Medicare cubre 80% y este seguro cubre el otro 20% al 100% • Este seguro cubre 21-100 días al 100%	• Copago de \$0 por admisión. Sin límite para el número de los días cubiertos por el plan (SNF). Copago de \$0 para los días 1-100 por período de beneficio.	• Atención hospitalaria para pacientes internados (incluyendo alojamiento y comida, medicamentos, imágenes, laboratorio, otros servicios de diagnóstico y tratamiento, y Servicios Médicos del Plan); Sin cargo.	• Atención hospitalaria para pacientes internados (incluyendo alojamiento y comida, medicamentos, imágenes, laboratorio, otros servicios de diagnóstico y tratamiento, y Servicios Médicos del Plan); Sin cargo.
Pago Anual Máximo del Bófallo	• \$3,000 por individuo, por año del plan • \$6,000 por familia, por año del plan	• \$3,000 por individuo, por año calendario • \$6,000 por familia, por año calendario	• \$3,000 por individuo, por año del plan • \$6,000 por familia, por año del plan	• \$0	• Después que se alcanza el OOP máximo, el plan paga el 100% de los costos cubiertos por el resto del año del plan.	• \$1,500 por año calendario	• \$1,500 por año calendario
Crédito por Discapacidad	• 8 horas por día; 110 horas por mes; 660 horas por período de 12 meses. <i>Solo aplica a el Plan Activo.</i>		N/A				
Tele salud	• Visite Transcarent en transcarent.ai	• Visite el área 'Mi Doctor' en kp.org	• Visite Transcarent en transcarent.ai	• Visite Livehealth en livehealthonline.com	• Visite Livehealth en livehealthonline.com	• Visite el área 'Mi Doctor' en kp.org	

BENEFICIO DE ANUALIDAD

- Cuenta Individual**
- Establecida 1er mes que se reciben contribuciones
 - Estado de Cuenta enviado cada octubre, que resume las contribuciones, ingresos de inversiones, cuota de gasto, los saldos iniciales y finales.
- Elegibilidad para el Pago de Beneficio**
- 65 sin contribuciones de un empleador por un mínimo de 3 meses consecutivos.
 - Menos de 1,000 horas en 24 meses consecutivos
 - Recibir un beneficio de pensión de: Plan de Pensión del Fondo de Fideicomiso para los Obreros del Norte de California, Plan de Pensión de LUNA, o cualquier otro plan de pensión patrocinado por un empleador contribuyente.
 - Derecho a los beneficios de discapacidad del Seguro Social
 - Después de la Muerte (al beneficiario)
- Métodos de Pago**
- Suma Completa / Mensual / Combinación de los dos

BENEFICIO DE VACACIÓN

- Estado de Cuenta**
- Estados informan horas reportadas y contribuciones del empleador. Mantenga sus Estados de Cuenta/ talones de cheques para verificar horas trabajadas.
- Estados de Cuenta se Envían:**
- Marzo (por horas trabajadas entre 1/ago - 31/ene)
 - Septiembre (por horas trabajadas entre 1/feb - 31/jul)
- Cantidad del Pago de Beneficio**
- Contribuciones del empleador, menos cuotas sindicales suplementarias
- Fechas de Pago**
- Finales de abril - Solo miembros inscritos en Depósito Directo
Finales de octubre - Depósito Directo & Cheque de Papel

MUERTE & DESMEMBRAMIENTO

- PLAN ACTIVO & ESPECIAL**
- \$15,000 muerte del Obrero
 - \$15,000 adicional por muerte accidental del Obrero
 - \$7,500 muerte de cónyuge
 - \$1,000 muerte de hijo dependiente
 - \$7,500 - 15,000 desmembramiento del Obrero
- PLAN JUBILADO**
- Cónyuge Sobreviviente Pre-Jubilación: recibe beneficios de sobreviviente; requisitos de edad pueden aplicar
 - Conjunto & de Sobreviviente: recibe beneficios si el participante fallece después de la jubilación
 - Beneficio de Muerte Pre-Jubilación: 36 pagos de un beneficio de pensión regular pagados a hijos menores, cuando fallece un participante no casado con derechos adquiridos
 - Suma Global del Beneficio de Muerte del Pensionista: \$100 para cada unidad de beneficio ganado, pagable al cónyuge sobreviviente, parientes elegibles, o estado

BENEFICIO DE PENSIÓN*

- Servicio Acreditado**
- Crédito anual del plan: 1/ago - 31/jul • 870 horas es un 1 año de servicio acreditado
 - Evite interrupción de servicio, trabaje 500 horas durante año de crédito del Plan
- Requisito de Derechos Adquiridos (en años de Servicio Acreditado)**
- 5 años de Servicio Acreditado después de 1/ene/1997 • 10 de Servicio Acreditado antes de 1/ene/1997
- Unidades de Beneficio**
- 1 unidad de beneficio obtenida trabajando 1,000 o más horas en un año de crédito del Plan
- Crédito por Discapacidad**
- Servicio Acreditado y Unidades de Beneficios se conceden para periodos de discapacidad temporal bajo Compensación Laboral o Discapacidad Estatal.
 - Recibe 8 horas de crédito por cada día de Comp. Laboral pagada o Discapacidad Estatal.
- Tipos de Pensión y Requisitos**
- Regular: 65 años de edad con 5 años de servicio acreditado
 - Jubilación Anticipada: 55-64 años de edad con 10 años de servicio acreditado
 - Servicio: Cualquier edad con 25 unidades si participación empezó antes 1/ago/2013 O
 - 55 años de edad con 25 unidades si participación fue entre 1/ago/2013 - 31/jul/2015 O
 - 60 años de edad con 25 unidades si participación empezó en o después de 1/ago/2015
 - Discapacidad: Discapacitado antes de 65 años de edad con 10 años de servicio acreditado
- Cantidad de Beneficio**
- \$95 por cada unidad ganada antes de 1/ago/1986, si es aplicable, más
 - A partir del 1/ago/1986, siempre que trabaje un mínimo de 500 horas dentro del año de crédito del plan, el monto del beneficio se calcula de la siguiente manera:
 - Horas trabajadas en el año de crédito del plan x \$2.16 x factor de acreditación porcentual = total de beneficio mensual
 - Factor de Acreditación Porcentual:
 - 3.30% efectivo 1/ago/1986 a 31/jul/2003
 - 2.30% efectivo 1/ago/2003 a 31/jul/2019
 - 3.30% efectivo 1/ago/2019 a 31/jul/2019
 - 4.0% efectiva 1/ago/2020
 - 4.25% efectivo 1/ago/2022
 - Ejemplos de horas trabajadas en el año del plan 2022: 1,700 x \$2.16 x 4.0% = \$146.88 por mes
 - Puede ser elegible a incluir un beneficio suplemental de \$50
- Suspensión**
- Jubilados menos de 65 no pueden trabajar en la industria de Construcción
 - Jubilados entre 65-70% están prohibidos de trabajar 40 horas o más por mes en la industria de Construcción
- * Beneficios de Pensión pueden variar para ciertos Hod Carriers que participan antes del 1 de Junio de 2018.*

BENEFICIO DE VISIÓN

Plan de Pago Directo (PPO) Blue Vision

	Activo/Especial	Jubilado
Beneficios		
Examen	cada 12 meses	\$10 copago
Lentes	cada 12 meses	\$20 copago
Marcos	cada 24 meses	\$200 subsidio
Lentes de Contacto	cada 12 meses	\$200 subsidio
Copagos/Subsidios		
Examen	sin límite	\$10 copago
Lentes	cada 12 meses	Cubierto en su Totalidad
Marcos	cada 24 meses	\$145 subsidio
Lentes de Contacto	cada 12 meses	\$120 subsidio

Kaiser Vision Essentials

	Activo/Especial	Jubilado
Beneficios		
Examen	sin límite	\$15 copago
Lentes	cada 12 meses	\$10 copago
Marcos	cada 24 meses	\$145 subsidio
Lentes de Contacto	cada 12 meses	\$120 subsidio
Copagos/Subsidios		
Examen	sin límite	\$10 copago
Lentes	cada 12 meses	Cubierto en su Totalidad
Marcos	cada 24 meses	\$145 subsidio
Lentes de Contacto	cada 12 meses	\$120 subsidio

BENEFICIO DENTAL- PLAN ACTIVO & ESPECIAL

- Anthem Dental Complete**
- \$100/individuo; \$300/deducible familiar
 - Servicios diagnósticos/preventivos sin cargo
 - 30% de UCR para servicios mayores
 - \$2,500 subsidio máximo en el año del plan/persona
- Delta Care USA**
- No hay deducible
 - Copagos mínimos en ciertos procedimientos
- BrightNow! Dental**
- Servicios diagnósticos/preventivos sin cargo
 - \$2,500 subsidio máximo en el año del plan/persona
- United Healthcare Dental**
- No hay deducible
 - Copagos mínimos en ciertos procedimientos

BENEFICIO DENTAL- PLAN DE JUBILADO

- Anthem Blue Cross Dental**
- \$50/individuo; \$150 deducible familiar
 - Servicios diagnósticos/preventivos sin cargo
 - 30% de UCR para servicios mayores
 - \$2,500 subsidio máximo en el año del plan/persona
 - Ortodoncia - no cubierta
- Delta Care USA**
- \$0 deducible
 - Coseguro: Copagos variables
 - Sin máximo
 - Ortodoncia:
 - Tarifa de inicio: \$350
 - Tratamiento para Adulto: \$1,800
 - Tratamiento para Menor: \$1,600

BENEFICIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

- Plan de Pago Directo (PPO) - CarelonRx (AnthemRx) - (Plan Activo, Especial & Jubilado)**
- Copagos de Farmacia Menudeo (orden de 30-días)**
- 1^{er} - 3^{er} relleno: • \$10 genérico • \$20 formulario • \$30 no-formulario
- 4^o relleno y más: • \$20 genérico • \$40 formulario • \$60 no-formulario
- Copagos de Pedido Postal (orden de 90-días)**
- \$20 genérico • \$40 formulario de marca
 - \$60 marca no-formulario
- Pago Anual Máximo de su Bolsillo**
- \$3,000 por individuo, por año del plan
 - \$6,000 por individuo, por año del plan
 - \$35,000 máximo a pagar por individuo, para Jubilados solamente por año calendario

Kaiser (HMO) - Activo

- Farmacia Kaiser (orden de 30-100 días)**
- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Genérico | De Marca |
| • \$10 hasta orden de 30 días | • \$20 hasta orden de 30 días |
| • \$20 hasta orden de 100 días | • \$40 hasta orden de 100 días |
- Kaiser por Pedido Postal (orden de 100 días)**
- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Genérico | De Marca |
| • \$20 hasta orden de 100 días | • \$60 hasta orden de 100 días |

Kaiser - Jubilado Sin Medicare

- Usted paga el copago por receta médica a continuación en las farmacias de Kaiser Permanente; por orden de hasta 100 días de medicamentos genéricos o medicamentos necesarios de marca de acuerdo con las pautas del formulario del Plan de Salud.

- | | |
|-----------------|-----------------|
| Genérico | De Marca |
| • \$5 | • \$15 |

Kaiser - (KPSA) con Medicare en Farmacia Kaiser

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Genérico | De Marca |
| • \$5 hasta orden de 30 días | • \$10 hasta orden de 30 días |
| • \$10 por orden de 31-60 días | • \$20 por orden de 31-60 días |
| • \$15 por orden de 61-100 días | • \$30 por orden de 61-100 días |

Por Pedido Postal

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Genérico | De Marca |
| • \$5 hasta orden de 30 días | • \$10 hasta orden de 30 días |
| • \$10 por orden de 31-100 días | • \$20 por orden de 31-100 días |

*Las recetas escritas por médicos que no pertenecen a Kaiser no están cubiertas.