



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 2025

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 le 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 8/05/2025

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, \$200 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. 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: Visitas al especialista – un copago de \$15 por visita.

Información General	Plan de Pago Directo de los Obreros	Kaiser Permanente
		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	
Beneficios de CarelonRx proporcionados a través del Fondo, ya sea que utilice una Farmacia Contratante o no Contratadora. FARMACIA CONTRATANTE: Usted paga el copago por receta a continuación. <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 <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 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. <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. 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.	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. Las recetas escritas por médicos que no sean de Kaiser no están cubiertas. <u>En una farmacia Kaiser</u> Genérico: \$10 para hasta 30 días de suministro. \$20 para hasta 100 días de suministro. Marca: \$20 para hasta 30 días de suministro. \$40 para hasta 100 días de suministro. <u>Pedido por correo</u> Genérico: \$20 por hasta 100 días de suministro. Marca: \$40 por hasta 100 días de suministro.

 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.