



PARA: Todos los Participantes Jubilados Elegibles y sus Dependientes

RE: Comparación de los planes Médico-Hospital - A partir del 1 de Enero del 2025

El Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar para el Norte de California ("Fondo") ofrece tres (3) planes Médico-Hospitalarias ("Plan Médico") a los Participantes y sus dependientes elegibles que han cumplido con los requisitos de elegibilidad del Plan para Obreros Jubilados ("Plan"). Como Participante Jubilado, se le permite: (1) inscribirse inicialmente en uno de los tres Planes Médicos enumerados a continuación, y (2) cambiar de Plan Médico hasta un máximo de dos veces por año calendario.

- 1. Plan de Pago Directo de los Obreros (proporciona cobertura médica y de medicamentos recetados)** - para personas elegibles y no elegibles para Medicare. Este es un Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO). Este Plan Médico ofrece beneficios tradicionales de pago por servicio. Se le permite usar cualquier proveedor, pero si utiliza hospitales y proveedores participantes (PPO) puede reducir sus costos de bolsillo.
- 2. Plan Kaiser Permanente (proporciona cobertura médica y de medicamentos recetados)** - para personas elegibles y no elegibles para Medicare. Este es un plan de la Organización de Mantenimiento de Salud (HMO). Kaiser ofrece beneficios sin costo o con copagos limitados para usted, sin embargo, su elección se limita únicamente a los médicos e instalaciones aprobados por Kaiser. Si elige Kaiser, usted y sus dependientes, con o sin Medicare, deben inscribirse en Kaiser.
- 3. Plan de Anthem Blue Cross Medicare Advantage (proporciona cobertura médica y de medicamentos recetados) solo para individuos elegibles de Medicare.** – Este es un Plan de Medicare Advantage PPO. Usted tiene la libertad de ver a cualquier proveedor de Medicare en los 50 estados y los 5 territorios de EE. UU., siempre y cuando que el proveedor acepte Medicare y el plan. No hay copagos ni coseguros en este plan. Cubre todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare Original más los beneficios adicionales no cubiertos por Medicare.

Se adjunta una Comparación y Resumen de Planes Médicos que describe en 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 Planes Médicos para que pueda decir qué Plan se adapta a las necesidades de atención médica de toda su familia. Le sugerimos revisar la Comparación y las Tarifas Mensuales de Auto Pago **antes** de seleccionar un Plan Médico (ver página 3). Una vez más, se le permite cambiar los Planes Médicos no más de dos veces por año calendario. Para cambiar de Plan Médico, solicite el formulario de Forma de Solicitud de Beneficios del Plan de Jubilados de la Oficina del Fondo de Fideicomiso, su Unión Local o visite la página web de la Oficina del Fondo, www.lfao.org, para imprimir o pedir el formulario. Si usted es elegible para inscribirse en los Planes Dentales y de Visión opcionales, consulte la Comparación para Planes Dentales y de Visión.

Independientemente del Plan Médico que elija, **se le requiere completar el Forma de Solicitud de Beneficios del Plan de Jubilados.** También debe completar un formulario de elección de **Kaiser Permanente Senior Advantage (KPSA)** o Anthem Blue Cross Medicare Advantage Plan para cada persona elegible de Medicare que se inscriba en Kaiser o Plan de Anthem Medicare. Todos los formularios requeridos para inscribirse en un Plan Médico deben ser enviados directamente a la Oficina del Fondo en la dirección anterior – **no envíe ninguno de los formularios directamente a Kaiser Permanente o Anthem Blue Cross.**

Es importante que notifique a la Oficina del Fondo inmediatamente si ocurre el siguiente evento: (1) usted o cualquiera de sus dependientes inscritos se convierten en elegibles para Medicare, o (2) desea eliminar un dependiente existente o agregar un nuevo dependiente a su Plan Médico, como su cónyuge o hijo. Si usted no notifica a la Oficina del Fondo de un cambio a la elegibilidad de Medicare o el estados de su dependiente, puede resultar en un pago excesivo o insuficiente de sus reclamos médicos y/o la prima mensual que usted paga por la cobertura. 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 del Fideicomiso.

Sinceramente

JUNTA DE FIDEICOMISARIOS

Revisado 12/03/2024

1. **PLAN MÉDICO (incluidos los beneficios de Medicamentos Recetados)** - El Fondo ofrece los siguientes tres Planes Médicos: (1) **Plan de Pago Directo para Obreros**, (2) **Plan Kaiser Permanente** y (3) **Plan de Anthem Blue Cross Medicare Advantage**. Tenga en cuenta que el Plan de Anthem Blue Cross Medicare Advantage **es solo para personas elegibles de Medicare**. Si solo usted o su cónyuge tiene Medicare y el otro es Sin-Medicare, la persona elegible de Medicare puede elegir el Plan de Anthem Medicare Preferred PPO, pero la persona que es Sin-Medicare debe inscribirse en el Plan de Pago Directo de los Obreros. Si ambos tienen Medicare, se le permite dividir los Planes Médicos, lo que significa que puede inscribirse en el Plan de Anthem Medicare Advantage y su cónyuge en el Plan de Pago Directo de los Obreros (o viceversa). Usted paga el 100% de la tarifa que se muestra en la siguiente tabla para la cobertura del Plan Médico que elija a menos que tenga derecho a un Subsidio de 25% o 50% basado en los siguientes criterios:
 - **Subsidio del 50% (usted paga el 50% de la tarifa mostrada)** - Si usted tiene 55 años o más (edad 55 significa el mes siguiente de su 55 cumpleaños) y tiene 25 años de servicio acreditado, o independientemente de la edad y años del Servicio Acreditado, se le aprobó una Pensión por Discapacidad basada en una Incapacidad Permanente por parte del Seguro Social, o independientemente de Años de Servicio Acreditado, usted tiene 70 años (70 años significa el mes siguiente a su 70 cumpleaños).
 - **Subsidio del 25% (usted paga el 75% de la tarifa mostrada)** - Si tiene 55 años o más y ganó de 10 - 24 años de servicio acreditado.
2. **PLAN DENTAL** - El Fondo ofrece los siguientes 2 Planes Dentales: Anthem Blue Cross Dental Complete y DeltaCare USA
3. **PLAN VISION** - El Fondo ofrece los siguientes 2 Planes de Visión: Anthem Blue Cross Blue View Vision y Kaiser Vision Essentials

IMPORTANTE: Las tarifas de auto pago están sujetas a cambios cada 1 de marzo. El Subsidio **no se aplica** a los Planes Dentales y Visión.

| TIPO DE COBERTURA | Plan Médico (incluidos los beneficios de Medicamentos Recetados) | | | | Plan Dental | Plan de Visión |
|---|---|---|--|---|---|---|
| | Pago Directo | Anthem | Kaiser Permanente | | | |
| | Plan de Pago Directo de los Obreros para Personas Sin-Medicare | Anthem Blue Cross Medicare Advantage para Personas de Medicare | Kaiser Permanente para Personas Sin-Medicare | Kaiser Permanente Senior Advantage para Personas de Medicare | Usted pagará el 100% de la tarifa que se muestra MÁS la tarifa para el Plan Médico que usted eligió. | |
| | *Sin costo (copagos, coseguro; deducible) para individuos con Medicare. Cubre todos los servicios cubiertos por el Plan Jubilado, incluso si Medicare no cubre | Importante – solo cubre servicios cubiertos por Medicare | | | | |
| Un Medicare | \$374 | \$311 | | \$347 | Independientemente del tamaño de la familia, la tarifa mensual es la misma. | Independientemente del tamaño de la familia, la tarifa mensual es la misma. |
| Dos Medicare | \$733 | \$622 | | \$694 | | |
| | \$685 (uno está inscrito en el Plan de Pago Directo de los Obreros y el otro está inscrito en Anthem Blue Cross Medicare Advantage Plan) | | | | | |
| Un Sin-Medicare | \$1,375 | | \$1,412 | | Anthem Dental \$75 | Anthem Visión \$9 |
| Dos Sin-Medicare | \$2,731 | | \$2,824 | | | |
| Un Medicare y Un Sin-Medicare | \$1,749 | \$1,686 (las personas que no son de Medicare deben inscribirse en el Plan de Pago Directo de los Obreros) | \$1,759 | | DeltaCare USA \$40 | *Kaiser Visión \$4 |
| Un Medicare y Dos Sin-Medicare | | | \$2,818 | | | |
| Familia (3 o más) Si su mezcla familiar es diferente, llamar a la Oficina del Fondo del Fideicomiso para las tarifas específicas. | \$2,731 Familia Sin- Medicare | | \$3,881 Familia Sin-Medicare | \$1,041 por 3 personas de Medicare (personas que no son de Medicare pueden inscribirse en el Plan de Kaiser Sin-Medicare) | | * - Si usted está inscrito en el Plan de Pago Directo de los Obreros, no se le permite elegir Kaiser Visión. |

| Información General | Plan de Pago Directo de los Obreros para Personas Sin Medicare | Anthem Blue Cross Medicare Advantage para Personas con Medicare | Kaiser Permanente para Personas Sin Medicare | Kaiser Permanente Senior Advantage para Personas con Medicare |
|---|--|--|--|---|
| | *Sin costo (copagos, coseguro; deducible) para Individuos con Medicare | | | |
| Tipo de Plan | El Plan de Pago Directo proporciona beneficios médicos tradicionales de pago por servicio y ofrece una cobertura más alta cuando utiliza los hospitales y proveedores participantes de Anthem Blue Cross (PPO). | La atención se brinda a través de médicos o personal médico que acepta Medicare y el Plan. | 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. | 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. Medicare no pagará ni proporcionará beneficios por los servicios recibidos fuera del Programa Medicare de Kaiser. |
| Zona 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. | Cobertura en el área de servicio geográfica definida por CMS de Anthem de los 50 estados, Washington, D.C. y territorios de EE. UU. | Debe residir 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 de Fideicomiso. | |
| Elección de Médicos | Ilimitado. El uso de los médicos participantes de Anthem Blue Cross resulta en menores gastos de su bolsillo. | Libertad de elegir proveedores que acepten Medicare y el plan, a nivel nacional, sin referido. | Cada miembro puede utilizar cualquier médico de Kaiser Permanente. | |
| Atención Especializada: Dentro la Red Fuera la Red | Usted selecciona a cualquier especialista. Usted selecciona a cualquier especialista. | Usted selecciona a cualquier especialista. Usted selecciona a cualquier especialista. | Autorreferencia a especialistas como optometría, dependencia química, psiquiatría y obstetricia/ginecología. Su médico de Kaiser Permanente lo remite a otros especialistas. Un especialista externo requiere una referencia específica de su Médico del Plan. 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. | Los beneficios fuera de la red se aplican al tratamiento en cualquier parte de los Estados Unidos, sus territorios y posesiones. Los servicios de urgencia y emergencia fuera de los Estados Unidos están cubiertos. | 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. | |
| Beneficio Máximo de Por Vida | \$750,000 por individuo, \$2,000 de reincorporación por Año del Plan. | Ninguno. | Ninguno. Se aplican algunas restricciones. \$1,500 máximo de su bolsillo por individuo hasta \$3,000 por familia por año calendario. | |

| Información General | Plan de Pago Directo de los Obreros para Personas Sin Medicare | Anthem Blue Cross Medicare Advantage para Personas con Medicare | Kaiser Permanente para Personas Sin Medicare | Kaiser Permanente Senior Advantage para Personas con Medicare |
|--|--|---|--|---|
| | *Sin costo (copagos, coseguro; deducible) para Individuos con Medicare | | | |
| 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. | Ninguno. | Ninguno. | |
| Gastos Médicos y Hospitalarios Máximos Anuales del Bolsillo Solamente | \$3,000 por individuo, máximo de \$6,000 por familia por Año del Plan. Incluye su deducible, coaseguro y copagos para cargos de Proveedores de PPO solamente. 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. | \$0 | Para los Servicios sujetos al máximo, usted no pagará más Costos Compartidos por el resto del año calendario si los Copagos y Coaseguros que usted paga por esos Servicios suman la siguiente cantidad: para cualquier miembro = \$1,500 por año calendario. | |
| Hospitalización Médico/Cirugía Salud Mental | No está sujeto a deducible. PPO Hospital - 90% del primer \$10,000 y 100% a partir de entonces de las tarifas negociadas. Hospital No-PPO - 70%* del primer \$10,000 y 100% a partir de entonces de los cargos permitidos. * - 90% si el paciente o la admisión de emergencia reside fuera de California. | Ninguno. | Atención hospitalaria (incluyendo habitación y comida, medicamentos, imágenes, laboratorio, otros servicios de diagnóstico y tratamiento, y servicios médicos del plan) - Sin cargo. | |
| Cirugía Total de Reemplazo de Cadera o Rodilla | Igual que el Médico/Cirugía anterior, pero no debe exceder \$30,000 Asignación Máxima del Plan. Costos de bolsillo más altos si no utiliza un hospital de sitio basado en el valor aprobado por el Plan. | Ninguno. | Cirugía y procedimientos ambulatorios (incluyendo servicios de diagnóstico y diagnóstico por imágenes) cuando se realiza en un centro de cirugía ambulatoria o en un sala de operaciones del hospital, o en cualquier entorno donde un miembro del personal con licencia monitorea sus signos vitales mientras recupera la sensación después de recibir medicamentos para reducir la sensación o minimizar la incomodidad: \$10 por procedimiento. | |
| Centro de Enfermería Especializada/ECF | Igual que médico/cirugía arriba. | Ninguno. | Servicios de centros de enfermería especializada de hasta 100 días por periodo de beneficios: Sin cargo. | |

| Información General | Plan de Pago Directo de los Obreros para Personas Sin Medicare | Anthem Blue Cross Medicare Advantage para Personas con Medicare | Kaiser Permanente para Personas Sin Medicare | Kaiser Permanente Senior Advantage para Personas con Medicare |
|--|--|---|--|---|
| | *Sin costo (copagos, coseguro; deducible) para Individuos con Medicare | | | |
| Abuso de Alcohol y Sustancias | Igual que médico/cirugía en la página previa. | Sin cargo. | Desintoxicación hospitalaria: Sin cargo. Evaluación y tratamiento individual del trastorno por consumo de sustancias ambulatorias: \$10 por visita. Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias ambulatorias en grupo: \$5 por visita. | |
| Revisión de la Utilización | Parte automática de los procedimientos del plan. Requerido para la mayoría de las estancias en el hospital. Hasta \$2,000 de penalización por incumplimiento si es admitido en el Hospital No-PPO. | Parte automática de los procedimientos del Plan. | Parte automática de los procedimientos del Plan. | |
| Cuidado Médico de Hospital Ambulatorio | Sujeto a Deducible. PPO Hospital - 90% de las tarifas negociadas. No-PPO Hospital - 70% de los cargos permitidos. | Sin cargo. | Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios: \$10 por procedimiento. | |
| Sala de Emergencias Hospital Ambulatorio | Sujeto a Deducible. Copago de \$25 cada uno para las visitas 1, 2 y 3, \$200 cada visita a partir de entonces por año calendario, ya sea que se utilice PPO o No PPO Hospital. PPO Hospital - 90% de las tarifas negociadas. Hospital No-PPO - 70% de los cargos permitidos. El copago se exime bajo ciertas circunstancias. | Sin cargo. | Copago de \$50 por visita. El copago se exime si es admitido. | |
| 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. | Sin cargo. | Visitas de atención de urgencia: \$10 por visita. | |
| Cargos en Instalaciones de Procedimientos Artroscópicos, Cataratas o Colonoscopia | Sujeto a deducible. PPO Hospital - 90%* de tarifas negociadas. Hospital No-PPO - 70%* de los cargos permitidos. * - 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 de Sitio Basado en Valores. | Sin cargo. | Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios: \$10 por procedimiento. | |

| Información General | Plan de Pago Directo de los Obreros para Personas Sin Medicare | Anthem Blue Cross Medicare Advantage para Personas con Medicare | Kaiser Permanente para Personas Sin Medicare | Kaiser Permanente Senior Advantage para Personas con Medicare |
|--|--|---|--|---|
| | *Sin costo (copagos, coseguro; deducible) para Individuos con Medicare | | | |
| Centro Ambulatoria de Cirugía | Sujeto a Deducible. Facilidad de PPO - 90% de las tarifas negociadas. Facilidad No-PPO - \$500 Asignación del Plan Máximo | Sin costo. | Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios: \$10 por procedimiento. | |
| Atención Médica en el Hogar | Sujeto a Deducible. 90% de los cargos cubiertos. Solo por referido por parte de la Administración de Casos. | Sin costo. | Servicios de atención médica en el hogar (hasta 2 horas como máximo/visita, hasta 3 visitas máximo/día, hasta 100 visitas máximo/año): Sin cargo. | |
| Cuidado de Hospicio | Sujeto a Deducible. 90% de los cargos cubiertos. Solo por referido por parte de la Administración de Casos. | Cobertura a través del Medicare Original. | Sin cargo | |
| Honorarios Visitas Médicos a la Oficina | Sujeto a Deducible y copago de \$15 por visita. PPO Médico - 100% tarifa negociada. Médico No-PPO - 70% de cargo permitido. | Sin cargo. | \$10 por visita | |
| Telesalud Electrónico/ En Línea | Incluyendo exámenes de médicos, salud mental y de abuso de sustancias. Debe utilizar un médico a través de LiveHealth o Transarent (individuos Sin-Medicare). 100% del cargo permitido, sin Deducible y Copago. | Incluyendo exámenes médicos, de salud mental y de abuso de sustancias. Puede acudir a un médico a través de LiveHealth Online o a través de su médico de cabecera. 100% del cargo permitido, sin Deducible y Copago. | Visitas de Telesalud – Visitas interactivas en video o visitas telefónicas programadas: Visitas de atención primaria y visitas al especialista no médico – Sin cargo. Visitas al especialista médico – Sin cargo | |
| Cirugía | Sujeto a Deducible. PPO Médico - 90% de la tarifa negociada. Médico No-PPO - 70% de la carga permitida. | Sin costo. | Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios: \$10 por procedimiento. | |
| Médico de Sala de Emergencias | Sujeto a Deducible. PPO Médico - 90% de la tarifa negociada. Médico No-PPO - 90% de la carga permitida. | Sin costo. | Visitas a la Sala de Emergencias: \$50 por visita. | |
| Servicios Preventivos | Servicios o procedimientos preventivos identificados por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010. Proveedores de PPO solamente - Sin costo compartido (Deducible, Copago y Coaseguro) por el Participante, 100% pagadero. | Sin costo. | Servicios de detección y asesoramiento cuando se proporcionan durante un examen físico de rutina o un examen preventivo para niños sanos, como asesoramiento sobre obesidad, exámenes rutinarios de la vista y la audición, exámenes de abuso de alcohol y sustancias, educación para la salud, detección de depresión y exámenes de desarrollo para diagnosticar y evaluar posibles retrasos en el desarrollo: Sin cargo. | |

| Información General | Plan de Pago Directo de los Obreros para Personas Sin Medicare | Anthem Blue Cross Medicare Advantage para =Personas con Medicare | Kaiser Permanente para Personas Sin Medicare | Kaiser Permanente Senior Advantage para Personas con Medicare |
|--|---|--|--|--|
| | *Sin costo (copagos, coseguro; deducible) para Individuos con Medicare | | | |
| Examen Físico y Bienestar del Bebé | <p>El examen físico, el Bienestar de Bebé, el laboratorio o la radiología realizados por proveedores No-PPO se pagarán al nivel normal de beneficios del Plan con costos compartidos por el Participante.</p> <p>No está sujeto al Deducible y Copago por Visita al Consultorio Médico.</p> <p>Asignación Máxima del Plan: Participante o Cónyuge - \$300 por examen. Niño mayor de 2 años a \$200 por examen.</p> <p>Los cargos de Bienestar del Bebé para niños dependientes hasta los 2 años son pagados como visita de oficina de rutina y no están sujetos a un máximo de \$200 por examen.</p> | Sin costo. | <p>Exámenes físicos de rutina, incluyendo exámenes preventivos y de buena mujer para Miembros de 2 años o más: \$10 por visita.</p> <p>Exámenes preventivos para niños sanos para Miembros hasta los 23 meses de edad: \$5 por visita.</p> | Visita anual de bienestar y la visita preventiva "Bienvenido a Medicare": Sin cargo. |
| Vacunas Inoculaciones | <p>Sujeto a Deducible. Proveedor de PPO - 90% de la tarifa negociada. Proveedor No-PPO - 70% de la carga permitida.</p> <p>*Vacuna Contra la Culebrilla - Cubierta</p> | <p>Cubierto por Medicare Parte B Vacunas – Sin cargo.</p> <p>*Vacuna Contra la Culebrilla – No cubierta a través servicio médico, pero si a través de la farmacia.</p> | <p>Imunizaciones (incluida la vacuna) administradas en una Oficina Médica del Plan: Sin Cargo.</p> | |
| Servicio Ambulatorio de Abuso de Sustancias | <p>Sujeto a Deducible y copago de \$15 por visita. PPO Médico - 100% de la tarifa negociada. Médico No-PPO - 70% de cargo permitido.</p> | <p>Desintoxicación para pacientes hospitalizados: sin cargo. Evaluación y tratamiento de trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios individuales: sin cargo. Tratamiento grupal ambulatorio de trastorno por uso de sustancias - Sin cargo</p> | <p>Desintoxicación para pacientes hospitalizados: Sin cargo. Evaluación y tratamiento individual del trastorno por consumo de sustancias ambulatorias: \$10 por visita. Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias ambulatorias en grupo: \$5 por visita.</p> | |
| Servicio Ambulatorio de Salud Mental | <p>Sujeto a Deducible y copago de \$15 por visita. PPO Médico - 100% tarifa negociada. Médico No-PPO - 70% de cargo permitido.</p> | <p>Hospitalización psiquiátrica para pacientes hospitalizados - Sin cargo. Evaluación y tratamiento individual de salud mental para pacientes ambulatorios: sin cargo. Tratamiento grupal de salud mental para pacientes ambulatorios: sin cargo.</p> | <p>Hospitalización psiquiátrica hospitalaria: Sin cargo. Evaluación y tratamiento individual de salud mental ambulatoria: \$10 por visita. Tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios en grupo: \$5 por visita</p> | |
| Cesación de Fumar | <p>Sujeto a Deducible y copago de \$15 por visita. PPO Médico - 100% tarifa negociada. Médico No-PPO - 70% de cargo permitido.</p> | <p>Beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare: sin cargo.</p> | <p>Asesoramiento individual durante una visita a la oficina relacionada con el abandono del tabaquismo: Sin cargo.</p> | |

| Información General | Plan de Pago Directo de los Obreros para Personas Sin Medicare | Anthem Blue Cross Medicare Advantage para Personas con Medicare | Kaiser Permanente para Personas Sin Medicare | Kaiser Permanente Senior Advantage para Personas con Medicare |
|--|---|---|---|---|
| | *Sin costo (copagos, coseguro; deducible) para Individuos con Medicare | | | |
| Prueba de Laboratorio, 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. | Sin cargo. | Sin cargo. | |
| Beneficios de Quiropráctica | 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. | Para servicios quiroprácticos no cubiertos por Medicare prestados por un médico para tratar una enfermedad o lesión: sin cargo, limitado a 20 visitas por año combinadas dentro y fuera de la red. | No está cubierto. | |
| Terapia Física | Sujeto a Deducible. Proveedor de PPO - 90% de la tarifa negociada. Proveedor No-PPO - 70% de la carga permitida. | Visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare: Sin cargo. | Terapia física, ocupacional y de lenguaje para pacientes ambulatorios: Individual \$10 por visita, Grupal \$5 por visita. Terapia física, ocupacional y de lenguaje proporcionada en un programa organizado y multidisciplinario de tratamiento de día: \$10 por día. | |
| Salud Nutricional Asesoramiento Dietética | Sujeto a Deducible. Sujeto a \$15 copago de Visita al Consultorio Médico si se factura como visita al consultorio. Proveedor de PPO - 90% de la tarifa negociada. 100% para visita al consultorio. Proveedor No-PPO - 70% de la carga permitida. | Programas de educación sobre la salud cubiertos por Medicare - que pueden incluir programas proporcionados en línea y asesoramiento por teléfono: Sin cargo. | Programas de educación para la salud cubiertos, que pueden incluir programas proporcionados en línea y consejería por teléfono: Sin cargo. | |
| Equipo Médico Duradero | Sujeto a Deducible. Rx requerido de un médico. Proveedor de PPO - 90% de la tarifa negociada. Proveedor No-PPO - 70% de la carga permitida. | Equipo médico duradero cubierto por Medicare: Sin cargo. | Equipo médico duradero cubierto para uso doméstico: Sin cargo. | |
| Ambulancia | Sujeto a Deducible. Ambulancia aérea cubierta si existe una condición potencialmente mortal. Proveedor de PPO - 90% de la tarifa negociada. Proveedor No-PPO - 70% de la carga permitida o 90% si la condición potencialmente mortal. | Sin cargo. | Sin cargo. | |
| Dispositivo de Audífonos | Sujeto a Deducible. Asignación máxima del plan: \$1,200 por oído/dispositivo por 36 meses. | Los audífonos están limitados a un beneficio máximo de \$1,500 cada 24 meses combinado dentro y fuera de la red. Incluye tecnología de audífonos digitales y modelos de oído interno, oído externo y sobre el oído. Ajuste de adaptación después de recibir el audífono, si es necesario. | Audífonos, incluyendo, ajuste, asesoramiento, limpieza e inspección: No cubierto. Exámenes auditivos con un audiólogo para determinar la necesidad de corrección auditiva: \$10 por visita. | |

| Plan de Pago Directo de los Obreros <i>para Personas con Medicare y Sin Medicare</i> | Anthem Blue Cross Medicare Advantage <i>para Personas con Medicare</i> | Kaiser Permanente <i>para Personas Sin Medicare</i> | Kaiser Permanente Senior Advantage <i>para Personas con Medicare</i> |
|--|--|---|--|
| <p>Beneficios de CarelonRx proporcionados a través del Fondo, ya sea que utilice una Farmacia Contratante o no Contratante.</p> <p>FARMACIA CONTRATANTE: Usted paga el copago por receta a continuación.</p> <p><u>Venta al Por Menor</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:</u> \$20,000 máximo a pagar por individuo, por año calendario para pedido combinado de venta al por menor y por correo.</p> <p><u>Máximo de Gastos de Bolsillo Solo para Farmacia Contratante</u> \$3,000 por persona hasta \$6,000 por familia, por año calendario. Máximo 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 en las farmacias Kaiser Permanente; hasta 100 días de suministro de medicamentos de marca recetados genéricos o medicamento necesarios de acuerdo con las pautas del formulario del plan de salud.</p> <p>Genérico - \$5.</p> <p>Nombre de marca - \$15.</p> | <p>Usted paga el copago por receta a continuación para medicamentos cubiertos de acuerdo con las directrices del Formulario del Plan de Salud.</p> <p>Las recetas escritas por médicos que no sean de Kaiser no están cubiertas.</p> <p><u>En una farmacia Kaiser</u></p> <p>Genérico: \$5 por hasta 30 días de suministro. \$10 por suministro de 31 - 60 días. \$15 por suministro de 61 - 100 días.</p> <p>Nombre de Marca y medicamentos especiales: \$10 por hasta 30 días de suministro. \$20 por suministro de 31 a 60 días. \$30 por suministro de 61 - 100 días.</p> <p><u>Pedido por correo</u></p> <p>Genérico: \$5 por hasta 30 días de suministro. \$10 por suministro de 31 - 100 días. Nombre de Marca y medicamentos especiales: \$10 por hasta 30 días de suministro. \$20 por suministro de 31 a 100 días.</p> | |

 **Números de teléfono y**  **direcciones 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

Plan de Anthem Blue Cross Medicare Advantage: 1-833-848-8729 | www.anthem.com/ca | Al llamar, consulte el Número de Grupo CAEGR010

Kaiser Permanente: 1-800-464-4000 (inglés) o 1-800-788-0616 (español) | www.kaiserpermanente.org | Al llamar, refiere al Numero de Grupo 603307

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 esta Comparación no debe interpretarse ni aceptarse como sustituto de las disposiciones de las Reglas y Reglamentos del Plan de Pago Directo para Obreros Jubilados, Plan de Anthem Blue Cross Medicare Advantage o el contrato de Kaiser Permanente.

| Características del Plan | Anthem Blue Cross Dental Complete | DeltaCare USA |
|---|--|---|
| Prima Mensual | \$75 independientemente del tamaño de la familia | \$40 independientemente del tamaño de la familia |
| Deducible Anual | \$50 por persona \$150 por máximo familiar Diagnóstico y Servicios Preventivos NO sujetos al Deducible | Ninguno |
| Máximo de Beneficios Anuales | \$2,500 por persona Diagnóstico y Servicios Preventivos NO se aplica al Máximo de Beneficios Anuales | Sin máximo |
| Coseguro Participante (Su porción) | Diagnóstico y Servicios Preventivos: 0% Servicios Básicos & Mayores: 30% Endodoncia y Periodoncia: 30% Prostodoncia y Cirugía Oral: 30% | Copagos variables |
| Beneficios de Ortodoncia | No cubierto | Copagos Participantes: Tarifa de Inicio: \$350 Tratamiento para Adulto: \$1,800 Tratamiento para Niño: \$1,600 |

 **Números de Teléfono y**  **Direcciones del Sitio Web**

Anthem Blue Cross Dental Complete: 1-877-567-1804 | www.anthem.com/ca/mydentalvision

DeltaCare USA: 1-800-422-4234 | www.es.deltadentalins.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 esta Comparación no debe interpretarse ni aceptarse como sustituto de las disposiciones del contrato de Anthem Blue Cross Dental Complete o DeltaCare USA.



| Anthem Blue Cross Blue View Vision (Prima Mensual: \$9) | | | |
|--|----------------------------|--|---|
| Beneficios Cubiertos y Limitación de Frecuencia | PROVEEDOR DENTRO DE LA RED | | PROVEEDOR FUERA DE LA RED |
| | Subsidio del Plan | Su Copago | |
| Examen Ocular de Rutina <i>Cada 12 meses</i> | Cubierto en su totalidad | \$10 | Subsidio de \$37 solamente |
| Marco de Gafas <i>Cada 12 meses</i> | \$200 | Usted paga el saldo después de \$200 asignación menos 20% de descuento | Subsidio de \$40 solamente |
| Lentes Estándar <i>Cada 12 meses</i> 1 par de Lentes Simples, Bifocales, Trifocales o Lenticulares | Cubierto en su totalidad | \$10 (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 (Prima Mensual: \$4) | | | |
|---|---|---|--|
| Beneficios Cubiertos y Limitación de Frecuencia | EN LOS CENTROS ÓPTICOS DE KAISER PERMANENTE | | |
| | Subsidio del Plan | Su Copago | Notas |
| Examen Ocular de Rutina <i>Sin límite</i> | Cubierto en su totalidad | \$10 | 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> | Cubierto en su totalidad | | 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 direcciones 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 Comparación 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 esta comparación no debe interpretarse ni aceptarse como sustituto de las disposiciones del contrato de Anthem Blue Cross Blue View Vision o Kaiser Vision Essentials.