



Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California
220 Campus Lane * Fairfield, California 94534-1498
Teléfono: (707) 864-2800 Gratuito: (800) 244-4530
Sitio Web: www.norcalaborers.org

A: TODOS LOS OBREROS JUBILADOS Y SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES CUBIERTOS BAJO EL PLAN DE OBREROS JUBILADOS EFECTIVO AL 1 DE MARZO DE 2017

El Fondo Fideicomiso ofrece a los Participantes Jubilados y a sus dependientes elegibles la opción entre dos planes Médico-Hospitalarios y de Medicamentos de Receta:

- Plan de Pago Directo de los Obreros – un plan tradicional de pago-por-servicio
- Kaiser Permanente – un plan de Organización de Mantenimiento de Salud (HMO, por sus siglas en inglés)

Usted y sus dependientes elegibles pueden elegir la cobertura bajo el Plan de Pago Directo de los Obreros o Kaiser Permanente. Kaiser le proporciona beneficios sin costo para usted o con copagos limitados; no obstante, Kaiser limita su selección de médicos e instalaciones. El Plan de Pago Directo de los Obreros ofrece beneficios tradicionales de pago-por servicio y usted puede usar cualquier médico u hospital que desee, no obstante, usar un proveedor del Plan Prudent Buyer de Anthem Blue Cross puede reducir sus costos de bolsillo.

La Comparación y el Resumen de Beneficios adjuntos (ver páginas 3 a la 6) están diseñados para ayudarle a seleccionar un plan médico que se adapte a las necesidades de atención médica de toda su familia. Le exhortamos a que revise la Comparación y la Hoja de Tarifas del Plan de Jubilados (ver la página 2) *antes de* seleccionar un plan. A usted se le permite cambiar su plan no más de dos veces por cada año calendario.

Independientemente de que seleccione el Plan de Pago Directo de los Obreros o el de Kaiser Permanente, **usted tiene que completar un Formulario de Solicitud del Plan de Jubilados de los Obreros**. No obstante, también tiene que completar un formulario de elección de **Kaiser Permanente Senior Advantage (KPSA)**, por sus siglas en inglés). Todos los formularios que se requiere completar tienen que ser enviados por correo a la Oficina del Fondo Fideicomiso a la dirección anterior – **no envíe ninguno de los formularios directamente a Kaiser Permanente**.

**NOTIFIQUE A LA OFICINA DEL FONDO FIDEICOMISO SOBRE
CUALQUIER CAMBIO EN EL ESTADO DE LOS DEPENDIENTES**

Ya sea que se inscriba en al Plan de Pago Directo de los Obreros o en Kaiser Permanente, tiene que notificar a la Oficina del Fondo Fideicomiso de cualquier cambio de estado de dependiente completando un nuevo Formulario de Inscripción y presentando los documentos requeridos junto al mismo. Por ejemplo, si desea añadir un dependiente, tales como un cónyuge, complete un nuevo Formulario de Inscripción y presente el documento apropiado según se requiera en el formulario. Si desea eliminar un dependiente, también tiene que presentar un nuevo Formulario de Inscripción. Si no notifica a la Oficina del Fondo Fideicomiso sobre un cambio en el estado de un dependiente, el pago de las reclamaciones puede demorarse. Los Formularios de Inscripción están disponibles en su Sindicato Local, el sitio web de los Fondos Fideicomisos o llamando a la Oficina del Fondo Fideicomiso al teléfono anterior.

Si necesita más información o tiene cualquier pregunta respecto a esta hoja intercalada, favor de no dudar en comunicarse con la Oficina del Fondo Fideicomiso. El personal estará encantado en asistirle.

Atentamente,
JUNTA DE FIDEICOMISARIOS



FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS OBREROS PARA EL NORTE DE CALIFORNIA

HOJA DE TARIFAS DEL PLAN DE JUBILADOS

TARIFAS MENSUALES DE AUTO-PAGO EFECTIVAS AL 1 DE MARZO DE 2017

Su prima mensual es 100% de la tarifa que aparece más adelante para la cobertura Médico-Hospitalaria y de Medicamentos de Receta a menos que tenga derecho a un subsidio del 25% o el 50% en base a los criterios siguientes: **(para más detalles sobre el Subsidio a Empleados Jubilados, consulte el Artículo II, Subsección 2.b de las Reglas y Reglamentos de su Plan de Salud y Bienestar de Jubilados.**

50% - Usted tiene más de 55 años de edad (la edad de 55 significa el mes siguiente a cumplir 55) y ganó 25 Años de Servicio Acreditado, o independientemente de la edad y los Años de Servicio Acreditado, a usted le aprobaron una Pensión de Incapacidad en base a una Adjudicación de Incapacidad del Seguro Social, o independientemente de los Años de Servicio Acreditado, usted tiene 70 años de edad (la edad de 70 significa el mes siguiente a que cumpla 70).

25% - Usted tiene más de 55 años de edad y ganó 10 – 24 Años de Servicio Acreditado.

El Fondo Fideicomiso ofrece 3 planes dentales: Delta Dental, DeltaCare USA y PrimeCare Dental (Union Dental) y 2 planes de la vista: Anthem Blue Cross Blue Vision y Kaiser Vision Essentials. Si usted eligió cobertura dental y/o de la vista, su prima mensual es el 100% de la tarifa que aparece más adelante aparte de la prima mensual por la cobertura Médico-Hospitalaria y de Medicamentos de Receta independientemente de si eligió el plan de los Obreros o el de Kaiser Permanente. El Subsidio de Empleado Jubilado no aplica a la cobertura dental y de la vista – usted paga el 100% de la prima mensual.

TIPO DE COBERTURA	PLAN MÉDICO-HOSPITALARIO Y DE MEDICAMENTOS DE RECETA			PLAN DENTAL	PLAN DE LA VISTA
	PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS OBREROS	KAISER PERMANENTE (No-Medicare)	KAISER PERMANENTE (Medicare)		
Un Medicare	\$356		\$371	Independientemente del tamaño de la familia, la prima mensual es la misma.	Independientemente del tamaño de la familia, la prima mensual es la misma.
Dos Medicare	\$699		\$741		
Uno No-Medicare	\$814	\$1,030		Delta Dental - \$74 DeltaCare - \$50 PrimeCare (Union Dental) - \$65	Anthem Vision - \$11 *Kaiser Vision - \$5 * - si usted está inscrito en el Plan de Pago Directo de los Obreros, no se le permite elegir Kaiser Vision.
Dos No-Medicare	\$1,626	\$2,061			
Un Medicare y Un No-Medicare	\$1,170	\$1,401	\$1,401		
Un Medicare y Dos No-Medicare	\$1,170	\$2,256	\$2,256		
Familia (3 o más) Si la combinación de su familia es diferente a la anterior, llame a la Oficina del Fondo para las tarifas específicas.	\$1,626 TODO No-Medicare	\$2,916 TODO No-Medicare	\$371 por persona. Los miembros de la familia No-Medicare pueden inscribirse en el Plan de Kaiser No-Medicare.		

Las tarifas de la prima están sujetas a cambio cada 1 de marzo.

PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE JUBILADOS – COMPARACIÓN Y RESUMEN DE BENEFICIOS – EFECTIVO AL 1 DE MARZO DE 2017

INFORMACIÓN GENERAL	Plan de Pago Directo de los OBREROS	Kaiser Permanente para los Individuos No-Medicare	Kaiser Permanente Senior Advantage para Individuos con Medicare
Cuando Puede Cambiar de Planes	Usted tiene la libertad de cambiar el Plan Médico-Hospitalario y de Medicamentos de Receta dos veces en un año calendario. Usted y sus dependientes tienen que estar inscritos en el mismo Plan – es decir, usted no puede inscribirse en el Plan de Pago Directo y sus dependientes inscribirse en Kaiser Permanente. Para cambiar de Planes, solicite un formulario de Solicitud del Plan de Jubilados a la Oficina del Fondo, su Sindicato Local o visite nuestro sitio web, www.norcalaborers.org , para imprimir u ordenar el formulario.		
Tipo de Plan	El Plan de Pago Directo proporciona los beneficios médicos tradicionales de pago por servicio y ofrece una cobertura más alta cuando usted usa proveedores de Anthem Blue Cross. Para los individuos elegibles a Medicare, el Plan pagará el 100% del deducible y/o coseguro de la Parte A (Hospitalización) del individuo elegible a Medicare; el 100% de la responsabilidad del individuo elegible a Medicare bajo la Parte B siempre y cuando los gastos estén cubiertos bajo el Plan.	Se proporciona la atención por los médicos o el personal médico en la instalación de Kaiser Permanente localizada en el área de servicio del miembro.	Se proporciona la atención por los médicos o el personal médico en la instalación de Kaiser Permanente localizada en el área de servicio del miembro. Medicare no pagará ni proporcionará los beneficios por los servicios recibidos fuera del Programa de Medicare de Kaiser.
Área Geográfica Cubierta	Los gastos incurridos fuera de los Estados Unidos y sus Territorios están cubiertos si son debidos a Servicios de Emergencia. Si el gasto está cubierto, se aplicarán los beneficios normales.	Usted tiene que residir dentro del Área de Servicio de Kaiser.	
Selección de Médicos	Ilimitada. El uso de médicos de Anthem Blue Cross resulta en gastos de bolsillos más bajos.	Cada miembro puede usar cualquier Médico de Kaiser Permanente.	
Atención Especializada: En la Red	Usted selecciona a cualquier especialista.	Auto-referido a especialistas tales como optometría, dependencia química, psiquiatría y Obstetricia/Ginecología. Su médico de Kaiser Permanente le refiere a otros especialistas.	
Fuera de la Red	Usted selecciona a cualquier especialista.	Un especialista externo requiere un referido específico del Médico de su Plan. El Costo Compartido es consistente con la cobertura del Plan requerida para los servicios si son proporcionados por un Proveedor del Plan o referidos por un Médico de Kaiser Permanente.	
Atención Fuera del Área	Los beneficios fuera de la red aplican a tratamiento en cualquier parte de los Estados Unidos, sus territorios y posesiones. Los servicios fuera de Estados Unidos puede que estén cubiertos si son debidos a una emergencia.	Costo Compartido para Atención de Emergencia, Atención de Estabilización Posterior y Atención de Urgencia Fuera del Área de un Proveedor que No sea del Plan es el Costo Compartido por un proveedor del plan y sujeto a autorización.	
Formularios de Reclamación	Ninguno.	Requeridos de los proveedores que no son Kaiser Permanente para emergencias, atención de emergencia fuera del área y atención de estabilización.	
Deducible Anual	\$150 por individuo, máximo de \$450 por familia	Ninguno.	

INFORMACIÓN GENERAL	Plan de Pago Directo de los OBREROS	Kaiser Permanente para los Individuos No-Medicare	Kaiser Permanente Senior Advantage para Individuos con Medicare
	<p>por cada Año del Plan.</p> <p>No se aplica a Paciente Hospitalizado, Examen Físico y beneficios de Medicamentos de Receta. La cantidad del deducible aplicada en diciembre, enero y febrero será transferida al siguiente Año del Plan.</p>		
Beneficio Máximo Anual	\$750,000 por individuo, \$2,000 de reposición por cada Año del Plan.	Ninguno. Se aplican algunas restricciones. \$1,500 máximo de bolsillo por individuo hasta \$3,000 por familia al año.	
Paciente Hospitalizado Médico/Quirúrgico o Salud Mental Cirugía de Reemplazo Total de Cadera o Rodilla Instalación de Enfermería Especializada/ECF Abuso de Alcohol y Sustancias	<p>No sujeto a Deducible.</p> <p>Hospital Anthem Blue Cross: 85% de los primeros \$10,000 y 100% de ahí en adelante de las tarifas negociadas.</p> <p>Hospital No- Anthem Blue Cross: 65% de los primeros \$10,000 y 100% de ahí en adelante de los cargos autorizados. Excepción: Para emergencias y miembros que residen fuera de California – 85%)</p> <p>Igual que el Médico/Quirúrgico anterior, pero sin exceder de \$30,000 de Asignación Máxima del Plan.</p> <p>Igual que el Médico/Quirúrgico anterior.</p> <p>Igual que el Médico/Quirúrgico anterior.</p>	<p>100% por todos los beneficios y servicios cubiertos en las instalaciones médicas de Kaiser Permanente.</p> <p>Igual que el Médico/Quirúrgico anterior.</p> <p>100% hasta por 100 días por cada periodo de beneficio cuando está autorizado por un médico del Plan.</p> <p>100% por servicios de desintoxicación y rehabilitación cuando están autorizados por un médico del Plan.</p>	<p>100% por todos los beneficios y servicios cubiertos en las instalaciones médicas de Kaiser Permanente.</p> <p>Igual que el Médico/Quirúrgico anterior.</p> <p>100% hasta por 100 días por cada periodo de beneficio cuando está autorizado por un médico del Plan.</p> <p>100% por servicios de desintoxicación y rehabilitación cuando están autorizados por un médico del Plan.</p>
Revisión de Utilización	Parte automática de los procedimientos del Plan. Requerida para la mayoría de las estancias hospitalarias. Admisiones electivas No-PPO solamente – 20% de penalización de los primeros \$10,000 de los cargos autorizados por incumplimiento.	Parte automática de los procedimientos del Plan.	
Atención	Sujeto a Deducible.	\$10 de copago por visita para la mayoría de los servicios ambulatorios.	

INFORMACIÓN GENERAL	Plan de Pago Directo de los OBREROS	Kaiser Permanente para los Individuos No-Medicare	Kaiser Permanente Senior Advantage para Individuos con Medicare
Hospitalaria Ambulatoria	Anthem Blue Cross – 90% de las tarifas negociadas. No- Anthem Blue Cross – 90% de los cargos autorizados.		
Sala de Emergencias del Hospital	Sujeto a Deducible. Anthem Blue Cross – 90% de la tarifa negociada después de un copago de \$25. No-Anthem Blue Cross – 90% de los cargos autorizados después de un copago de \$50. Se exime el copago bajo ciertas circunstancias.	\$50 de copago por visita. Se exime si es ingresado.	
Centro de Cirugía Ambulatoria	Sujeto a Deducible. Anthem Blue Cross – 90% de las tarifas negociadas. No-Anthem Blue Cross - \$500 máximo por día.	100% en una instalación médica de Kaiser Permanente, sujeto a un copago de \$10.	
Atención de Salud en el Hogar	90% de los cargos cubiertos – sólo mediante referido de Administración de Casos.	100% cuando está autorizada por un médico del Plan para atención intermitente a tiempo parcial.	
Atención de Hospicio	90% de los cargos cubiertos – sólo mediante referido de Administración de Casos.	100% cuando se selecciona como alternativa a los servicios tradicionales y autorizados por un médico del Plan. Para miembros No-Medicare: Hasta 100 visitas por Periodo de Acumulación	
Ambulancia	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*	100% por viaje	
Honorarios Médicos: Visitas al Consultorio	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*, menos \$20 de copago por visita.	100% después de un copago de \$10 por visita.	100% después de un copago de \$10 por visita.
Evaluación Médica Electrónica/En-línea	No sujeto a Deducible. Tiene que usar un médico a través del Servicio LiveHealth Online. 100% del cargo autorizado después de un copago de \$10 por visita.	No Aplicable.	No Aplicable.
Cirugía	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*	Hospitalizado - \$100. Ambulatorio – 100% después de un copago de \$10.	Hospitalizado – 100%. Ambulatorio – 100% después de un copago de \$10.
Examen Físico	No sujeto a Deducible y al copago de Visita al Consultorio Médico. Jubilados y cónyuge: \$300 máximo por cada Año del Plan; los niños mayores de 2 años: \$200 máximo por Año del	100% después de un copago de \$10.	100% después de un copago de \$10.

INFORMACIÓN GENERAL	Plan de Pago Directo de los OBREROS	Kaiser Permanente para los Individuos No-Medicare	Kaiser Permanente Senior Advantage para Individuos con Medicare
Médico de Sala de Emergencias	Plan. Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*	 Inclusive con cargos de hospital – ver Sala de Emergencias del Hospital.	 Inclusive con cargos de hospital – ver Sala de Emergencias del Hospital.
Inmunizaciones Inoculaciones	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*	100%.	
Tratamiento de Abuso de Sustancias Ambulatorio	Sujeto a Deducible, 75% del Cargo Autorizado*	Terapia Individual: 100% después de un copago de \$10 por visita. Terapia en Grupo: 100% después de un copago de \$5 por visita.	
Salud Mental Ambulatoria	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*, menos \$20 de copago por visita.	Terapia Individual: 100% después de un copago de \$10 por visita. Terapia en Grupo: 100% después de un copago de \$5 por visita.	
Pruebas de Laboratorio, Radiografía, IRM, Tomografía Computarizada	Sujeto de Deducible. 75% del Cargo Autorizado*	100%.	
Beneficios Quiroprácticos	Sujeto a Deducible. \$40 por visita hasta 20 visitas por Año del Plan. Radiografías limitadas a \$100 por Año del Plan.	No cubierto.	
Terapia Física	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*	100% después de un copago de \$10 por visita.	
Equipo Médico Duradero	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*	100% cuando es recetado por un médico del Plan y de acuerdo con las directrices DME del Formulario del Plan de Salud.	
Audífonos / Dispositivos	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*	No están cubiertos los aparatos. Sólo están cubiertas la pruebas o exámenes.	
Atención Dental	Hay tres beneficios opcionales disponibles, Delta Dental, DeltaCare USA y PrimeCare Dental (Union Dental), por un costo mensual adicional – ver la Comparación y el Resumen de los Planes Dentales en la página 7 para más información. Usted tiene que pagar por la cobertura dental por un mínimo de 6 meses . Se le permite cambiar de plan dental cada 1 de marzo.		
Atención de la Vista	El Plan de Pago Directo excluye los gastos de atención de la vista tales como examen de la vista, armazones y lentes. Para la cobertura de atención de la vista, usted tiene la opción de elegir Anthem Blue Cross Blue View Vision por un costo mensual adicional – ver Comparación y Resumen de Planes de la Vista en la página 8 para más información. Usted tiene que pagar la cobertura de atención de la vista por un	El plan médico de Kaiser proporciona un examen de la vista sólo a un 100% después de un copago de \$10. Para una cobertura completa de atención a la vista, usted tiene la opción de elegir Anthem Blue Cross Blue View Vision o Kaiser Permanente Essentials por un costo mensual adicional - ver Comparación y Resumen de Planes de la Vista en la página 8 para más información. Usted tiene que pagar	Senior Advantage de Kaiser proporciona hasta \$150 de asignación para anteojos cada 24 meses. Para una cobertura completa de atención a la vista, usted tiene la opción de elegir Anthem Blue Cross Blue View Vision o Kaiser Permanente Essentials por un costo mensual adicional - ver Comparación y Resumen de Planes de la Vista en la página 8 para más información. Usted tiene que pagar

INFORMACIÓN GENERAL	Plan de Pago Directo de los OBREROS	Kaiser Permanente para los Individuos No-Medicare	Kaiser Permanente Senior Advantage para Individuos con Medicare
	mínimo de 6 meses .	la cobertura de atención de la vista por un mínimo de 6 meses y se le permite cambiar de plan cada 1 de marzo.	la cobertura de atención de la vista por un mínimo de 6 meses y se le permite cambiar de plan cada 1 de marzo.
Medicamentos de Receta	<p>Los beneficios OptumRx se proporcionan a través del Fondo.</p> <p><u>Al Menudeo</u> – Usted paga el copago que aparece más adelante por cada receta. Suministro máximo de 30 días por receta. Genérico - \$10 De Marca del Formulario - \$20 De Marca No del Formulario - \$30</p> <p><u>Pedido por Correo</u> - Usted paga el copago que aparece más adelante por cada receta. Suministro máximo de 90 días por cada receta: Genérico - \$20 De Marca del Formulario - \$40 De Marca No del Formulario - \$60 El Pedido por Correo es obligatorio para los medicamentos de mantenimiento después de 3 abastecimientos.</p> <p><u>Máximo</u> - \$20,000 por individuo, por año calendario perdido de menudeo y de correo combinados.</p> <p>Si está disponible un genérico equivalente, pero usted prefiere uno de marca, usted pagará la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca.</p>	<p>Usted paga el copago que aparece más adelante por receta en las farmacias de Kaiser Permanente; suministro de 100 días de medicamentos de receta de marca genéricos o medicamento necesarios de acuerdo con las directrices del Formulario del Plan de Salud.</p> <p>Genérico - \$5 De Marca - \$15</p>	<p>Usted paga el copago que aparece más adelante por cada receta de acuerdo con las directrices del Formulario del Plan de Salud.</p> <p><u>En una Farmacia Kaiser</u> Genérico: \$5 hasta un suministro de 30 días. \$10 por un suministro de 31 – 60 días. \$15 por un suministro de 61 – 100 días. De Marca: \$10 por un suministro de hasta 30 días. \$20 por un suministro de 31 – 60 días. \$60 por un suministro de 61 100 días.</p> <p><u>Pedido por Correo</u> Genérico: \$5 por un suministro de hasta 30 días \$10 por un suministro de 31 – 100 días. De Marca: \$10 por un suministro de hasta 30 días. \$20 por un suministro de 31 – 100 días.</p>
Números Gratuitos	1-800-244-4530	1-800-464-4000 (inglés) * 1-800-788-0616 (español) Refiérase al Número de Grupo 603307 cuando llame.	

***Cargo Autorizado – 75% de la tarifa negociada para los proveedores de Anthem Blue Cross o 75% del cargo autorizado para los proveedores que no son Anthem Blue Cross.**

Esta Comparación y Resumen de Beneficios tiene la intención de ser únicamente un resumen de los beneficios proporcionados por cada Plan. Todas las exclusiones y limitaciones de cobertura de beneficios no han sido incluidas y pueden variar ligeramente de Plan a Plan. Los contenidos de esta comparación no ha de ser interpretada o aceptada como un sustituto para las disposiciones de la Reglas y Reglamentos del Plan de Pago Directo de los Obreros Jubilados o del contrato de Kaiser Permanente.



**FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS OBREROS PARA LOS PARTICIPANTES
DEL PLAN JUBILADOS
COMPARACIÓN Y RESUMEN DE LOS PLANES DENTALES EFECTIVOS AL 1 DE MARZO DE 2017**

Características del Plan	Delta Dental of California		DeltaCare USA	PrimeCare (Union Dental)
	Premier	PPO		
Prima Mensual	\$74 independientemente del tamaño de la familia	\$74 independientemente del tamaño de la familia	\$50 independientemente del tamaño de la familia	\$65 independientemente del tamaño de la familia
Tipo de Plan	Usted puede seleccionar cualquier dentista, su costo de bolsillo es mayor si usa un dentista que no es Delta Dental Premier.	Plan PPO. Los dentistas en el Plan Delta Dental PPO Plan negocian honorarios que son incluso más bajos que el Plan Delta Dental Premier.	Plan pre-pagado del tipo HMO. Usted selecciona un dentista DeltaCare USA que proporciona todos los servicios incluyendo referidos a Especialistas.	Plan pre-pagado del tipo HMO. Usted selecciona un dentista DeltaCare USA que proporciona todos los servicios incluyendo referidos a Especialistas.
Área Cubierta	Dentistas participantes en el Norte de California. Llame al 1-800-765-6003 para la lista.	Dentistas participantes en el Norte de California. Llame al 1-800-765-6003 para la lista.	Consultorios dentales en el Norte de California. Llame al 1-800-422-4234 para las ubicaciones.	Consultorios dentales en el Norte de California. Llame al 1-866-998-3944 para las ubicaciones.
Selección de Dentistas	Cualquier dentista, menos costos de bolsillo cuando usan un dentista Delta Dental Premier ya que los honorarios son negociados previamente y los dentistas no pueden cargar más de la cantidad negociada previamente.	Cualquier dentista, menos costos de bolsillo cuando usan un dentista Delta Dental Premier e incluso costos menores cuando usted usa un dentista Delta Dental PPO.	Dentista DeltaCare solamente. Todos los servicios y referidos tienen que ser proporcionados por un dentista DeltaCare. No se pagarán beneficios si los servicios dentales los realiza alguien que no sea un dentista DeltaCare.	Dentista PrimeCare solamente. Todos los servicios y referidos tienen que ser proporcionados por un dentista PrimeCare. No se pagarán beneficios si los servicios dentales los realiza alguien que no sea un dentista PrimeCare.
Deducible Anual	\$50/persona, \$150/familia. No hay deducible para los servicios preventivos y diagnósticos. \$2,500 por persona.	\$50/persona, \$150/familia. No hay deducible para los servicios preventivos y diagnósticos.	Ninguno No máximo Copagos variantes	Ninguno No máximo No copagos
Máximo Anual	El Plan paga el 100% de los servicios preventivos y diagnósticos; 70% de lo usual, acostumbrado y razonable (UC&R) por los servicios de importancia	\$2,500 por persona. El Plan paga el 100% de los servicios preventivos y diagnósticos; 70% de lo usual, acostumbrado y razonable (UC&R) por los servicios de importancia.	Copagos del Miembro: Tarifa Inicial: \$350	
Costos de Bolsillo	No cubiertos			

Beneficios de Ortodoncia	deltadentalins.com	No cubiertos	Tratamiento Adulto: \$1,800 Tratamiento Niño: \$1,600	Copagos del Miembro: Tarifa Inicial: Adulto/\$200 Niño/\$100 Tratamiento Adulto: \$3,400 Tratamiento Niño: \$1,350
Sitio Web		deltadentalins.com	deltadentalins.com	primecaredental.net

ÉSTA NO ES UNA LISTA EXHAUSTIVA DE TODOS LO SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS Y PUEDEN APLICARSE OTRAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES.



FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS OBREROS
PARA PARTICIPANTES DEL PLAN DE JUBILADOS
COMPARACIÓN Y RESUMEN DE LOS PLANES DE LA VISTA EFECTIVA AL 1 DE MARZO DE 2017

Participantes del Plan de Pago Directo – La cobertura de la vista se proporciona a través del Plan Anthem Blue Cross Blue View Vision. El Fondo Fideicomiso **no** ofrece otros planes de la vista a los Participantes Jubilados que estén inscritos en el Plan de Pago Directo. Si usted quiere cambiar al Plan Vision Essentials de Kaiser, tiene que cambiarse primero su Plan Médico-Hospitalario y de Medicamentos de Receta a Kaiser Permanente.

Participantes del Plan Kaiser Permanente – La cobertura de la vista se proporciona a través del Plan Vision Essentials de Kaiser, no obstante, a los Participantes Jubilados que están inscritos en el Plan de Kaiser Permanente se les permite cambiarse entre el Plan Vision Essentials de Kaiser y el Plan Anthem Blue Cross Blue View Vision cada periodo anual de inscripción abierta (1 de diciembre – 15 de febrero para una fecha efectiva del 1 de marzo).

Anthem Blue Cross Blue View Vision

Tarifa de la Prima - \$11 al mes (independientemente del tamaño de la familia)

Beneficio Cubierto y Limitación de Frecuencia	PROVEEDOR EN LA RED		PROVEEDOR NO EN LA RED
	Asignación del Plan	Su Copago	
Examen Rutinario de la Vista Cada 12 meses	Completamente cubierto	\$10	Asignación de \$37 solamente
Marcos de Anteojos Cada 12 meses	\$145	Usted paga el balance después de la asignación de \$145 menos 20% de descuento	Asignación de \$40 solamente
Anteojos con Lentes Estándares Cada 12 meses 1 par de lentes solamente Sencillos, Bifocales, Trifocales o Lenticulares	Completamente cubierto	\$10 (límite 1 par)	Asignación de \$34 a \$68 sólo dependiendo del tipo de lentes
Lentes de Contacto (Convencionales) Cada 12 meses	\$120	Usted paga el balance después de la asignación de \$120 menos 15% de descuento	Asignación de \$100 solamente

Kaiser Vision Essentials

Tarifa de la Prima - \$5 al mes (independientemente del tamaño de la familia)

Beneficio Cubierto y Limitación de Frecuencia	EN LOS CENTROS ÓPTICOS DE KAISER PERMANENTE		
	Asignación del Plan	Su Copago	Notas
Examen Rutinario de la Vista <i>No límite</i>	Completamente cubierto	\$10	No copago por evaluaciones preventivas
Marcos de Anteojos <i>Cada 24 meses</i>	\$145	Usted paga el balance después de la asignación de \$145	Marcos de moda por un valor de \$40 a \$99
Anteojos con Lentes Estándares <i>Cada 12 meses</i>	Completamente cubiertos		1 par solamente de lentes de plástico transparente, sencillos, multifocales de tope plano o lenticulares
Lentes de Contacto (Convencionales) <i>Cada 12 meses</i>	\$120	Usted paga el balance después de la asignación de \$120	Ordene repuestos en línea en kp2020.org/noca

ÉSTA NO ES UNA LISTA EXHAUSTIVA DE TODOS LO SERVICIOS DE LA VISTA CUBIERTOS Y PUEDEN APLICARSE OTRAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES.