



**A: TODOS LOS OBREROS JUBILADOS Y SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES CUBIERTOS BAJO EL PLAN DE OBREROS JUBILADOS EFECTIVO EL 1 DE MARZO DE 2019**

El Fondo Fideicomiso ofrece a los Participantes Jubilados y a sus dependientes elegibles tres (3) planes Médico-Hospitalarios y de Medicamentos con Receta, ver más adelante. Usted está en libertad de cambiar el Plan Médico-Hospitalario y de Medicamentos con Receta dos veces en un año calendario. Para cambiar de Planes, solicite un Formulario de Solicitud de Plan de Jubilado a la Oficina del Fondo, su Sindicato Local o acuda a nuestro sitio web, [www.norcalaborers.org](http://www.norcalaborers.org), para imprimir o ordenar el formulario.

1. **Plan de Pago Directo de los Obreros (proporciona cobertura médica y de medicamentos por receta)** – un plan tradicional de pago por servicio para los individuos Sin Medicare y elegibles a Medicare. Este plan proporciona beneficios tradicionales de pago por servicio y usted puede utilizar cualquier proveedor o hospital, sin embargo, usar proveedores participantes (PPO) puede reducir sus costos de bolsillo.
2. **Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO (proporciona cobertura médica solamente)** – un plan de ventajas de Medicare *solamente para individuos elegibles a Medicare*. Este plan utiliza una red de proveedores de atención médica, pero le da libertad de usar proveedores fuera de su red. El individuo elegible a Medicare en su familia puede inscribirse en el Anthem's Medicare Preferred PPO, pero si hay un individuo Sin Medicare, él/ella puede inscribirse en el Plan de Pago Directo de los Obreros. La cobertura de Medicamentos con Receta será proporcionada bajo el Plan de Pago Directo de los Obreros.
3. **Plan de Kaiser Permanente (proporciona cobertura médica y de medicamentos por receta)** – un plan de Organización de Mantenimiento de Salud (HMO, por sus siglas en inglés) tanto para individuos Sin Medicare como para individuos elegibles a Medicare. Kaiser proporciona beneficios sin costo para usted o con copagos limitados; sin embargo, Kaiser limita su selección de médicos e instalaciones. Si usted elige Kaiser, todos sus miembros elegibles de la familia también deben inscribirse en Kaiser.

La Comparación y Resumen de Beneficios adjunta (ver páginas 3 a la 6) está diseñado para ayudarlo a elegir un plan médico que se adapte a las necesidades de atención medicada toda su familia. Le instamos a que revise la Comparación y las Tarifas Mensuales de Auto-Pago (ver página 2) *antes* de seleccionar un plan. Se le permite cambiar su plan no más de dos veces por año calendario. Para inscribirse en los Planes Dentales y de la Vista, consulte las páginas 7 y 8.

Ya sea que seleccione el Plan de los Obreros, de Anthem o de Kaiser, **tiene que completar un Formulario de Solicitud de Plan Jubilado de los Obreros**. También tiene que completar un formulario de elección de **Kaiser Permanente Senior Advantage (KPSA)** o un formulario de Elección de Anthem Blue Cross Medicare Preferred por cada individuo elegible a Medicare que se inscriba en el Plan de Kaiser o de Anthem Medicare. Todos los formularios que se deban completarse deben enviarse por correo a la Oficina del Fondo Fideicomiso a la dirección que figura arriba – **no envíe ninguno de los formularios directamente por correo a Kaiser o Anthem**.

Recuerde notificar a la Oficina del Fondo Fideicomiso si usted o cualquiera de sus dependientes inscritos son elegibles a Medicare. Si hay algún cambio en su estado de dependiente, tiene que completar y enviar un nuevo Formulario de Inscripción. Por ejemplo, si desea agregar a su cónyuge o hijos dependientes, complete un nuevo Formulario de Inscripción y envíe el documento de prueba de relación requerido como se indica en el Formulario de Inscripción. Si desea eliminar a un dependiente, también tiene que enviar un nuevo Formulario de Inscripción. Si no notifica a la Oficina del Fondo de un cambio en la elegibilidad de Medicare o el estado de dependiente, puede resultar en errores de pago de sus reclamaciones o su prima mensual para la cobertura. Los Formularios de Inscripción están disponibles en su Sindicato Local, en el sitio web del Fondo Fideicomiso o llame a la Oficina del Fondo Fideicomiso para obtener uno. Si necesita más información o tiene cualquier pregunta, por favor no dude en comunicarse con la Oficina del Fondo Fideicomiso. El personal estará encantado de ayudarlo.

Atentamente,

JUNTA DE FIDEICOMISARIOS

Rev. 01/04/2019



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

### TARIFAS MENSUALES DE AUTO-PAGO EFECTIVAS EL 1 DE MARZO DE 2019

**Plan Médico-Hospitalario y de Medicamentos de Receta Solamente** – El Fondo Fideicomiso ofrece 3 Planes Médico-Hospitalarios y de Medicamentos con Receta. Tenga en cuenta que **Anthem Blue Cross Preferred PPO es sólo para los individuos elegibles para Medicare**. Si solo usted o su cónyuge tienen Medicare y el otro no es Medicare, el individuo elegible para Medicare puede elegir Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO, pero el individuo Sin Medicare tiene que inscribirse en el Plan de Pago Directo de los Obreros. Si tiene ambos Medicare, se le permite dividir los Planes, lo que significa que puede inscribirse en Anthem Medicare Preferred PPO y su cónyuge en el Plan de Pago Directo de los Obreros (o viceversa).

Usted paga el 100% de la tarifa que aparece en la tabla a continuación para la cobertura del Plan que usted eligió a menos que tenga derecho a un Subsidio del 25% o de 50% según los siguientes criterios:

**Subsidio del 50% (usted paga el 50% de la tarifa indicada)** – Si usted tiene 55 de edad o más (edad de 55 significa el mes siguiente a su 55º cumpleaños) y obtuvo 25 años de Servicio Acreditado, o independientemente de la edad y los Años de Servicio Acreditado, se le aprobará una Pensión por Discapacidad basada en una Adjudicación de discapacidad del Seguro Social, o independientemente de los Años de Servicio Acreditado, usted tiene 70 de edad (edad de 70 significa el mes siguiente a su 70º cumpleaños).

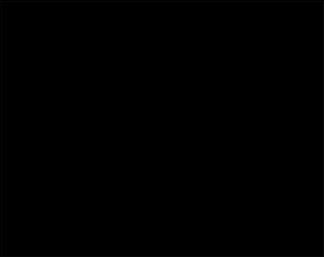
**Subsidio de 25% (usted paga el 75% de la tarifa indicada)** – Si usted tiene 55 de edad o más y ganó 10 a 24 años de Servicio Acreditado

**Plan Dental** – El Fondo Fideicomiso ofrece 3 Planes Dentales: Anthem Blue Cross Dental Complete, Delta Care USA y PrimeCare Dental (Union Dental)

**Plan de la Vista** – El Fondo Fideicomiso ofrece 2 Planes de la Vista: Anthem Blue Cross Blue View Vision y Kaiser Vision Essentials

El Subsidio de 25% o 50% **no se aplica** a los Planes Dentales y de la Vista.

TIPO DE COBERTURA	Plan Médico-Hospitalario y de Medicamentos por Receta Solamente				Plan Dental	Plan de la Vista
	Plan de Pago Directo de los Obreros	Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO (Medicare solamente)	Kaiser Permanente (Sin-Medicare)	Kaiser Permanente Senior Advantage (Medicare)	Usted paga el 100% de la tarifa indicada más adelante mas la tarifa del Plan Médico-Hospitalario y de Medicamentos por Receta que eligió.	
Uno con Medicare	\$394	\$342		\$376	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 con Medicare	\$775	\$684		\$753		
	\$736 (uno está inscrito en el Plan de los Obreros y el otro está inscrito en el Plan Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO)					Anthem Blue Cross \$67
Uno Sin-Medicare	\$1,018		\$1,113		DeltaCare USA \$48	*Kaiser Vision \$5
Dos Sin-Medicare	\$2,033		\$2,225			
Uno con Medicare y Uno Sin-Medicare	\$1,412	\$1,360 (Los individuos Sin-Medicare tienen que inscribirse en el Plan de Pago Directo de los Obreros)	\$1,489		PrimeCare Dental (Union Dental)	* - si usted está inscrito en el Plan de Pago Directo de los Obreros,
Uno con Medicare y Dos Sin-Medicare			\$2,416			

<p>Familia (3 o más) Si su combinación familiar es diferente de arriba, llame a la Oficina del Fondo para las tarifas específicas.</p>	<p>\$2,033 Familia Sin-Medicare</p>		<p>\$3,152 Familia Sin-Medicare</p>	<p>\$376 por individuo con Medicare, los individuos sin Medicare pueden inscribirse en el Plan de Kaiser Sin-Medicare</p>	<p>\$65</p>	<p><b>a usted no se le permite elegir el de la Vista de Kaiser.</b></p>
--	---	--	---	---	-------------	---

**PLAN DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS OBREROS**  
**COMPARACIÓN Y RESUMEN DE BENEFICIOS – EFECTIVO 1 DE MARZO DE 2019**

INFORMACIÓN GENERAL	Plan de Pago Directo de los OBREROS para Individuos Sin-Medicare	Kaiser Permanente para Individuos Sin-Medicare	Kaiser Permanente Senior Advantage para Individuos con Medicare
<p><b>IMPORTANTE para los Individuos Elegibles a Medicare:</b> Los Beneficios Médico-Hospitalarios descritos en la columna “Plan de Pago Directo de los OBREROS para Individuos Sin-Medicare” son para los individuos Sin-Medicare sólo bajo el Plan de Pago Directo de los Obreros. Para los individuos con Medicare, el Plan de Pago Directo de los Obreros y los Planes Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO tienen el mismo nivel de cobertura que el siguiente: el Plan pagará el 100% del deducible y/o del coseguro de Medicare Parte A (Hospitalización); el 100% de la responsabilidad del Individuo con Medicare bajo la Parte B siempre que los gastos estén cubiertos por el Plan. Si tiene Medicare y elige el Plan Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO, cualquier miembro elegible de su familia sin Medicare TIENE que inscribirse en el Plan de Pago Directo de los Obreros.</p>			
<b>BENEFICIOS MÉDICOS-HOSPITALARIOS</b>			
Tipo de Plan	El Plan de Pago Directo proporciona beneficios médicos tradicionales de pago por servicio y ofrece una cobertura más alta cuando usted usa los proveedores participantes Anthem Blue Cross.	La atención se proporciona a través de médicos o de personal médico en una instalación de Kaiser Permanente ubicada en el área de servicio del miembro.	La atención se proporciona a través de médicos o personal médico en una instalación de Kaiser Permanente ubicada en el área de servicio del miembro. <b>Medicare no pagará o proporcionará beneficios por servicios recibidos fuera del Programa de Medicare de Kaiser.</b>
Geográfico Área Cubierta	Los gastos incurridos fuera de los Estados Unidos y sus Territorios están cubiertos en caso de Servicios de Emergencia. Si el gasto está cubierto, se aplicarán los beneficios normales.	Usted tiene que residir dentro del Área de Servicio de Kaiser, usualmente en California. Si tiene alguna pregunta sobre si su dirección residencial se encuentra en un Área de Servicio Kaiser, comuníquese con la Oficina del Fondo Fideicomiso.	
Selección de Médicos	Ilimitadas. El uso de médicos de Anthem Blue Cross resulta en costos de bolsillo más bajos.	Cada miembro puede usar cualquier médico de Kaiser Permanente.	
Atención Especializada En-la Red	Usted selecciona cualquier especialista.	Auto-Referencia a especialistas como optometría, dependencia química psiquiatría y obstetricia/ginecología. Su médico de Kaiser Permanente le refiere a otros especialistas.	
Fuera de la Red	Usted selecciona cualquier especialista.	Un especialista externo requiere una referencia específica de su médico del Plan. El costo compartido es compatible con la cobertura del Plan requerida para los servicios proporcionados por un Proveedor del Plan o referidos por un Médico de Kaiser Permanente.	
Atención Fuera del Área	Los beneficios fuera de la red se aplican al tratamiento en cualquier parte de los Estados Unidos, sus territorios y posesiones. Los servicios fuera de los Estados Unidos pueden estar cubiertos en caso de emergencia.	El Costo Compartido para la Atención de Emergencia, Atención Posterior a la-Estabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área de un Proveedor que no pertenece al Plan es el Costo Compartido para un proveedor del plan y sujeto a autorización.	
Formularios de Reclamación	Ninguno.	Requerido de los proveedores que no son Kaiser Permanente para emergencias, emergencias fuera del área y atención posterior a la estabilización.	
Deducible Anual	\$150 por individuo, máximo de \$450 por cada Año del Plan.  No se aplica a los beneficios de Hospitalización, Examen Físico y Medicamentos por Receta. El monto deducible aplicado en diciembre, enero y febrero se	Ninguno.	

INFORMACIÓN GENERAL	Plan de Pago Directo de los OBREROS para Individuos Sin-Medicare	Kaiser Permanente para Individuos Sin-Medicare	Kaiser Permanente Senior Advantage para Individuos con Medicare
	trasladará al siguiente Año del Plan.		
Beneficio Máximo Vitalicio	\$750,000 por individuo, \$2,000 de reincorporación por cada Año del Plan.	Ninguno. Se aplican algunas restricciones. \$1,500 de máximo fuera de bolsillo por cada individuo hasta \$3,000 por familia.	
Hospitalización Médico/Quirúrgico Salud Mental	No sujeto a Deducible. Hospital Anthem Blue Cross: 85% de los 1 <sup>os</sup> \$10,000 y 100% de ahí en adelante de los cargos autorizados. Hospital No Anthem Blue Cross: 85% de los 1 <sup>os</sup> \$10,000 y 100% de ahí en adelante de los cargos autorizados. Excepción: Para emergencias y miembros que residen fuera de California – 85%)	100% por todos los beneficios y servicios cubiertos en las instalaciones médicas de Kaiser Permanente.	100% por todos los beneficios y servicios cubiertos en las instalaciones médicas de Kaiser Permanente.
Cirugía de reemplazo total de cadera o rodilla	Igual que el Médico/Quirúrgico anterior, pero sin exceder los \$30,000 de Asignación Máxima del Plan.	Igual que el Médico/Quirúrgico anterior.	Igual que el Médico/Quirúrgico anterior.
Centro de Enfermería Especializada/ECF	Igual que el Médico/Quirúrgico anterior.	100% por hasta 100 días por cada <b>periodo de beneficio</b> cuando esté autorizado por un médico del Plan.	100% por hasta 100 días por cada <b>periodo de beneficio</b> cuando esté autorizado por un médico del Plan.
Abuso de Alcohol y Sustancias	Igual que el Médico/Quirúrgico anterior.	100% por servicios de desintoxicación y rehabilitación cuando estén autorizados por un médico del Plan.	100% por servicios de desintoxicación y rehabilitación cuando estén autorizados por un médico del Plan.
Revisión de Utilización	Parte automática de los procedimientos del Plan. Requerida para la mayoría de las hospitalizaciones. Solo admisiones electivas que no sean de PPO – 29% de penalización de los primeros \$10,000 de los cargos autorizados por incumplimiento.	Parte automática de los procedimientos del Plan.	
Atención Hospitalaria Ambulatoria	Sujeto a Deducible. Anthem Blue Cross – 90% de las tarifas negociadas. No-Anthem Blue Cross – 90% de los cargos autorizados.	\$10 de copago por cada visita para la mayoría de los servicios ambulatorios.	
Sala de Emergencias 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. Copago dispensado bajo ciertas circunstancias.	\$50 copago por cada visita. Copago no se cobra si es hospitalizado.	
Centro Quirúrgico Ambulatorio	Sujeto a Deducible. Anthem Blue Cross – 90% de las tarifas negociadas. No-Anthem Blue Cross - \$500 máximo por día.	100% en un centro médico de Kaiser Permanente, sujeto a un copago de \$10.	
Atención de Salud en el Hogar	90% de los cargos cubiertos – sólo si es referido por Coordinador de Beneficios.	100% cuando esté autorizado por un médico del Plan para atención intermitente a tiempo parcial.	

INFORMACIÓN GENERAL	Plan de Pago Directo de los OBREROS para Individuos Sin-Medicare	Kaiser Permanente para Individuos Sin-Medicare	Kaiser Permanente Senior Advantage para Individuos con Medicare
Atención Terminal	90% de los cargos cubiertos – sólo si es referido por Administración de Casos.	100% cuando es seleccionada como alternativa a los servicios tradicionales y estén autorizados por un médico del Plan. Para los miembros Sin Medicare: Hasta 100 visitas por Periodo de Acumulación.	
Ambulancia	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*	100% por cada viaje	
Honorarios del Médico: Visitas a la Oficina	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*, menos copago de \$20 por cada visita.	100% después de un copago de \$10 por visita.	100% después de un copago de \$10 por visita.
Evaluación Médica Electrónica o En-Línea	No sujeto a Deducible. Usted tiene que usar a 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 \$10 de copago.	Hospitalizado - 100%. Ambulatorio - 100% después de \$10 de copago.
Examen Físico	No sujeto a Deducible y copago por Visita al Consultorio Médico. Jubilados y cónyuge: \$300 máximo por cada Año del Plan; niños menores de 2 años: \$200 máximo por cada Año del Plan.	100% después de un copago de \$10.	100% después de un copago de \$10.
Médico de Sala de Emergencias	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*	Incluido con los cargos por hospital – ver Sala de Emergencias Hospital.	Incluido con los cargos por hospital – ver Sala de Emergencias Hospital.
Inmunizaciones Inoculaciones	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*	100%.	
Tratamiento Ambulatorio de Abuso de Sustancias	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*	Terapia Individual: 100% después de un copago de \$10 por cada visita. Terapia en Grupo: 100% después de un copago de \$5 por cada visita.	
Salud Mental Ambulatoria	Sujeto a Deducible. 75% del Cargo Autorizado*, menos un copago de \$20 por cada visita.	Terapia Individual: 100% después de un copago de \$10 por visita. Terapia de Grupo: 100% después de un copago de \$5 por visita.	
Pruebas de Laboratorio, Radiografías, IRM, Tomografía	Sujeto a 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 cubiertos.	
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 del Formulario DME del Plan de Salud.	
Audífonos Dispositivo	Sujeto a Deducible. Máximo \$1,200 por oído/dispositivo por cada 36	No están cubiertos los aparatos. Sólo están cubiertas las pruebas o exámenes.	

INFORMACIÓN GENERAL	Plan de Pago Directo de los OBREROS para Individuos Sin-Medicare	Kaiser Permanente para Individuos Sin-Medicare	Kaiser Permanente Senior Advantage para Individuos con Medicare
	meses.		
Atención de la Vista	<p><b>IMPORTANTE: A TODOS LOS INDIVIDUOS CON MEDICARE Y SIN MEDICARE INSCRITOS EN EL PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS OBREROS O EN EL PLAN ANTHEM MEDICARE PREFERRED PPO:</b> Los gastos de atención de la vista tales como el examen de la vista, las armaduras y lentes no están cubiertos bajo los Beneficios Médico-Hospitalarios. Para una cobertura completa de atención de la vista, usted tiene la opción de elegir Anthem Blue Cross Blue View Vision por un costo mensual adicional – vea la Comparación y Resumen de los Planes de la Vista en la página 8 para más información. Usted tiene que pagar por la cobertura de atención de la vista por un mínimo de <b>6 meses</b>.</p>	<p>El plan médico de Kaiser proporciona sólo un examen de la vista al 100% después de un copago de \$10. Para una cobertura completa de atención de la vista, usted tiene la opción de elegir Anthem Blue Cross Blue View Vision o Kaiser Vision Essentials por un costo mensual adicional – vea la Comparación y Resumen de los Planes de la Vista en la página 8 para más información. Usted tiene que pagar por la cobertura de atención de la vista por un mínimo de <b>6 meses</b> y se le permite cambiar de planes cada 1 de marzo.</p>	<p>Senior Advantage de Kaiser proporciona hasta \$150 de asignación para anteojos cada 24 meses. Para una cobertura completa de atención de la vista, usted tiene la opción de elegir Anthem Blue Cross Blue View Vision o Kaiser Vision Essentials por un costo mensual adicional – vea la Comparación y Resumen de los Planes de la Vista en la página 8 para más información. Usted tiene que pagar por la cobertura de atención de la vista por un mínimo de <b>6 meses</b> y se le permite cambiar de planes cada 1 de marzo.</p>
Medicamentos de Receta	<p><b>Los beneficios OptumRx se proporcionan a través del Fondo independientemente de si está inscrito en el Plan de Pago Directo de los Obreros o el Plan Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO.</b></p> <p><u>Al menudeo</u> – Usted paga el copago por cada receta que aparece a continuación. Suministro máximo de 30 días por cada receta:          Genérico - \$10          De Marca en el Formulario - \$20          De Marca No en el Formulario - \$30</p> <p><u>Pedido por Correo</u> – Usted paga el copago por cada receta que aparece a continuación. Suministro máximo de 90 días por cada receta:          Genérico - \$20          De Marca en el Formulario - \$40          De Marca No en el Formulario - \$60          El Pedido por Correo es obligatorio para medicamentos de mantenimiento después de 3 rellenos.</p> <p><u>Máximo</u> - \$20,000 por individuo, por año calendario por pedido combinado al menudeo o por correo.</p> <p>Si está disponible un genérico, pero usted prefiere uno de marca, usted pagará la diferencia en costo</p>	<p>Usted paga el copago por cada receta que aparece a continuación en las farmacias de Kaiser Permanente; suministro para 100 días de los medicamentos genéricos o medicamento necesarios de receta de marca de acuerdo con las directrices del Formulario del Plan de Salud.</p> <p>Genérico - \$5          De Marca - \$15</p>	<p>Usted paga el copago por cada receta que aparece a continuación por los medicamentos cubiertos de acuerdo con las directrices del Formulario del Plan de Salud.</p> <p><u>En una Farmacia Kaiser</u>          Genérico:          \$5 por un suministro de hasta 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 – 100 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>

INFORMACIÓN GENERAL	Plan de Pago Directo de los OBREROS para Individuos Sin-Medicare	Kaiser Permanente para Individuos Sin-Medicare	Kaiser Permanente Senior Advantage para Individuos con Medicare
	entre el medicamento genérico y el de marca.		

**BENEFICIOS DEL PLAN DENTAL**

Están disponibles tres Planes Dentales opcionales por un costo mensual adicional (ver la Comparación y Resumen de los Planes Dentales en la página 7 para más información) ya sea que esté inscrito en el Plan de Pago Directo de los Obreros, el Plan Anthem Blue Cross Medicare Preferred Plan o en Kaiser Permanente:

1. Anthem Blue Cross Dental Complete
2. DeltaCare USA
3. PrimeCare Dental (Union Dental)

Usted tiene que pagar por la cobertura de atención dental por un mínimo de **6 meses**. Se le permite cambiar de planes dentales cada 1 de marzo.

**Números Gratuitos**

Plan de Pago Directo de los Obreros (Oficina del Fondo Fideicomiso): 1-800-244-4530  
 Plan Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO: 1-833-848-8729  
 Kaiser Permanente: 1-800-464-4000 (inglés) \* 1-800-788-0616 (español) Refiérase al Grupo Número 603307 cuando llame.

**\*Cargo Autorizado - 75% de la tarifa negociada para los proveedores de Anthem Blue Cross o el 75% del cargo autorizado para los proveedores que no son Anthem Blue Cross.**  
 Esta Comparación y Resumen de Beneficios solamente están concebidos como un resumen de los beneficios proporcionados por cada Plan. Todas las exclusiones y limitaciones de cobertura de beneficios no se han incluido y pueden variar ligeramente de un Plan a otro. El contenido de esta comparación no debe interpretarse o aceptarse como un sustituto de las disposiciones de las Reglas y Reglamentos del Plan de Pago Directo de los Obreros Jubilados, Anthem Blue Cross Preferred PPO o el contrato de Kaiser Permanente.



## FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS OBREROS PARA PARTICIPANTES JUBILADOS DEL PLAN

COMPARACIÓN Y RESUMEN DE LOS PLANES DENTALES EFECTIVO EL 1 DE MARZO DE 2019

Características del Plan	Anthem Blue Cross (ABC) Dental Complete	PrimeCare (Union Dental)	DeltaCare USA
<i>Prima Mensual</i>	\$67 independientemente del tamaño de la familia	\$67 independientemente del tamaño de la familia	\$48 independientemente del tamaño de la familia
<i>Tipo de Plan</i>	Plan Dental Tradicional de Pago por Servicio.	Plan Dental HMO prepagado.	Plan Dental HMO prepagado.
<i>Selección de Dentistas</i>	Usted puede seleccionar a cualquier dentista. Su costo de bolsillo son mayores si utiliza un dentista no-ABC. La atención dental de emergencia fuera de los EE. UU. está cubierta bajo el Programa Dental de Emergencia Internacional.	Todos los servicios y referidos tienen que ser proporcionados por un dentista PrimeCare. No se pagarán beneficios si los servicios dentales son realizados por alguien que no sea un dentista PrimeCare.	Todos los servicios y referidos tienen que ser proporcionados por un dentista DeltaCare. No se pagarán beneficios si los servicios dentales son realizados por alguien que no sea un dentista DeltaCare.
<i>Área Cubierta</i>	Cualquier dentista en los EE. UU. Los dentistas ABC ubicados en California. Fuera de California, los dentistas participan en la red dental de Anthem Blue Cross Blue Shield.	Oficinas dentales en el Norte de California.	Oficinas dentales en el Norte de California.
<i>Deducible Anual</i>	\$50 por persona, \$150 por familia. Los servicios preventivos y de diagnóstico NO están sujetos a Deducible.	Ninguno	Ninguno
<i>Máximo Anual</i>	\$2,500 por persona	No hay máximo	No hay máximo
<i>Coseguro Copago Participante</i>	0% por servicios preventivos y de diagnóstico; 30% por servicios principales.	No hay copagos	Copagos variables
<i>Beneficios de Ortodoncia</i>	No cubiertos	Copagos de Miembro: Cuota de Entrada para Adultos: \$200 Cuota de Entrada para Niños: \$100	Copagos de Miembro: Cuota de Entrada: \$350 Tratamiento de Adultos: \$1,800

<i>No. Teléfono y Sitio Web</i>	1-877-567-1804 anthem.com/ca/mydentalvision	Tratamiento de Adultos: \$3,400 Tratamiento de Niños: \$1,350  1-866-998-3944 primecaredental.net	Tratamiento de Niños: \$1,600  1-800-422-4234 deltadentalins.com
-------------------------------------	--	---	---

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



**FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS OBREROS  
PARA LOS PARTICIPANTES JUBILADOS DEL PLAN  
COMPARACIÓN Y RESUMEN DE LOS PLANES DE LA VISTA  
EFECTIVO EL 1 DE MARZO DE 2019**

**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 desea cambiar al Plan Kaiser Vision Essentials, tiene que cambiar primero su Plan Médico-Hospitalario y de Medicamentos de Receta al de Kaiser Permanente.

**Participantes del Plan de Kaiser Permanente** – La cobertura de la vista se proporciona a través del Plan Kaiser Vision Essentials, no obstante, a los Participantes Jubilados que estén inscritos en el Plan de Kaiser Permanente se les permite cambiar entre el Plan Kaiser Vision Essentials y el Plan Anthem Blue Cross Blue View Vision en 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 - Tasa de la Prima - \$11 al mes (independientemente del tamaño familiar)**

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

**KAISER VISION ESSENTIALS - Tasa de la Prima - \$5 al mes (independientemente del tamaño familiar)**

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 hay límite</i>	Totalmente cubierto	\$10	No hay copago por evaluaciones preventivas
Montura de lentes <i>Cada 24 meses</i>	\$145	Usted paga el balance después de la asignación de \$145	Monturas de moda valoradas de \$40 a \$99
Anteojos con Lentes Estándares <i>Cada 12 meses</i>	Totalmente cubiertos		Sólo 1 par de lentes de plástico claro, 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 los repuestos en línea en <a href="http://kp2020.org/noca">kp2020.org/noca</a>

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