



**FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR PARA PARTICIPANTES DEL PLAN ACTIVO Y DEL PLAN ESPECIAL
COMPARACIÓN Y RESUMEN DE LOS PLANES MÉDICO-HOSPITALARIOS Y DE MEDICAMENTOS DE RECETA
EFECTIVO AL 1º DE NOVIEMBRE, 2017**

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	PLAN DE PAGO DIRECTO	KAISER PERMANENTE
¿Cuándo Puede Cambiar de Planes Medicos?	Participantes Nuevos se inscriben automáticamente en el Plan de Pago Directo, a menos que el Participante ha optado para Kaiser Permanente antes de elegibilidad. TODOS los Participantes tienen libertad de cambiar los Planes Médico-Hospitalarios 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 cambiarse a otro plan, solicite un Formulario de Solicitud para el Plan Activo y el Plan Especial en la Oficina del Fondo Fideicomiso, su Sindicato Local o acuda a nuestro sitio web, www.norcalaborers.org , para imprimir u ordenar el formulario.	
Tipo de Plan	El Plan proporciona beneficios médicos tradicionales, de tarifa por servicio y ofrece mayor cobertura cuando usa proveedores de Anthem Blue Cross.	La atención se proporciona a través de médicos o personal médico en una instalación de Kaiser Permanente situada en el área de servicio del miembro.
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.	Puede inscribirse en Kaiser Permanente si vive o trabaja en un Área de Servicio de Kaiser.
Selección de Médicos	Ilimitada. El uso de médicos de Anthem Blue Cross resulta en gastos más bajos de bolsillo.	Los miembros tienen que usar un Médico de Kaiser Permanente.
Atención Especializada en la Red Atención Especializada Fuera de la Red	Usted selecciona a cualquier especialista. Usted selecciona a cualquier especialista	Auto referido a especialistas tales como optometría, dependencia química, psiquiatría y obstetricia-ginecología. Su médico de Kaiser Permanente les refiere a otros especialistas. Un especialista externo requiere un referido especial de su Médico del Plan. El costo compartido es consistente con las coberturas del Plan requeridas 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 de fuera de la red se aplican al tratamiento en cualquier lugar en los Estados Unidos, sus territorios y posesiones, Los servicios fuera de Estados Unidos pueden estar cubiertos si se deben a una condición de emergencia.	El Costo Compartido por Atención de Emergencia, Atención de Post-Estabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área de un Proveedor que No es del Plan es el Costo Compartido por un proveedor del plan.
Formularios de Reclamación	Ninguno.	Requeridos para atención de urgencia, atención de post-estabilización y atención de urgencia fuera del área de proveedores que no son de Kaiser Permanente.
Deducible Anual	\$150/individual, \$450/familiar por cada Año del Plan (3/1 – 2/28). No aplica a los beneficios de Hospitalización, Exámenes Físicos y de Medicamentos de Receta. La cantidad del deducible aplicada en Diciembre, enero y febrero será trasladada al Año del Plan siguiente.	\$150/individual, \$450/familiar por cada Año Calendario (1/1 – 12/31). La cantidad del deducible aplicada en Octubre, Noviembre y Diciembre (10/1 – 12/31) será trasladada al Año Calendario siguiente.
Límite de Beneficio Anual	Ninguno. Se aplican algunas restricciones – ver Atención Quiropráctica y Audífonos.	Ninguno. Se aplican algunas restricciones.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	PLAN DE PAGO DIRECTO	KAISER PERMANENTE
Máximo Gasto de Bolsillo Anual	\$3,000/individual, \$6,000/familiar por cada Año del Plan. Incluye su deducible, el coseguro y el copago por estancia en el hospital por cargos de proveedores PPO solamente. No incluye copago por la Consulta Médica o la Sala de Emergencia, los cargos por encima de la Asignación Máxima del Plan, las penalizaciones por no usar un hospital PPO o no obtener una revisión previa a la admisión a un hospital no-participante, coseguro por los cargos por los proveedores no-PPO, la exclusiones y limitaciones del Plan.	\$3,000/individual, \$6,000/familiar por cada Año Calendario.
Paciente Hospitalizado Médico/Quirúrgico Salud Mental Centro de Enfermería Especializada Abuso de Alcohol y Sustancias Procedimiento de Reemplazo Total de Cadera o Rodilla Revisión de Utilización	No sujeto a Deducible. Hospital PPO – 90% de los primeros \$10,000 de las tarifas negociadas, 100% de ahí en adelante por los servicios de hospital médicamente necesarios. Hospital No-PPO – 70% (10% de copago regular más 20% de penalización por no usar un PPO) de los primeros \$10,000 de cargos autorizados, 100% de ahí en adelante. (Excepción: Admisión de emergencia y participantes que residan fuera del área de servicio – pagadero al 90% en lugar del 70%) Igual que el Médico/Quirúrgico anterior. Igual que el Médico/Quirúrgico anterior. Igual que el Médico/Quirúrgico anterior, pero sujeto a una Asignación Máxima del Plan de \$30,000. Costos de bolsillo más altos si no usa un hospital de Sitio en Base al Valor aprobado por el Plan. Requerida para la mayoría de las estancias en el hospital. Admisiones No-PPO electivas solamente – 20% de penalización de los primeros \$10,000 de cargos autorizados por incumplimiento.	Sujeto a deducible. Pagadero el 90% por todos los beneficios y servicios cubiertos en las instalaciones médicas de Kaiser Permanente. Pagadero el 90% después del deducible hasta 100 días por cada periodo de beneficios. 90% de Desintoxicación Hospitalizado después del deducible por los servicios en instalaciones médicas de Kaiser Permanente. Igual que el Médico-Quirúrgico anterior. Parte automática de los procedimientos del Plan.
Atención Hospitalaria Ambulatoria	Sujeto a Deducible. Hospital PPO – 90% de las tarifas negociadas. Hospital No-PPO – 70% de los cargos autorizados.	Sujeto a Deducible Pagadero el 90% por la mayoría de los servicios ambulatorios.
Sala de Emergencia de Hospital	Sujeto a Deducible. Hospital PPO – 90% de la tarifa negociada después de un copago de \$25. Hospital No-PPO – 70% de los cargos autorizados después de un copago de \$50. Exento de copago bajo ciertas circunstancias.	Sujeto a Deducible. Pagadero el 90%. Exento si es ingresado.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	PLAN DE PAGO DIRECTO	KAISER PERMANENTE
Centro Quirúrgico Ambulatorio	Sujeto a Deducible. Instalación de Anthem Blue Cross – 90% de la tarifa negociada Instalación No de Anthem Blue Cross – Máximo de \$500 pagadero al día	Sujeto a Deducible. Pagadero el 90%.
Hospital Ambulatorio (Cargos de la Instalación) por Artroscopia, Cataratas, Colonoscopias	Sujeto a deducible. Hospital PPO – 90% de las tarifas negociadas y sujeto a la Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés) más adelante. Excepción: la MPA no aplica si se usa un centro quirúrgico de un Sitio en Base al Valor . Hospital No-PPO – 70% de los cargos autorizados y sujeto a la MPA Artroscopia \$6,000 * Cataratas \$2,000 * Colonoscopia \$1,500	Sujeto a Deducible. Pagadero el 90%.
Visita al Consultorio Médico	Sujeto a deducible. Médico PPO – 100% de la tarifa negociada después del copago de \$15 por cada visita. Médico No-PPO – 70% del cargo autorizado después del copago de \$15 por cada visita.	Sujeto a Deducible. \$15 de copago por cada visita.
Atención de Salud en el Hogar	Sujeto a Deducible, 90% de la tarifa negociada. Tiene que estar previamente autorizada por Anthem Blue Cross of California.	Pagadera 100% hasta 100 visitas por cada Año Calendario cuando esté autorizado por un médico del Plan para atención a tiempo parcial, intermitente.
Atención de Hospicio	Sujeto a Deducible. 90% de la tarifa negociada. Tiene que estar previamente autorizada por Anthem Blue Cross de California.	Pagadero 100% cuando es seleccionado como alternativa a servicios tradicionales y autorizado por un médico del Plan.
Evaluación Médica Electrónica En-Línea	No sujeta 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 sujeto a deducible, pagadero 100%. Se proporciona bajo ciertas circunstancias a determinarse durante la cita telefónica de registro.
Honorario del Cirujano	Sujeto a Deducible. Médico PPO – 90% de la tarifa negociada. Médico No-PPO – 70% del cargo autorizado.	Sujeto a Deducible. Pagadero el 90%.
Examen Físico/ Bebé Saludable	No sujeto a Deducible, no copago por visita al consultorio. Participante o Cónyuge - \$300 máximo por examen. Niño mayor de 2 años de edad - \$200 máximo por examen. Los cargos del Bebé Saludable por hijos dependientes hasta la edad de 2 años son pagaderos como visita de rutina al consultorio y no están sujetos al máximo de \$200 por cada examen.	No sujeto a Deducible. Adulto - \$0 copago por cada visita. Niños hasta la edad de 23 meses - \$0 por cada visita.
Honorario del Médico Sala de Emergencias	Sujeto a Deducible. Médico PPO – 90% de la tarifa negociada. Médico No-PPO – 70% del cargo autorizado si el participante usó un hospital No-PPO, 90% del cargo autorizado si el participante usó un hospital PPO.	Sujeto a Deducible. (Exento si es admitido)/ Pagadero 90%.
Pruebas Diagnósticas	Sujeto a Deducible.	Sujeto a Deducible.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	PLAN DE PAGO DIRECTO	KAISER PERMANENTE
de Laboratorio, Radiografía, IRM, Tomografía Computarizada	Instalación PPO – 90% de la tarifa negociada. Instalación No-PPO – 70% del cargo autorizado.	\$10 copago por encuentro para la mayoría de radiografías y laboratorio. IRM, Tomografía CT y Tomografía PET – copago de \$50.
Inmunizaciones e Inoculaciones (Inyecciones)	Sujeto a Deducible. Proveedor PPO – 90% de la tarifa negociada. Proveedor No-PPO – 70% del cargo autorizado.	Pagadero 100%.
Visitas Ambulatorias de Salud Mental	Sujeto a Deducible. Médico PPO – 100% de la tarifa negociada después de \$15 copago por visita. Médico No-PPO – 70% del cargo autorizado después de \$15 copago por visita.	Sujeto a Deducible. Terapia Individual: 100% después de \$15 copago por visita. Terapia de Grupo: 100% después de \$7 copago por visita.
Tratamiento Ambulatorio de Abuso de Alcohol y Sustancias	Sujeto a Deducible Proveedor PPO – 90% de la tarifa negociada. Proveedor No-PPO – 70% del cargo autorizado después de \$15 copago por visita.	Sujeto a Deducible. Terapia Individual: 100% después de \$15 copago por visita. Terapia de Grupo: 100% después de \$5 copago por visita.
Atención Quiropráctica	Sujeto a Deducible. \$40 por visita hasta 20 visitas por cada Año del Plan. Las radiografías están limitadas a \$100 por Año del Plan.	No sujeto a Deducible. \$5 copago por visita, 20 visitas máximo por Año Calendario. \$50 asignación máxima por aparato.
Terapia Física Terapia Ocupacional	Sujeto a Deducible. Proveedor PPO – 90% de la tarifa negociada. Proveedor No-PPO – 70% del cargo autorizado.	Sujeto a Deducible \$15 copago por visita.
Equipo Médico Duradero	Sujeto a Deducible. Tiene que ser recetado por un médico. Proveedor PPO – 90% de la tarifa negociada. Proveedor No-PPO – 70% del cargo autorizado.	No sujeto a Deducible. Pagadero el 90% cuando está recetado por un médico del Plan y de acuerdo con las directrices del formulario DME del Plan de Salud.
Audífonos/Dispositivos	Sujeto a Deducible. \$1,200 de asignación máxima por cada oído/dispositivo cada 36 meses,	No sujeto a Deducible. \$1,000 de asignación máxima por cada oído/dispositivo cada 36 meses.
Ambulancia	Sujeto a Deducible.** -si resulta de condición de peligro a vida Proveedor PPO – 90% de la tarifa negociada. Proveedor No-PPO – 70% del cargo autorizado. Excepción: Si la condición pone en peligro la vida, 90% del cargo autorizado. La ambulancia aérea esta cubierta**	Sujeto a Deducible. Emergencia: 90% pagadero por viaje cuando sea médicamente necesario. No-Emergencia: 90% pagadero por viaje cuando sea médicamente necesario y esté autorizado por un Médico de Kaiser Permanente.
Medicamentos de Receta	Los beneficios OptumRx se proporcionan a través del Fondo. Al menudeo - 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-Formulario - \$30	En una Farmacia Kaiser – Usted paga el copago que aparece más adelante por cada receta. Suministro máximo de 30 días por ciertos medicamentos. Genérico: \$10 por suministro de hasta 30 días \$20 por suministro de hasta 100 días.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	PLAN DE PAGO DIRECTO	KAISER PERMANENTE
	<p>Pedido por Correo – Usted paga el copago que aparece más adelante por cada receta. Suministro máximo de 90 días por cada receta.</p> <p>Genérico - \$20 De Marca del Formulario - \$40 * De Marca – No-Formulario - \$60 El Pedido por Correo es obligatorio para los medicamentos de mantenimiento.</p> <p>Si está disponible un genérico equivalente, pero usted prefiere el de marca, usted paga la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca.</p>	<p>De Marca: \$20 por suministro de hasta 30 días. \$40 por suministro de hasta 100 días.</p> <p>Pedido por Correo – Usted paga el copago que aparece más adelante por cada receta. Suministro máximo de 100 días por cada receta.</p> <p>Genérico - \$20 De Marca - \$40</p> <p>Las recetas emitidas por médicos que no son de Kaiser no están cubiertas.</p>
Beneficios de Muerte	<p>Todos los Participantes son elegibles para los beneficios de muerte siguientes si está inscrito en Plan de Pago Directo o de Kaiser: Participante: Muerte Regular \$15,000 * Muerte Accidental \$15,000 * Desmembramiento - \$7,500 a \$15,000 Dependientes: Muerte del Cónyuge \$7,500 * Muerte de un Hijo: \$1,000 independientemente de la edad</p>	
Números Gratuitos	<p>1-800-244-4530</p>	<p>1-800-390-3507 (inglés) o 1-800-788-0616 (español). Refiérase al Grupo #: 603306 para el Plan Activo, 603308 para el Plan Especial</p>
Planes de la Vista	<p>Los Participantes inscritos en el Plan de Pago Directo están automáticamente inscritos en “Blue View Vision” de Anthem Blue Cross. La Oficina del Fondo Fideicomiso no ofrece otros planes de la vista. Para más información, consulte la Comparación y Resumen de Planes de la Vista que se acompaña.</p>	<p>Los Participantes inscritos en el Plan de Kaiser Permanente están automáticamente inscritos en el Plan “Vision Essentials” de Kaiser, pero tienen la opción de inscribirse en “Blue View Vision” de Anthem Blue Cross durante la inscripción abierta (fecha efectiva del 1 de Marzo). Para más información, consulte la Comparación y Resumen de Planes de la Vista que se acompaña.</p>
Planes Dentales	<p>Todos los Participantes Nuevos están automáticamente inscritos en el Plan de Anthem Blue Cross Dental Complete, pero tienen la opción de inscribirse en los otros planes dentales ofrecidos por la Oficina del Fondo Fideicomiso dentro de 60 días de elegibilidad inicial y también cada periodo de inscripción abierta (1º de Diciembre – 28 de Febrero) para una fecha efectiva del 1º de Marzo. Para más información, consulte la Comparación y Resumen de Planes de la Vista que se acompaña.</p>	

Esta gráfica de comparación y resumen sólo tiene la intención de ser un resumen de los beneficios proporcionados por cada plan. No han sido incluidas todas las exclusiones y limitaciones de cobertura de beneficio y pueden variar ligeramente en cada plan. Los contenidos de esta comparación no han de ser interpretados o aceptados como un sustituto de las disposiciones de las Reglas y Reglamentos del Plan Activo o Especial de Salud y Bienestar de los Obreros o el contrato de Kaiser Permanente.

REVISADO 8/11/2017



**FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS OBREROS PARA LOS PARTICIPANTES DE LOS PLANES ACTIVO Y ESPECIAL
COMPARACIÓN Y RESUMEN DE LOS PLANES DENTALES EFECTIVO AL 1º DE NOVIEMBRE, 2017**

Características del Plan	Anthem Blue Cross (ABC) Dental Complete	Bright Now!	PrimeCare	United HealthCare	DeltaCare USA
Tipo de Plan	Plan Dental Tradicional	Plan Pre-pagado HMO.	Plan Pre-pagado HMO.	Plan Pre-pagado HMO.	Plan Pre-pagado HMO.
Selección de Dentistas	Usted puede seleccionar cualquier dentista. Sus gastos de bolsillo son mayores si usa un dentista que no sea Delta Dental, Sus costos de bolsillo son menores cuando usa un dentista Delta Dental PPO.	Todos servicios y referidos tienen que proporcionarse por un dentista Bright Now!, o contratado. No se pagarán beneficios que no sean de emergencia, si los servicios dentales los realiza alguien que no sea dentista Bright Now!, o contratado.	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.	Todos los servicios y referidos tienen que ser proporcionados por un dentista UHC contratado. No se pagarán beneficios si los servicios dentales los realiza alguien que no sea un dentista UHC contratado.	Todos los servicios y referidos tienen que ser proporcionados por un dentista DeltaCare contratado. No se pagarán beneficios si los servicios dentales los realiza alguien que no sea un dentista DeltaCare.
Área Cubierta	Dentistas participantes dentro del Norte de California. Llame al 1-800-765-6003 para la lista.	21 consultorios dentales en el Norte de California. Llame al 1-888-274-4486 para las ubicaciones	Consultorios dentales en el Norte de California. Llame al 1-800-937-3400 para las ubicaciones.	Consultorios dentales en el Norte de California. Llame al 1-800-999-3367 para las ubicaciones.	Consultorios dentales en el Norte de California. Llame al 1-800-422-4234 para las ubicaciones.
Deducible Anual	\$100 por persona, \$300 por familia. Servicios preventivos y de diagnóstico no sujetos al Deducible.	Ninguno.	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Máximo Anual	\$2,500 por persona	Atención general: No máximo Referidos de Especialidades: \$2,500	No máximo	No máximo	No máximo
Coseguro y Copagos del Participante	0% por servicios preventivos y de diagnóstico; 30% de servicios mayores.	No copagos en procedimientos cubiertos.	No copagos	Copagos mínimos	Copagos variantes
Beneficios de Ortodoncia	Deltadentalins.com	Copagos: Honorario Inicial: \$540; Tratamiento Adulto: \$2,800; Tratamiento Niño \$2,400	Copagos: Honorario Inicial; Adulto: \$200 honorario; Inicial Niño: \$100; tratamiento Adulto: \$3,400 tratamiento Niño: \$1,350	Copagos: Tratamiento Adulto: \$1,250*; Tratamiento Niño: \$1,250* *incluyendo el Honorario	Copagos: Honorario Inicial: \$350; Tratamiento Adulto: \$1,800; Tratamiento Niño: \$1,600
Sitio Web y Numero de Tele.	1-877-567-1804 Anthem.com/ca/mydental	1-888-274-4486 brightnow.com	1-866-998-3944 primecaredental.net	1-800-999-3367 myuhc.com	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 PARTICIPANTES DE LOS PLANES ACTIVO Y ESPECIAL
COMPARACIÓN Y RESUMEN DE LOS PLANES DE LA VISTA
EFECTIVO EL 1º DE NOVIEMBRE DE 2017**

Participantes del Plan de Pago Directo – La cobertura de la vista se proporciona a través del Plan Blue View Vision de Anthem Blue Cross. El Fondo Fideicomiso **no** ofrece otros planes de la vista a los Participantes que estén inscritos en el Plan de Pago Directo. Si desea cambiar al Plan Vision Essentials de Kaiser, primero tiene que cambiar su Plan Médico-Hospitalario y de Medicamentos de Receta al de 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 que están inscritos en el Plan de Kaiser Permanente se les permite cambiarse entre el Plan Vision Essentials de Kaiser y el Plan Blue View Vision de Anthem Blue Cross en cada periodo anual de inscripción abierta (1 de Diciembre – 15 de Marzo para una fecha efectiva del 1 de Marzo).

Resumen de Beneficios de Blue View Vision de Anthem Blue Cross

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>	Completamente cubierto	\$10	Asignación de \$37 solamente
Marcos de Anteojos <i>Cada 24 meses</i>	\$145	Usted paga el balance después de la asignación de \$145 menos 20% descuento	Asignación de \$40 solamente
Anteojos con Lentes Estándares <i>Cada 12 meses</i> 1 par solamente de lentes Sencillos, Bifocales, Trifocales o Lenticulares	Completamente cubierto	\$20 (límite de 1 par)	Asignación de \$34 a \$68 solamente dependiendo del tipo de lente
Lentes de Contacto (Convencionales) <i>Cada 12 meses</i>	\$120	Usted paga el balance después de la asignación de \$120 menos 15% descuento	Asignación de \$100 solamente

Resumen de Beneficios de Vision Essentials de Kaiser

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>	Completamente cubierto	\$15	No copago para evaluaciones preventivas
Marcos de Anteojos <i>Cada 24 meses</i>	\$145	Usted paga el balance después de la asignación de \$145	Marcos de moda de un valor de \$40 a \$99
Anteojos con Lentes Estándares <i>Cada 12 meses</i>	Completamente cubierto		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 LOS SERVICIOS DE VISION CUBIERTOS Y PUEDEN APLICARSE OTRAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES.