



**Para: Todos los Participantes Jubilados Elegibles y sus Dependientes**

**RE: Comparación de los planes Medico-Hospital - A partir del 1 de marzo del 2021**

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 Empleados 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 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 de Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO (solo proporciona cobertura médica)** - solo para *individuos elegibles de Medicare*. Este es un plan preferido de medicare que utiliza una red de proveedores de atención médica, pero le da la libertad de usar proveedores fuera de la red. La persona de Medicare elegible en su familia puede inscribirse en el Plan de Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO, pero una persona no elegible para medicare en su familia debe inscribirse en el Plan de Pago Directo para Obreros. La cobertura de medicamentos recetados se proporciona bajo el Plan de Pago Directo de Obreros si usted elige el **Plan de Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO**.

**3. Kaiser Permanente Plan (proporciona cobertura médica y de medicamentos recetados)** - para personas elegibles y no elegibles para Medicare. Este es un plan de Health Maintenance Organization (HMO). Kaiser ofrece beneficios sin costo alguno o con copagos limitados para usted, sin embargo, su elección se limita únicamente a los médicos e instalaciones aprobados por Kaiser. Y si eligen Kaiser, usted y sus dependientes, con o sin Medicare, deben inscribirse en Kaiser.

Se adjunta una Comparación y Resumen de Planes Médicos que describe resumen el tipo de servicio, cuánto cubre cada Plan Médico y su costo de bolsillo (ver páginas 3 – 7). La comparación ha sido diseñada para ayudarle a entender la diferencia de los tres planes médicos para que pueda decidir qué Plan Médico 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 2). Una vez más, se le permite cambiar los Planes Médicos no más de dos veces por año calendario. Para cambiar de Plan Médico, solicite un formulario de Cambio de Plan Médico de la Oficina del Fondo de Fideicomiso, su Unión Local o vaya a nuestro sitio web, [www.lfao.org](http://www.lfao.org), para imprimir o pedir el formulario. Si usted es elegible para inscribirse en los Planes opcionales de Dental y de Visión, consulte la Comparación para Planes Dentales y para la Visión.

Independientemente del plan médico que elija, **se le requiere completar un formulario de Elección de Plan Médico**. También debe completar un formulario de elección de **Kaiser Permanente Senior Advantage (KPSA)** o Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO Enrollment para cada persona elegible de Medicare que se inscriba en Kaiser o Anthem Medicare Plan. 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 al estatus de su dependiente, puede resultar en un pago excesivo o pago insuficiente de sus reclamos médicos y/o 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](http://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 2/4/2021

- PLAN MEDICO (incluidos los beneficios de medicamentos recetados)** - El Fondo ofrece los siguientes 3 Planes Médicos: (1) **Plan de Pago Directo para Obreros**, (2) **Plan de Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO** y (3) **Plan de Kaiser Permanente**. Tenga en cuenta que el Anthem Blue Cross Preferred PPO 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 Preferred PPO y su cónyuge en el Plan de Pago Directo de los Obreros (o viceversa). Usted paga el 100% de la tasa que se muestra en la siguiente tabla para la cobertura del Plan Médico que eligió 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.
  - PLAN DENTAL** - El Fondo ofrece los siguientes 2 Planes Dentales: Anthem Blue Cross Dental Complete y DeltaCare USA
  - 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
	Plan de Pago Directo de los Obreros	Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO (Solo Medicare)	Kaiser Permanente (No-Medicare)	Kaiser Permanente Senior Advantage (Medicare)		
Un Medicare	\$375	\$319		\$357	Pagará el 100% de la tarifa que se muestra <b>APARTE</b> de la tarifa (sujeto a Subsidio) para el Plan Médico que usted eligió.	Independientemente del tamaño de la familia, la tarifa mensual es la misma.
Dos Medicare	\$734	\$637		\$714		
	\$694 (uno está inscrito en el Plan de Pago Directo de los Obreros y el otro está inscrito en Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO Plan)					
Un Sin-Medicare	\$1,176		\$1,196		Anthem Blue Cross \$63	Anthem Visión \$10
Dos Sin-Medicare	\$2,349		\$2,393			
Un Medicare y Un Sin-Medicare	\$1,551	\$1,495 (las personas que no son de Medicare deben inscribirse en el Plan de Pago Directo de Trabajadores)	\$1,553		DeltaCare USA \$47	*Kaiser Visión \$5
Un Medicare y Dos Sin-Medicare			\$2,548			
Familia (3 o más) Si su mezcla familiar es diferente, llamar a la Oficina del Fondo del Fideicomiso para las tarifas específicas.	\$2,349 No-Medicare Familia		\$3,387 No-Medicare Familia	\$357 por persona de Medicare (personas que no son de Medicare pueden inscribirse en el Plan de Kaiser No-Medicare)		* - Si 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 Individuos Sin Medicare	Kaiser Permanente para Individuos Sin Medicare	Kaiser Permanente Senior Advantage para Individuos de Medicare
<b>IMPORTANTE para las personas elegibles de Medicare:</b> Los beneficios Médico-Hospitalizados descritos en la columna "Plan de Pago Directo de los Obreros para individuos Sin Medicare" son para individuos que no son de Medicare solo bajo el Plan de Pago Directo de los Obreros. Para las personas con Medicare, el Plan de Pago Directo de los Obreros y el Plan de Anthem Medicare Preferred PPO <b>tienen el mismo nivel de cobertura</b> de la siguiente manera: 100% del deducible y/o coseguro de la Parte A (Hospitalización) de Medicare; 100% de la responsabilidad de la persona Medicare bajo la Parte B, siempre que los gastos estén cubiertos por el Plan. Si usted tiene Medicare y elige Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO Plan, cualquier miembro elegible en su familia sin Medicare DEBE inscribirse en el Plan de Pago Directo para los Obreros.			
<b>BENEFICIOS MÉDICO-HOSPITAL</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 ve a los hospitales y proveedores participantes de Anthem Blue Cross (PPO).	La atención se brinda a través de médicos o personal médico en un centro de Kaiser Permanente ubicado en el área de servicio del miembro.	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. <b>Medicare no pagará ni proporcionará beneficios por los servicios recibidos fuera del Programa Medicare de Kaiser.</b>
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.	Debe volver a colocarse dentro del área de servicio de Kaiser, por lo general dentro de California. Si tiene alguna pregunta sobre si su dirección de residencia es un área de servicio de Kaiser, comuníquese con la Oficina del Fondo Fiduciario.	
Elección de Médicos	Ilimitado. El uso de los médicos participantes de Anthem Blue Cross resulta en menores gastos de su bolsillo.	Cada miembro puede utilizar cualquier médico de Kaiser Permanente.	
Atención Especializada: Dentro la Red  Fuera la Red	Usted selecciona a cualquier especialista.  Usted selecciona a cualquier especialista.	Autorreferencia a especialistas como la optometría, la dependencia química, la psiquiatría y el obstetra/ginecólogo. 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.	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.	
Máximo de Beneficios Por Vida	\$750,000 por individuo, \$2,000 de reincorporación por Año del Plan.	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 Individuos Sin Medicare	Kaiser Permanente para Individuos Sin Medicare	Kaiser Permanente Senior Advantage para Individuos con Medicare
Deducible Anual	<p>\$150 por individuo, máximo de \$450 por familia por Año del Plan (1 de marzo – 28 de febrero).</p> <p>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.</p>	Ninguno.	
Máximo Anual de Bolsillo Gastos de Médico y Hospital Solamente	<p>\$3,000 por individuo, máximo de \$6,000 por familia por Año del Plan. Incluye su deducible, coaseguro y copagos solo para cargos de <b>Proveedores de PPO</b>.</p> <p>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.</p>	<p>Para los Servicios sujetos al máximo, usted no pagará más Costo Compartido por el resto del año calendario si los Copagos y Coaseguros que usted paga por esos Servicios suman la siguiente cantidad: para cualquier miembro de \$1,500 por año calendario.</p>	
<p><b>Hospital para Pacientes Hospitalizados Médico/Cirugía Salud Mental</b></p> <p>Cirugía Total de Reemplazo de Cadera o Rodilla</p> <p>Centro de Enfermería Especializada/ECF</p> <p>Abuso de Alcohol y Sustancias</p> <p>Utilización Revisión</p>	<p>No está sujeto a deducible.</p> <p>PPO Hospital - 90% del primer \$10,000 y 100% a partir de entonces de las tarifas negociadas.</p> <p>Hospital no PPO - 70%* del primer \$10,000 y 100% a partir de entonces de los cargos permitidos. * - <b>90% si el paciente o la admisión de emergencia reside fuera de California.</b></p> <p>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 <b>sitio basado en el valor</b> aprobado por el Plan.</p> <p>Igual que médico/cirugía arriba.</p> <p>Igual que médico/cirugía arriba.</p> <p>Parte automática de los procedimientos del plan. Requerido para la mayoría de la estancia en el hospital. Hasta \$2,000 de penalización por incumplimiento si es admitido en el Hospital no PPO.</p>	<p>Atención hospitalaria (incluyendo habitación y comida, medicamentos, imágenes, laboratorio, otros servicios de diagnóstico y tratamiento, y servicios médicos del plan): Sin cargo.</p> <p>Cirugía ambulatoria y procedimientos ambulatorios (incluyendo servicios de diagnóstico y diagnóstico por imágenes) cuando se realiza en un centro de cirugía ambulatoria o en un quirófano 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 las molestias: \$10 por procedimiento.</p> <p>Servicios de centros de enfermería especializada de hasta 100 días por período de beneficios: Sin cargo.</p> <p>Desintoxicación hospitalaria: Sin cargo.</p> <p>Evaluación y tratamiento individual del trastorno por consumo de sustancias ambulatorias: \$10 por visita.</p> <p>Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias ambulatorias en grupo: \$5 por visita.</p> <p>Parte automática de los procedimientos del plan.</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
Cuidado Médico Hospital Ambulatorio	Sujeto a Deducible. PPO Hospital - 90% de las tarifas negociadas. No-PPO Hospital - 70% de los cargos permitidos.	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, \$50 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.	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.	Visitas de atención de urgencia: \$10 por visita.	
Procedimiento Artroscópico, Catarata o Colonoscopia Cargos por Instalaciones	Sujeto a Deducible. PPO Hospital - 90%* de tarifas negociadas. Hospital no PPO - 70%* de los cargos permitidos. <b>* - Sujeto a la Asignación Máxima del Plan (MPA):</b> Artroscopia \$6,000 Catarata \$2,000 * Colonoscopia \$1,500 Excepción: MPA no se aplica si se utiliza una <b>Instalación de Sitio Basado en Valores.</b>	Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios: \$10 por procedimiento.	
Centro de Ambulatoria Cirugía	Sujeto a Deducible. Facilidad de PPO - 90% de las tarifas negociadas. Facilidad no PPO - \$500 <b>Asignación del Plan Máximo</b>	Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios: \$10 por procedimiento.	
Atención Médica en el Hogar	Sujeto a Deducible. 90% de los cargos cubiertos. Solo después de la remisión por parte de la Dirección de Casos.	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 después de la remisión por parte de la Dirección de Casos.	Sin cargo.	
Honorarios Médicos Visitas a la Oficina	Sujeto a Deducible y copago de \$15 por visita. PPO Médico - 100% tasa negociada. Médico no PPO - 70% de cargo permitido.	\$10 por visita.	
Telesalud Electrónico/En Línea	Incluyendo exámenes de médicos, salud mental y de abuso de sustancias. Debe utilizar un médico a través del Servicio en Línea de LiveHealth. 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 tasa negociada. Médico no PPO - 70% de la carga permitida.	Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios: \$10 por procedimiento.	

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
Médico de Sala de Emergencias	Sujeto a Deducible. PPO Médico - 90% de la tasa negociada. Médico no PPO - 90% de la carga permitida.	Visitas a la Sala de Emergencias: \$50 por visita.	
Examen Físico y Well Baby	No está sujeto al Copago de Deducible y del Consultorio Médico. <b>Asignación Máxima del Plan:</b> Participante o Cónyuge - \$300 por examen. Niño mayor de 2 años a \$200 por examen. Los cargos de Well Baby 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.	Exámenes físicos de rutina, incluyendo exámenes preventivos y de buena mujer para Miembros de 2 años o más: \$10 por visita.  Exámenes preventivos para niños sanos para Miembros hasta los 23 meses de edad: \$5 por visita.	Visita anual de bienestar y la visita preventiva "Bienvenido a Medicare": Sin cargo.
Vacunas Inoculaciones	Sujeto a Deducible. Proveedor de PPO - 90% de la tasa negociada. Proveedor no PPO - 70% de la carga permitida.	Inmunizaciones (incluida la vacuna) administradas en una Oficina Médica del Plan: Sin Cargo.	
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 Coseguro) por el Participante, 100% pagadero. Examen físico, Well Baby, Laboratorio o Radiología por Proveedores que no son PPO serán pagados a nivel normal de beneficios del plan con costo compartido por el Participante.	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.	
Ambulatorio de Abuso de Sustancias	Sujeto a Deducible y copago de \$15 por visita. PPO Médico - 100% de la tasa negociada. Médico no PPO - 70% de cargo permitido.	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.	
Ambulatorio de Salud Mental	Sujeto a Deducible y copago de \$15 por visita. PPO Médico - 100% tasa negociada. Médico no PPO - 70% de cargo permitido.	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.	
Fumar Cesación	Sujeto a Deducible y copago de \$15 por visita. PPO Médico - 100% tasa negociada. Médico no PPO - 70% de cargo permitido.	Asesoramiento individual durante una visita a la oficina relacionada con el abandono del tabaquismo: Sin cargo.	
Prueba de Laboratorio, Rayos X, MRI, Resonancia de CT	Sujeto a Deducible. Proveedor de PPO - 90% de la tasa negociada. Proveedor no PPO - 70% de la carga permitida.	Sin cargo.	
Beneficios de Quiropráctica	Sujeto a Deducible. <b>Asignación máxima del plan:</b> Hasta 20 visitas por año del plan. Proveedor de PPO - 100% de la tasa negociada. Proveedor no PPO - 70% de la carga permitida.	No está cubierto.	

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
Fisioterapia	Sujeto a Deducible. Proveedor de PPO - 90% de la tasa negociada. Proveedor no PPO - 70% de la carga permitida.	Terapia física, ocupacional y de lenguaje para pacientes ambulatorios: Individual \$10 por visita, Grupo \$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 tasa negociada. 100% para visita al consultorio. Proveedor no PPO - 70% de la carga permitida.	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 tasa negociada. Proveedor no PPO - 70% de la carga permitida.	Equipo médico duradero cubierto para uso doméstico: Sin cargo.	
Ambulancia	Sujeto a Deducible. Ambulancia aérea cubierta si la condición potencialmente mortal. Proveedor de PPO - 90% de la tasa negociada. Proveedor que no es PPO - 70% de la carga permitida o 90% si la condición potencialmente mortal.	Sin cargo.	
Dispositivo de Audiófonos	Sujeto a Deducible. <b>Asignación máxima del plan:</b> \$1,200 por oído/dispositivo por 36 meses.	Audífonos, incluyendo, ajuste, asesoramiento, limpieza e inspección: No cubierto. Exámenes auditivos con un audiólogo para determinar la necesidad de corrección auditiva: \$10 por visita.	

LABORERS Plan de Pago Directo para Individuos de Medicare y Sin Medicare	Kaiser Permanente para Individuos sin Medicare	Kaiser Permanente Senior Advantage para Individuos de Medicare
--	--	--

**BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS**

<p>Beneficios de OptumRx proporcionados a través del Fondo, ya sea que utilice una Farmacia Contratante o no Contratante.</p> <p><b>FARMACIA CONTRATANTE:</b> Usted paga el copago por receta a continuación.</p> <p><b><u>Venta al Por Menor</u></b> Suministro máximo de 30 días por receta: Genérico - \$10 * Nombre de Marca del Formulario - \$20. Nombre de Marca No Formulario - \$30.</p> <p><b><u>Pedido por Correo</u></b> Suministro máximo de 90 días por receta: Genérico - \$20 * Nombre de Marca del Formulario - \$40. Nombre de Marca no Formulario - \$60.</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. 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><b><u>En una farmacia Kaiser</u></b></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>
--	---	---

<b>LABORERS Plan de Pago Directo</b> <i>para Individuos de Medicare y Sin Medicare</i>	<b>Kaiser Permanente</b> <i>para Individuos sin Medicare</i>	<b>Kaiser Permanente Senior Advantage</b> <i>para Individuos de Medicare</i>
<p>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><b>Máximo:</b> \$20,000 máximo a pagar por individuo, por año calendario para pedido combinado de venta al por menor y por correo.</p> <p><b>Máximo de Gastos de Bolsillo Solo para Farmacia Contratante</b> \$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><b>FARMACIA NO CONTRATANTE:</b> Usted paga el costo total y envía un Formulario de Reembolso a OptumRx. 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>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><b>Pedido por correo</b> 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](http://www.lfao.org)

**Plan de Anthem Blue Cross Medicare Preferred PPO:** 1-833-848-8729 \* [www.anthem.com/ca](http://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](http://www.kaiserpermanente.org) \* Al llamar, refiera 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 Preferred PPO o el contrato de Kaiser Permanente.**