



## Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.

5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588 | Telephone: 707-864-2800 or 800-244-4530

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

**RE: Comparación de Planes Dentales - A partir del 1 de marzo de 2021**

El Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar para el Norte de California ("Fondo") ofrece dos (2) Planes Dentales a los Participantes Jubilados y sus dependientes elegibles que han cumplido con los requisitos de elegibilidad del Plan para Empleados Jubilados ("Plan"). Cuando inicialmente se convierte en elegible para participar en el Plan, usted tiene que decidir si desea o no cobertura del Plan Dental. La inscripción es **OPCIONAL** - lo que significa que no tiene que elegir la cobertura del Plan Dental. **Sin embargo, si rechaza la cobertura**, no se le dará otra oportunidad de inscribirse en el futuro.

Si decide inscribirse, debe pagar la prima mensual por el costo de la cobertura del Plan Dental que se le proporcionó a usted y a sus dependientes inscritos, si existe, además de su prima mensual para la cobertura del Plan Médico. No se le permite inscribirse en un Plan Dental sin inscribirse en un Plan Médico. La inscripción al Plan Dental también está sujeta a un período de cobertura mínimo obligatorio de **6 meses** - lo que significa que no puede cancelar su Plan Dental en ningún momento, pero solo después de haber tenido cobertura durante 6 meses consecutivos. Luego se le permite cambiar los Planes Dentales durante el período anual de inscripción abierta por una fecha de vigencia del 1 de marzo, que es el comienzo del Año del Plan. Los dos Planes Dentales ofrecidos por el Fondo son:

**1. Anthem Blue Cross (ABC) Dental Complete** – este es un plan dental tradicional de pago por servicio. Puede seleccionar cualquier dentista. Sus costos de bolsillo son mayores si utiliza un dentista que no sea de ABC. La atención dental de emergencia fuera de EE. UU. está cubierta por el Programa Dental Internacional de Emergencia. Cualquier dentista dentro de EE.UU., dentistas ABC ubicados dentro de California. Fuera de California, los dentistas participan en la red dental Anthem Blue Cross Blue Shield.

**2. DeltaCare USA** - un plan dental prepagado HMO. Todos los servicios y referencias deben ser proporcionados por un dentista de DeltaCare. No se pagarán beneficios si los servicios dentales son realizados por otro dentista de DeltaCare. Oficinas dentales en el norte de California.

En el reverso de este aviso hay una Comparación y Resumen de Planes Dentales que describe en resumen el tipo de servicio, cuánto cubre cada Plan Dental, sus costos de bolsillo y la prima mensual que usted tiene que pagar por la cobertura dental. La Comparación ha sido diseñada para ayudarle a entender la diferencia de los dos Planes Dentales para que pueda decidir qué Plan Dental se adapta a las necesidades de cuidado dental de toda su familia. Le aconsejamos que revise la Comparación **antes** de seleccionar un Plan Dental. Una vez más, se le permite cambiar de Planes Dentales solo durante el período de inscripción abierta. Para inscribirse o cambiar a otro Plan Dental, solicite un formulario de Elección y Cancelación del Plan Dental a la Oficina del Fondo, su Unión Local o vaya a nuestro sitio web, [www.lfao.org](http://www.lfao.org), para imprimir u ordenar el formulario. El formulario de Elección y Cancelación del Plan Dental debe enviarse directamente a la oficina del fondo en la dirección arriba - **no lo envíe por correo al proveedor del Plan Dental que usted eligió.**

Es importante que notifique a la Oficina del Fondo inmediatamente si desea eliminar a un dependiente existente o agregar un nuevo dependiente a su Plan Dental, como su cónyuge o hijo. Se requiere un Formulario de Inscripción actualizado 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 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.

Sinceramente,

JUNTA DE FIDEICOMISARIOS

Revisado 2/4/2021

<b>Características del Plan</b>	<b>Anthem Blue Cross Dental Complete</b>	<b>DeltaCare USA</b>
<b>Prima Mensual</b>	\$63 independientemente del tamaño de la familia	\$47 independientemente del tamaño de la familia
<b>Deducible Anual</b>	\$50 por persona \$150 por máximo familiar Diagnóstico y Servicios preventivos NO sujetos al Deducible	Ninguno
<b>Máximo de beneficios anuales</b>	\$2,500 por persona Diagnóstico y Servicios preventivos NO se aplica al Máximo de Beneficios Anuales	Sin máximo
<b>Coseguro Participante (Su porción)</b>	Diagnóstico y Servicios Preventivos: 0% Servicios Básicos & Mayores: 30% Endodoncia y Periodoncia: 30% Prostodoncia y Cirugía Oral: 30%	Copagos variables
<b>Beneficios de Ortodoncia</b>	No cubierto	Copagos Participantes: Tarifa de Inicio: \$350 Tratamiento para Adulto: \$1,800 Tratamiento para Niño: \$1,600

 **Números de teléfono y  direcciones del sitio web**

**Anthem Blue Cross Dental Complete:** 1-877-567-1804 \* [www.anthem.com/ca/mydentalvision](http://www.anthem.com/ca/mydentalvision)

**DeltaCare USA:** 1-800-422-4234 \* [www.es.deltadentalins.com](http://www.es.deltadentalins.com)

**Esta Comparación y Resumen de Planes Dentales está destinado sólo como un resumen de los beneficios proporcionados por cada Plan. No se han incluido todas las exclusiones y limitaciones de la cobertura de beneficios y pueden variar ligeramente de Plan a Plan. El contenido de esta Comparación no debe interpretarse ni aceptarse como sustituto de las disposiciones del contrato de Anthem Blue Cross Dental Complete o DeltaCare USA.**