

ELEGIBILIDAD & COBRA - PLAN ACTIVO

La elegibilidad inicial empieza el primer día del segundo mes después de que se acumulan 440 horas de trabajo en el Banco de Horas de un participante. Se aplica un a deducción de 110 horas mensualmente para la cobertura continuada.

Elegibilidad se mantiene cuando:

- Saldo del Banco de Horas es 440 o más

Elegibilidad se pierde cuando:

- Saldo de Horas balance es menos de 440 horas
- Trabaja en empleo no cubierto
- Entra al servicio militar por tiempo completo

Si pierde elegibilidad, usted y sus dependientes pueden tener derecho a continuar los beneficios de salud. Para continuar con su cobertura, debe solicitar la Cobertura de Continuación COBRA y hacer los pagos mensuales de primas mensual requeridos al Fondo del Fideicomiso. Puede elegir Cobertura COBRA por hasta 18, 29 o 36 meses, dependiendo del Evento Calificadorio.

ELEGIBILIDAD & COBRA - PLAN ESPECIAL

Los empleados de un Empleador Especial que hacen contribuciones al Plan Especial son elegibles para participar en el Plan Especial. La elegibilidad inicial comienza el primer día del segundo mes siguiente al mes de trabajo del empleado. Por ejemplo, un empleado trabaja en marzo, luego la contribución del empleador para marzo proporcionará cobertura para el mes de mayo.

Elegibilidad se pierde cuando:

- Empleado se separa del Empleador
- Entra a el servicio militar por tiempo completo

Si pierde la elegibilidad, usted y sus dependientes pueden tener derecho a continuar con los beneficios de salud. Para continuar con la cobertura de salud, debe solicitar COBRA y realizar los pagos mensuales de primas requeridos al Fondo de Fideicomiso.

ELEGIBILIDAD - PLAN DE JUBILADO

Una persona que hace los pagos requeridos al Fondo, en una cantidad determinada por la Junta de Síndicos, y que está recibiendo:

- Pensión Adquirida Diferida y trabajo 2,000 horas en 48 meses previo a su fecha de jubilación
- Beneficio de Jubilación del Plan de Jubilado de ciertos empleados de LFAO, y
 - Fue elegible para el Plan Especial de Obreros durante al menos 60 meses, incluyendo 12 meses dentro de los 48 meses inmediatamente antes de la jubilación.
 - Está recibiendo una Pensión Recíproca del Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Obreros para el Norte de California pero no es elegible bajo la Subsección 2.a.(1) aunque tiene al menos 10 Años de Servicio Acreditado con el Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Obreros.
 - Fue elegible bajo el Plan Activo de Obreros durante al menos 60 meses con el mismo empleador, incluyendo 12 meses dentro de los 48 meses inmediatamente antes de la jubilación, comenzará a participar en este Plan en la fecha efectiva de su jubilación o en la fecha que finaliza su cobertura con el Plan Activo de los Obreros.
 - El dependiente de un empleado jubilado se convierte en elegible en la fecha en que la elegibilidad del empleado jubilado es efectiva.

PORTAL DE MIEMBROS EN LÍNEA

Funciones:

- Salud & Bienestar elegibilidad
- Acceso seguro/fácil
- Pagos de cuentas de miembros
- Siga reclamaciones
- Información demográfica
- Historial de trabajo
- Saldos de cuentas de los miembros

Visite lfao.org para el enlace.

Oficina Administrativa del Fondo de Fideicomiso

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA MIEMBROS DE LFAO | Efectivo el 1 de mayo de 2023

5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588

Teléfono: 707-864-2800 | Número Gratuito: 800-244-4530 | lfao.org

COMPARACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS

Usted puede cambiar entre el Plan de Pago Directo (PPO) y el Plan de Kaiser Permanente (HMO), hasta un máximo de dos veces por año calendario. Usted debe enviar una Solicitud de Beneficios de Salud y Bienestar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso para cambiar de plan.

	PLANES ACTIVO & ESPECIAL Plan de Pago Directo (PPO)	PLANES ACTIVO & ESPECIAL Kaiser Plan (HMO)	PLAN DE JUBILADO Plan de Pago Directo (PPO) sin Medicare	PLAN DE JUBILADO Plan de Pago Directo (PPO) con Medicare	PLAN DE JUBILADO Anthem Medicare Advantage	PLAN DE JUBILADO Kaiser Plan (HMO) sin Medicare	PLAN DE JUBILADO con Kaiser Senior Advantage (KPSA)
Deducible Anual	• \$150 por individuo • \$450 por familia	• \$150 por individuo • \$450 por familia	• \$150 por individuo • \$450 por familia	• \$0	• Combinado dentro y fuera de la red	• \$0	• \$0
Copagos	• \$15 por visita a oficina • Visita a ER en Hospital: \$25 (PPO) \$50 (No-PPO)	• \$15 por visita a oficina	• \$15 por visita a oficina • Visita a ER en Hospital: \$25 (PPO) \$50 (No-PPO)	• \$0	• \$0	• \$10	• \$10
Coseguro (Paciente Ambulatorio/ Profesional)	• 10% de la tarifa negociada (PPO) • 30% de los cargos permitidos (No-PPO)	• 10% de la tarifa negociada	• 10% de la tarifa negociada (PPO) • 30% de los cargos permitidos (No-PPO)	• Medicare cubre 80% y este seguro cubre el otro 20% al 100%	• \$0	• \$10 por procedimiento	• \$10 por procedimiento
Internado en Hospital	• 10% de 1er \$10,000 tarifa negociada (PPO), 0% después por estadía • 30% de 1er \$10,000 cargos permitidos (No-PPO), 0% después, por estadía, hasta la cantidad permitida, responsable del exceso de cantidad permitida	• 10% para servicios cubiertos en Kaiser	• 10% de 1er \$10,000 tarifa negociada (PPO), 0% partir de entonces por estadía • 30% de 1er \$10,000 cargos permitidos (No-PPO), 0% después, hasta cantidad permitida, es responsable para cantidad en exceso	• Medicare cubre 80% y este seguro cubre el otro 20% al 100% • Este seguro cubre 21-100 días al 100%	• Copago de \$0 por admisión. Sin límite para el número de los días cubiertos por el plan (SNF). Copago de \$0 para los días 1-100 por período de beneficio.	• Atención hospitalaria para pacientes internados (incluyendo alojamiento y comida, medicamentos, imágenes, laboratorio, otros servicios de diagnóstico y tratamiento, y Servicios Médicos del Plan): Sin cargo.	• Atención hospitalaria para pacientes internados (incluyendo alojamiento y comida, medicamentos, imágenes, laboratorio, otros servicios de diagnóstico y tratamiento, y Servicios Médicos del Plan): Sin cargo.
Pago Anual Máximo del Bolsillo	• \$3,000 por individuo, por año del plan • \$6,000 por familia, por año del plan	• \$3,000 por individuo, por año calendario • \$6,000 por familia, por año calendario	• \$3,000 por individuo, por año del plan • \$6,000 por familia, por año del plan	• \$0	• Después que se alcanza el OOP máximo, el plan paga el 100% de los costos cubiertos por el resto del año del plan.	• \$1,500 por año calendario	• \$1,500 por año calendario
Crédito por Discapacidad	• 8 horas por día; 110 horas por mes; 660 horas por periodo de 12 meses. Solo aplica a el Plan Activo.		N/A				
Telesalud	• Visite Transarent en transarent.ai	• Visite el área 'Mi Doctor' en kp.org	• Visite Transarent en transarent.ai	• Visite Livehealth en livehealthonline.com	• Visite Livehealth en livehealthonline.com	• Visite el área 'Mi Doctor' en kp.org	

CLAREMONT EAP

Al usar el Programa de Asistencia al Empleado (EAP), usted y su familia pueden recibir asesoramiento profesional y confidencial sin costo. El EAP también proporciona acceso a recursos que pueden ayudar a abordar muchas preocupaciones o preguntas personales.

Claremont ofrece asistencia con:

- Inmigración y naturalización
- Informe y revisión crédito gratuito
- Asuntos penales
- Programa de comprador de casa por 1^{er} vez
- Manejo de deudas
- Preguntas de impuestos
- Asuntos legales personales/familiares

El EAP es un servicio confidencial. Llame a 800-834-3773, para hablar con un consejero que lo remitirá al recurso más apropiado para sus necesidades.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Este resumen no es una lista completa de los beneficios disponibles, ni incluye las Reglas y Reglamentos que rigen los Planes. Existen exclusiones y limitaciones en todos los Planes y usted debe leer atentamente esas Reglas y Reglamentos del Plan. Las Reglas del Plan de Salud y Bienestar deben ser revisados antes de solicitar atención médica. Las descripciones detalladas de todos los beneficios y de las Reglas y Reglamentos de los Planes están disponibles a pedido y visitando nuestro sitio web en lfao.org

BENEFICIO DE ANUALIDAD

Cuenta Individual

- Establecida 1er mes que se reciben contribuciones
- Estado de Cuenta enviado cada octubre, que resume las contribuciones, ingresos de inversiones, cuota de gasto, los saldos iniciales y finales.

Elegibilidad para el Pago de Beneficio

- 65 sin contribuciones de un empleador por un mínimo de 3 meses consecutivos.
- Menos de 1,000 horas en 24 meses consecutivos
- **Recibir un beneficio de pensión de:** Plan de Pensión del Fondo de Fideicomiso para los Obreros del Norte de California, Plan de Pensión de LiUNA, o cualquier otro plan de pensión patrocinado por un empleador contribuyente.
- Derecho a los beneficios de discapacidad del Seguro Social
- Después de la Muerte (al beneficiario)

Métodos de Pago

Suma Completa / Mensual / Combinación de los dos

BENEFICIO DE VACACIÓN

Estado de Cuenta

Estados informan horas reportadas y contribuciones del empleador. Mantenga sus Estados de Cuenta/talones de cheques para verificar horas trabajadas.

Estados de Cuenta se Envían:

- **Marzo** (por horas trabajadas entre 1/ago - 31/ene)
- **Septiembre** (por horas trabajadas entre 1/feb - 31/jul)

Cantidad del Pago de Beneficio

Contribuciones del empleador, menos cuotas sindicales suplementarias

Fechas de Pago

Finales de abril - Solo miembros **inscritos** en Depósito Directo
Finales de octubre - Depósito Directo & Cheque de Papel

MUERTE & DESMEMBRAMIENTO

PLAN ACTIVO & ESPECIAL

- \$15,000 muerte del Obrero
- \$15,000 adicional por muerte accidental del Obrero
- \$7,500 muerte de cónyuge
- \$1,000 muerte de hijo dependiente
- \$7,500 - 15,000 desmembramiento del Obrero

PLAN JUBILADO

- **Cónyuge Sobreviviente Pre-Jubilación:** recibe beneficios de sobreviviente; requisitos de edad pueden aplicar
- **Conjunto & de Sobreviviente:** recibe beneficios si el participante fallece después de la jubilación
- **Beneficio de Muerte Pre-Jubilación:** 36 pagos de un beneficio de pensión regular pagados a hijos menores, cuando fallece un participante no casado con derechos adquiridos
- **Suma Global del Beneficio de Muerte del Pensionista:** \$100 para cada unidad de beneficio ganado, pagable a cónyuge sobreviviente, parientes elegibles, o estado

BENEFICIO DE PENSIÓN*

Servicio Acreditado

- Crédito anual del plan: 1/ago - 31/jul • 870 horas es un 1 año de servicio acreditado
- Evite interrupción de servicio, trabaje 500 horas durante año de crédito del Plan

Requisito de Derechos Adquiridos (en años de Servicio Acreditado)

- 5 años de Servicio Acreditado después de 1/ene/1997
- 10 de Servicio Acreditado antes de 1/ene/1997

Unidades de Beneficio

- 1 unidad de beneficio obtenida trabajando 1,000 o más horas en un año de crédito del Plan

Crédito por Discapacidad

- Servicio Acreditado y Unidades de Beneficios se conceden para periodos de discapacidad temporal bajo Compensación Laboral o Discapacidad Estatal.
- Recibe 8 horas de crédito por cada día de Comp. Laboral pagada o Discapacidad Estatal.

Tipos de Pensión y Requisitos

- Regular: 65 años de edad con 5 años de servicio acreditado
- Jubilación Anticipada: 55-64 años de edad con 10 años de servicio acreditado
- Servicio: Cualquier edad con 25 unidades si participación empezó antes 1/ago/2013 O
 - 55 años de edad con 25 unidades si participación fue entre 1/ago/2013 - 31/jul/2015 O
 - 60 años de edad con 25 unidades si participación empezó en o después de 1/ago/2015

- Discapacidad: Discapacitado antes de 65 años de edad con 10 años de servicio acreditado

Cantidad de Beneficio

- \$95 por cada unidad ganada antes de 1/ago/1986, si es aplicable, más
- A partir del 1/ago/1986, siempre que trabaje un mínimo de 500 horas dentro del año de crédito del plan, el monto del beneficio se calcula de la siguiente manera:
- Horas trabajadas en el año de crédito del plan x \$2.16 x **factor de acreditación porcentual** = total de beneficio mensual
- **Factor de Acreditación Porcentual:**

- 3.30% efectivo 1/ago/1986 a 31/jul/2003
- 2.30% efectivo 1/ago/2003 a 31/jul/2019
- 3.30% efectivo 1/ago/2019 a 31/jul/2019
- 4.0% efectivo 1/ago/2020
- 4.25% efectivo 1/ago/2022

- Ejemplos de horas trabajadas en el año del plan 2022: 1,700 x \$2.16 x 4.0% = \$146.88 por mes

- Puede ser elegible a incluir un beneficio suplemental de \$50

Suspensión

- Jubilados menos de 65 no pueden trabajar en la industria de Construcción
- Jubilados entre 65-70% están prohibidos de trabajar 40 horas o más por mes en la industria de Construcción

* Beneficios de Pensión pueden variar para ciertos
Hod Carriers que participan antes del 1 de junio de 2018.

BENEFICIO DE VISIÓN

Plan de Pago Directo (PPO) Blue Vision

	Activo/Especial	Jubilado
	Beneficios	Copagos/Subsidios
Examen	cada 12 meses	\$10 copago \$10 copago
Lentes	cada 12 meses	\$20 copago \$10 copago
Marcos	cada 24 meses	\$200 subsidio \$200 subsidio
Lentes de Contacto	cada 12 meses	\$200 subsidio \$200 subsidio

Kaiser Vision Essentials

	Activo/Especial	Jubilado
	Beneficios	Copagos/Subsidios
Examen	sin límite	\$15 copago \$10 copago
Lentes	cada 12 meses	Cubierto en su Totalidad
Marcos	cada 24 meses	\$145 subsidio \$145 subsidio
Lentes de Contacto	cada 12 meses	\$120 subsidio \$120 subsidio

BENEFICIO DENTAL- PLAN ACTIVO & ESPECIAL

Anthem Dental Complete

- \$100/individuo; \$300/deducible familiar
- Servicios diagnósticos/preventivos sin cargo
- 30% de UCR para servicios mayores
- \$2,500 subsidio máximo en el año del plan/persona

DeltaCare USA

- No hay deducible
- Copagos mínimos en ciertos procedimientos

BrightNow! Dental

- Servicios diagnósticos/preventivos sin cargo
- \$2,500 subsidio máximo en el año del plan/persona

UnitedHealthcare Dental

- No hay deducible
- Copagos mínimos en ciertos procedimientos

BENEFICIO DENTAL- PLAN DE JUBILADO

Anthem Blue Cross Dental

- \$50/individuo; \$150 deducible familiar
- Servicios diagnósticos/preventivos sin cargo
- 30% de UCR para servicios mayores
- \$2,500 subsidio máximo en el año del plan/persona
- Ortodoncia - no cubierta

DeltaCare USA

- \$0 deducible
- Coseguro: Copagos variables
- Sin máximo
- Ortodoncia:
 - Tarifa de inicio: \$350
 - Tratamiento para Adulto: \$1,800
 - Tratamiento para Menor: \$1,600

BENEFICIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

[Plan de Pago Directo \(PPO\) - CarelonRx \(AnthemRx\) - \(Plan Activo, Especial & Jubilado\)](#)

Copagos de Farmacia Menudeo (orden de 30-días)

1^{er} - 3^{er} relleno:

- \$10 genérico
- \$20 formulario
- \$30 no-formulario

4^o relleno y más:

- \$20 genérico
- \$40 formulario
- \$60 no-formulario

Copagos de Pedido Postal (orden de 90-días)

- \$20 genérico
- \$60 marca no-formulario
- \$40 formulario de marca

Pago Anual Máximo de su Bolsillo

- \$3,000 por individuo, por año del plan
- \$6,000 por individuo, por año del plan
- \$35,000 máximo a pagar por individuo, para **jubilados solamente** por año calendario

Kaiser (HMO) - Activo

Farmacia Kaiser (orden de 30-100 días)

Genérico

- \$10 hasta orden de 30 días
- \$20 hasta orden de 100 días

De Marca

- \$20 hasta orden de 30 días
- \$40 hasta orden de 100 días

Kaiser por Pedido Postal (orden de 100 días)

Genérico

- \$20 hasta orden de 100 días

De Marca

- \$60 hasta orden de 100 días

Kaiser - Jubilado Sin Medicare

Usted paga el copago por receta médica a continuación en las farmacias de Kaiser Permanente; por orden de hasta 100 días de medicamentos genéricos o medicamentos necesarios de marca de acuerdo con las pautas del formulario del Plan de Salud.

Genérico

- \$5

De Marca

- \$15

Kaiser - (KPSA) con Medicare en Farmacia Kaiser

Genérico

- \$5 hasta orden de 30 días
- \$10 por orden de 31-60 días
- \$15 por orden de 61-100 días

De Marca

- \$10 hasta orden de 30 días
- \$20 por orden de 31-60 días
- \$30 por orden de 61-100 días

Por Pedido Postal

Genérico

- \$5 hasta orden de 30 días
- \$10 por orden de 31-100 días

De Marca

- \$10 hasta orden de 30 días
- \$20 por orden de 31-100 días

*Las recetas escritas por médicos que no Pertenece a Kaiser no están cubiertas.