



Siempre a su alcance

MedExpert proporciona consejos de calidad para el cuidado de la salud por teléfono

Sus doctores podrían no estar disponibles cuando usted requiera de un consejo pero gracias a los médicos de guardia de MedExpert, usted podrá recibir consejo médico de los expertos en cuestión de minutos mediante una llamada telefónica.

MedExpert es un beneficio disponible para los Miembros del PPO que les ayuda a ellos y a sus familias a obtener respuestas a preguntas básicas de salud sin ningún costo (Por favor, vea la página 4)

EN ESTE EJEMPLAR

Beneficios para la salud mental y la dependencia a sustancias
PÁGINA 2

Salas de Emergencias (ER) vs. Atención Urgente:
Conozca la diferencia
PÁGINA 5

Recordatorio de cambios en el Plan para Miembros de Kaiser
PÁGINA 6

Requisitos para Inscribir a un Cónyuge/Pareja Conviviente
PÁGINA 7

Peligros que se encuentran en su botiquín de medicamentos
PÁGINA 8

FOR YOUR BENEFIT

es un boletín informativo diseñado para mantener informado a todos los miembros acerca de cómo utilizar sus beneficios de manera más efectiva. Los miembros pueden comunicarse también con los Empleados de Beneficios de la Unión o llamar a la oficina del Fondo de Fideicomiso directamente: (800) 552-2400. Los horarios de teléfono del Departamento de Salud y Bienestar son de 7:30 de la mañana a 5:30 de la tarde, de Lunes a Viernes. O visítenos en la red

WWW.UFCWTRUST.COM

Cómo usar sus beneficios para la salud mental

El Programa de Asistencia para Miembros de Empleadores (Employee Member Assistance Program, EMAP por sus siglas en inglés) está disponible para ayudar a los Miembros y a sus dependientes elegibles a manejar sus problemas personales. El EMAP le puede ayudar si usted o a un ser querido que esté enfrentando situaciones relacionadas con su matrimonio o familia, la crianza de sus hijos, cuidados para personas de la tercera edad, dependencia a sustancias, estrés, depresión, ansiedad, problemas legales o financieros, u otros tipos de problemas emocionales o de salud mental.

Los beneficios para todos los requisitos de salud mental o de dependencia a sustancias de los participantes de PPO son proporcionados a través de Health Management Concepts (HMC). **En el caso de los participantes de HMO, el tratamiento para salud mental y la dependencia a sustancias se proporciona a través de su HMO, no por HMC.**

¿CÓMO USO MIS BENEFICIOS DE EMAP?

Por favor, tome nota: Toda la información que se comparte con EMAP es confidencial y no será compartida con la Unión del Miembro ni con su Empleador.

Le sugerimos enfáticamente que antes de usar sus beneficios de EMAP, llame primero a un consejero HMC/APS al (877) 845-7440. Hay consejeros disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. El consejero lo referirá a un proveedor calificado dependiendo de su caso en específico.

Recuerde: No se requiere de autorización previa para el tratamiento de Pacientes Externos y se han eliminado los máximos anuales a partir del 1° de enero de 2014. Se sigue requiriendo autorización previa para Tratamiento de Pacientes Hospitalizados, Tratamiento en un Centro de Rehabilitación, Tratamiento de Transición, Tratamiento Intensivo para Pacientes Externos, Pruebas Psicológicas y Terapia de Electroshocks.



For Your Benefit es la publicación oficial de la UFCW & Employers Benefit Trust. Utilizando todos nuestros recursos, hemos logrado recompilar toda la información correcta referente a ciertos beneficios, pero este boletín informativo no incluye todas las disposiciones que lo gobiernan, sus limitaciones, y todas sus exclusiones, pueden variar entre un plan y otro. Consulte el Summary Plan Description, Plan Document, Evidence of Coverage and/or Disclosure Form (“Governing Documents”) para información acerca de su gobernanza. En el caso de cualquier conflicto entre los términos de este boletín informativo y los Documentos de Gobernanza, los Documentos de Gobernanza tendrán preponderancia. Como siempre, la Junta Directiva de la UFCW & Employers Benefit Trust mantiene autoridad absoluta en determinar elegibilidad a su discreción, junto con los derechos del plan de beneficios y la interpretación de términos de los planes. La información contenida en estos artículos es sólo para su uso general y no deberá considerarse como sugerencia médica. Se recomienda que llame al 9-1-1 en caso de una emergencia.

1000 Burnett Avenue, Suite 110
Concord, CA 94520

2200 Professional Dr., Suite 200
Roseville, CA 95661



(800) 552-2400 • www.ufcwtrust.com

Glosario

PROVEEDOR FUERA DE LA RED

Un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora de salud o su Plan para proporcionarle servicios. En la mayoría de los casos, usted pagará más al visitar un proveedor Fuera de la red.

LÍMITE PARA COSTOS DIRECTOS

La cantidad máxima a pagar durante el periodo de la póliza (usualmente de un año) antes de que su seguro de salud o el Plan empiece a pagar el 100 por ciento de la cantidad permitida para los servicios.

AUTORIZACIÓN PREVIA

La decisión que toma su aseguradora de salud o Plan que determina si un servicio de cuidados de salud, tratamiento, medicamento de prescripción o equipo médico duradero se requiere médicamente. Se utilizan los términos autorización previa, aprobación previa o certificación previa.

y la dependencia a sustancias



RED DE PROVEEDORES DE EMAP

Deberá usar la red de proveedores de HMC/APS para obtener el mayor nivel de beneficios del programa EMAP. Usted recibirá beneficios Fuera de la Red cuando usted utilice proveedores fuera de la red de HMC/APS, incluyendo a proveedores de Blue Shield PPO.

¿QUÉ BENEFICIOS ME OFRECE EMAP?

- **Visitas iniciales de evaluación como Paciente Externo**

Las visitas iniciales de evaluación son consultas para evaluar su condición y si requiere de atención. Usted tendrá hasta tres visitas de evaluación sin costo cuando use un proveedor de HMC. El beneficio de Servicios de Evaluación por parte de un psiquiatra y/o un proveedor que no pertenezca a HMC serán pagadas como “sesiones” de salud mental para pacientes externos y están sujetas a su deducible y coaseguro.

- **Cobertura de salud mental y dependencia a sustancias para pacientes externos**

Sujeta a su deducible por año calendario y coaseguro; no se requiere de autorización previa.

- **Cobertura de salud mental y**

dependencia a sustancias para pacientes hospitalizados

Se paga como cualquier otro ingreso a un hospital, sujeta a su deducible por año calendario y coaseguro; sí se requiere de autorización previa.

- **Control de medicamentos**

Los beneficios de consultas para control de medicamentos para las siguientes condiciones médicas se pagan por fuera del programa EMAP cuando son proporcionados por proveedores Fuera de la red de HMC:

- Niños con Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD por sus siglas en inglés)
- Adultos con depresión moderada y ansiedad crónicas
- Mujeres con depresión postparto que recibieron medicamentos antidepresivos a corto plazo por parte de su obstetra durante una consulta postparto
- Adolescentes con bulimia o anorexia nerviosa a quienes les han sido prescritos medicamentos antidepresivos por sus médicos tratantes

Esto significa que si usted es atendido por un médico de atención primaria de Blue Shield para el control de medicamentos para cualquiera de las condiciones antes mencionadas, el Plan pagará el nivel de beneficios dentro de la red. Los beneficios Fuera de la red aplicarán para los proveedores que están Fuera de la red.

RECURSOS EN LÍNEA

Usted podrá acceder al sitio de EMAP a través del sitio de gestión de la salud del Fondo de Fideicomiso, ufcwtrust.com (este sitio sólo está disponible en inglés), bajo “Resources” (Recursos) y “Find A Provider” (Encuentre un Proveedor). El sitio de EMAP ofrece una variedad de recursos adicionales para sus Miembros. Contiene artículos acerca de la adopción, cuidados para bebés y niños pequeños, superación personal, pérdidas y duelo, y mucho más.

Los Miembros cuyos padres estén envejeciendo encontrarán información acerca de la salud en personas de la tercera edad, adultos con discapacidades, opciones para el alojamiento de adultos mayores y otros temas. Ingrese la clave UFCWEBT al visitar el sitio.

Recordatorio: Pagos de permiso por enfermedad

En el caso de que usted tenga un máximo de 360 horas acumuladas de Permisos por Enfermedad a partir del 31 de diciembre de cualquier año calendario, usted podría ser elegible para obtener un pago. El pago máximo es de \$400 por año, menos \$10 por cada hora de Permiso por Enfermedad usado durante ese año calendario.

Para ser elegible para recibir el pago, usted deberá estar empleado como Miembro Activo el 31 de diciembre del año calendario para el cual se realiza el pago. No le serán deducidas de su cuenta las horas correspondientes a Permisos por Enfermedad a pesar de que reciba el pago.

Usted no tiene que hacer una reclamación para recibir el pago por concepto de Permiso por Enfermedad. El pago se realizará a los Miembros elegibles tan pronto sea administrativamente viable luego de que haya concluido el cierre del año, por lo general, para el 31 de marzo.

Por favor, tome nota: Se retendrán los cheques de pago para aquellos Miembros que estén requeridos a realizar su Inscripción Abierta y aún no lo hayan hecho, o si el domicilio del Miembro no ha sido actualizado.

MedExpert: Consejos de salud por teléfono

(Continúa de la página 1)

adicional. Usted puede hablar con un doctor sin importar su estado de salud actual.

MedExpert es un servicio de Apoyo a la Toma de Decisiones Médicas Personales (Individual Medical Decision Support, IMDS por sus siglas en inglés) que proporciona información actualizada, precisa e imparcial acerca de más de 22,000 condiciones médicas reconocidas y más de 16,000 fármacos.

El personal calificado de MedExpert lo atenderá con gusto para apoyarlo en cualquier asunto de salud, mayor o menor, ayudándole a interpretar los resultados de análisis, a evaluar investigación médica o asistiéndolo con cualquier tipo de duda.

¿Está considerando alternativas para su tratamiento? ¿No sabe si debe someterse a una cirugía? MedExpert le puede ayudar.

HISTORIAS DE ÉXITO DE MEDEXPERT

Un Miembro del Fondo de Fideicomiso se enteró de que tenía un coágulo en el pulmón y necesitaba ayuda para interpretar los resultados de sus análisis. Él llamó a MedExpert y su doctor entró en comunicación con otros médicos para comentar acerca de las opciones para su tratamiento.



“Saber que uno tiene un recurso valioso como éste al alcance es invaluable,” dijo el Miembro. “Nos permitió a mi esposa y a mí tomar decisiones acerca de mi tratamiento con base en los hechos”.

Otro Miembro estaba padeciendo de fuertes mareos, impidiéndole su habilidad de conducir. Se comunicó con un doctor de MedExpert quien obtuvo acceso a su expediente médico. Consultó con neurólogos y conjuntamente determinaron que sus mareos estaba siendo ocasionados por una deshidratación crónica.

Ella dijo: “Me impactó su empatía. Es increíble. Funcionó y ahora sólo

siento malestares cuando dejo de tomar suficiente agua.”

¿No habla inglés? No hay problema. MedExpert está disponible en varios idiomas.

MedExpert no sustituye al tratamiento y debe usarse conjuntamente con un médico tratante.

MedExpert es una opción segura para las necesidades médicas de usted y su familia. Puede llamarles al (800) 999-1999 de 7 a.m. a las 7 p.m., de lunes a viernes, o enviarles un correo electrónico a support@medexpert.com. También puede visitarlos en línea en medexpert.com (este sitio sólo está disponible en inglés).

RECORDATORIO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

El periodo de Inscripción Abierta (Open Enrollment, OE por sus siglas en inglés) para el Año Plan 2015 concluyó el 30 de septiembre de 2014. Si usted realizó cambios durante el periodo de OE, sus nuevos beneficios del Plan entrarán en vigor a partir del 1° de enero de 2015. Si usted no realizó ningún cambio, sus elecciones de cobertura se mantendrán iguales durante el Año Plan 2015.



Salas de Emergencias (ER) vs. Atención Urgente: Conozca la diferencia

Las Salas de Emergencias (Emergency Rooms, ER por sus siglas en inglés) existen para ayudar a personas que han sufrido un evento traumático, tales como un ataque cardíaco, un derrame cerebral o un accidente. No es apropiado visitar una ER por razones de gravedad menor.

El uso inapropiado de las ERs puede resultar costoso para los Miembros y para el Fondo de Fideicomiso. El costo promedio de una visita a la ER es mucho más elevado que una visita a un consultorio médico. Afortunadamente, hay cuidados oportunos y económicos disponibles en otro tipo de centros para situaciones que no son de emergencia.

Llame a su doctor de cuidados primarios si usted tiene una cortada o quemadura menor, o si un niño tiene de un dolor de oído. Muchos de estos doctores ofrecen horarios extendidos y citas para el mismo día para atender estas dolencias rápidamente.

Los centros de Atención Urgente también proporcionan atención pronta y suelen tener ubicaciones convenientes.

Usted siempre debe llamar al 9-1-1 o visitar una sala de emergencias en una situación de emergencia. Pero si usted cree que su padecimiento puede ser atendido por su proveedor de cuidados primarios, o si piensa que requiere de atención más inmediata en un centro de Atención Urgente, aproveche estas opciones para ayudar a que nuestro Fondo se mantenga sano para el futuro.

Si usted no está seguro acerca de si debe ser atendido por su médico de cuidados primarios, en un centro de Atención Urgente o en una ER, llame a cuidados primarios, a una enfermera de apoyo para horarios inhábiles o a un médico de guardia.

Si su médico de cuidados primarios no tiene una línea de servicios de guardia, los Miembros de Blue Shield PPO podrán obtener consejo visitando ufcwtrust.com (este sitio sólo está disponible en inglés). Seleccione "Find A Provider" (Encuentre un Proveedor) del menú en cascada de "Resources" (Recursos) que se encuentra en la página de inicio, y seleccione el enlace apropiado bajo "Blue Shield of California." Los Miembros de Kaiser pueden llamar al (800) 464-4000.





Recordatorio de cambios en el Plan para Miembros de Kaiser

Los Miembros de Kaiser ya habrán notado cambios en la manera en que el Plan cubre los costos de eventos médicos comunes a partir del 1° de enero de 2014.

Previo al año 2014, los Miembros solían pagar una cantidad fija de copago para eventos comunes tales como una visita a su doctor de cuidados primarios debido a alguna enfermedad o para consultar a un especialista. Los Miembros empezaron a pagar cierto porcentaje por concepto de coaseguro para este tipo de consultas y otros a partir del 1° de enero de 2014.

El coaseguro es su porción de los costos de un Servicio con Cobertura, calculado como un porcentaje de la cantidad permitida para el servicio. Por ejemplo, si la cantidad permitida por el Plan para una estadía de una noche en un hospital es de \$1,000, su pago de 20% por concepto de coaseguro sería de \$200. Los Miembros de los planes de Cuidados de Salud Mancomunados (Health Care Partnership) y de Dirección Personal (Personal Direction Plan) estarán sujetos a un copago de \$15 por vistas de acupuntura y quiropráctica.

Nota: Usted deberá cubrir todos los gastos correspondientes a sus cuidados médicos hasta cumplir con su deducible antes de que el Plan empiece a pagar los Servicios con Cobertura que usted use. El deducible para el Plan de Cuidados de Salud Mancomunados de Kaiser es de \$200 por un individuo y \$600 para una

familia. El deducible para el Plan de Dirección Personal de Kaiser es de \$900 por un individuo y \$1,850 para una familia.

Enseguida presentamos ejemplos de costos para servicios con fecha de inicio a partir del 1° de enero de 2014.

MIEMBROS DEL PLAN DE CUIDADOS DE SALUD MANCOMUNADOS

VISITAS AL CONSULTORIO DE UN PROVEEDOR DE CUIDADOS DE SALUD O A UNA CLÍNICA

- **Visita a cuidados primarios para la atención de una lesión o enfermedad**

Tiene un costo del 15% por concepto de coaseguro una vez que se haya cumplido con el deducible. No hay cobertura para consultas con Proveedores Fuera del Plan.

- **Consulta con un especialista**

Tiene un costo del 15% por concepto de coaseguro una vez que se haya cumplido con el deducible. No hay cobertura para consultas con Proveedores Fuera del Plan.

- **Cuidados preventivos, exámenes médicos e inmunizaciones**

Sin costo para estos servicios, siempre y cuando visite a un Proveedor Dentro del Plan, y está exento de deducible. Lineamientos de edad y frecuencia aplican para los cuidados preventivos con cobertura. No hay cobertura para consultas con Proveedores Fuera del Plan.

EXÁMENES MÉDICOS

- **Pruebas de diagnóstico (rayos X, exámenes de sangre)**

Tienen un costo del 20% por concepto de coaseguro por incidente de rayos X y pruebas de laboratorio una vez que se haya cumplido con el deducible. No hay cobertura para visitas a Proveedores Fuera del Plan.

- **Imagenología (escaneos CT/PET, resonancias magnéticas MRI)**

Tienen un costo del 15% por concepto de coaseguro por procedimiento una vez que se haya cumplido con el deducible. No hay cobertura para visitas a Proveedores Fuera del Plan.

ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA

- **Servicios de salas de emergencia**

Tienen un costo del 15% por concepto de coaseguro por visita una vez que se haya cumplido con el deducible. Las visitas a Proveedores Fuera del Plan están cubiertas con la misma tarifa.

- **Transportación médica de emergencia**

Tienen un costo del 15% por concepto de coaseguro por viaje una vez que se haya cumplido con el deducible. Los viajes con Proveedores Fuera del Plan están cubiertas con la misma tarifa.

- **Atención urgente**

Tiene un costo del 15% por concepto de coaseguro por visita una vez que se haya cumplido con el deducible. Las visitas a Proveedores Fuera del Plan están cubiertas con la misma tarifa cuando están fuera del área de servicio.

MIEMBROS DEL PLAN DE DIRECCIÓN PERSONAL

VISITAS AL CONSULTORIO DE UN PROVEEDOR DE CUIDADOS DE SALUD O A UNA CLÍNICA

- **Visita a cuidados primarios para la atención de una lesión o enfermedad**
Tiene un costo del 20% por concepto de coaseguro una vez que se haya cumplido con el deducible. No hay cobertura para consultas con Proveedores Fuera del Plan.
- **Consulta con un especialista**
Tiene un costo del 20% por concepto de coaseguro una vez que se haya cumplido con el deducible. No hay cobertura para consultas con Proveedores Fuera del Plan.
- **Cuidados preventivos, exámenes médicos e inmunizaciones**
Sin costo para estos servicios, siempre y cuando visite a un Proveedor Dentro del Plan, y está exento de deducible. Lineamientos de edad y frecuencia aplican para los cuidados preventivos con cobertura. No hay cobertura para consultas con Proveedores Fuera del Plan.

EXÁMENES MÉDICOS

- **Pruebas de diagnóstico (rayos X, exámenes de sangre)**
Tienen un costo del 20% por concepto de coaseguro por incidente de rayos X y pruebas de laboratorio una vez que se haya cumplido con el deducible. No hay cobertura para visitas a Proveedores Fuera del Plan.
- **Imagenología (escaneos CT/PET, resonancias magnéticas MRI)**
Tienen un costo del 20% por concepto de coaseguro por procedimiento una vez que se haya cumplido con el deducible. No hay cobertura para visitas a Proveedores Fuera del Plan.

ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA

- **Servicios de salas de emergencia**
Tienen un costo del 20% por concepto de coaseguro por visita una vez que se haya cumplido con el deducible. Las visitas a Proveedores Fuera del Plan están cubiertas con la misma tarifa.
- **Transportación médica de emergencia**
Tienen un costo del 20% por concepto de coaseguro por viaje una vez que se haya cumplido con el deducible. Los viajes con Proveedores Fuera del Plan están cubiertas con la misma tarifa.
- **Atención urgente**
Tiene un costo del 20% por concepto de coaseguro por visita una vez que se haya cumplido con el deducible. Las visitas a Proveedores Fuera del Plan están cubiertas con la misma tarifa cuando están fuera del área de servicio.

Los Miembros de Kaiser pueden revisar en su Resumen de Beneficios y Cobertura más reciente para obtener más información y consultar otros ejemplos de cobertura.



INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SEGURO

Se requiere que los Cónyuges inscritos* se inscriban en el Plan de Salud Grupal de su Empleador

**Nota: El término “Cónyuge” se refiere a “Cónyuge o pareja conviviente (compañero doméstico)” salvo que se especifique de otra manera dentro de este artículo.*

El periodo de Inscripción Abierta para el Plan de Salud Grupal del Empleador de su Cónyuge podría estar iniciando pronto. Por lo tanto, mantenga en mente que su Cónyuge inscrito en este Plan deberá inscribirse en el plan de cobertura grupal médica, de medicamentos de prescripción, vista y dental de su empleador en caso de estar disponible a través de su propio empleador actual o previo. Su Cónyuge deberá inscribirse en el Plan que más se asemeje al Plan de la UEBT, no obstante su costo.

Para el año Plan 2015, si su Cónyuge está empleado y no tiene acceso a otra cobertura médica grupal, se requiere una carta firmada en papel membretado de su empleador que deberá ser enviada por correo o vía facsímil a la Oficina del Fondo de Fideicomiso antes del 15 de noviembre de 2014. La carta del empleador deberá especificar qué tipo de seguro (médico, de medicamentos de prescripción, dental o de la vista) no le es ofrecido a su Cónyuge. En caso de que esta carta no se reciba en la Oficina del Fondo de Fideicomiso para el 15 de noviembre de 2014, este Plan reducirá los beneficios de su Cónyuge en un 60% para el año Plan 2015. Esto también aplica en el caso de que su Cónyuge decline la otra cobertura médica grupal. Además, las reclamaciones para su Cónyuge no tendrán ningún límite máximo para Costos directos, incluso si recibe servicios de un proveedor del PPO.

Al inscribir a un Cónyuge que cuenta con otra cobertura de salud grupal, el Plan de la UEBT es el pagador secundario, y se coordinará con el Plan primario para la aplicación de la “No Duplicación de los Beneficios” como el pagador secundario. Por favor, mantenga en mente que el Fondo de Fideicomiso no paga como pagador secundario en Planes de HMO. En términos generales, el Plan nunca pagará más que si fuera el Plan primario. El Plan pagará el beneficio regular del Plan menos el pago del Plan primario.



Peligros que se encuentran en su botiquín de medicamentos

Cómo desechar medicamentos de prescripción que ya no quiere o que han caducado de manera segura

Más de 15,000 personas mueren al año en los Estados Unidos a consecuencia de las sobredosis de analgésicos de prescripción.

Los adolescentes están entre los que abusan de los medicamentos de prescripción con mayor frecuencia, y alrededor de la mitad de esos adolescentes obtienen las drogas de amigos o integrantes de sus familias.

En ocasiones, es tan sencillo como abrir el botiquín de medicamentos en casa.

Tanto los padres como otros miembros de la familia preocupados por lo anterior pueden ayudar a controlar este riesgo estando más conscientes de qué medicamentos hay en el botiquín y quién tiene acceso a ellos.

Desafortunadamente, la tarea se complica cuando se guardan medicamentos que ya no están en uso o que ya caducaron. Si alguien en su hogar toma varios medicamentos de prescripción, es probable que algunos de los que se encuentran en el botiquín ya no se necesitan.

Take-Back es la iniciativa nacional de la Administración para el Control de Drogas (Drug Enforcement Administration, DEA por sus siglas en inglés) que ayuda a las personas a deshacerse de medicamentos que ya no requieren o que están caducos.



“ Más de 15,000 personas mueren al año en los Estados Unidos a consecuencia de las sobredosis de analgésicos de prescripción. ”

Visite www.deadiversion.usdoj.gov/drug_disposal/takeback (este sitio sólo está disponible en inglés) para obtener más información. También puede visitar www.awarerx.org/get-local/california (este sitio sólo está disponible en inglés) para obtener detalles acerca de ubicaciones cercanas para descartar esos medicamentos.

Los organismos dedicados a la aplicación de la ley también cuentan con bases de datos para ayudarle a localizar los sitios de recolección más cercanos para desechar sus medicamentos con seguridad.

Sea consciente, deshágase de los medicamentos que ya no requiere apropiadamente.