UFCW TRUST
Working For Your Benefit

Otoño 2014
para Miembros Jubilados

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

(Por favor, vea la página 4)

EN ESTE EJEMPLAR

¿Tiene cambios? Infórmenos.
Página 2

Peligros que se encuentran en su botiquín de medicamentos
Página 5

Beneficios para la salud mental y la dependencia a sustancias
Página 6

Salas de Emergencias (ER) vs. Atención Urgente: Conozca la diferencia
Página 7

Requisitos para Inscribir a un Cónyuge/Pareja Conviviente
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 telefono del Departamento de Salud y Bienestar son de 7:30 de la mañana a 5:30 de la tarde, de Lunes a Viernes. O visitenos en la red **www.ufcwtrust.com**.

Comunique cualquier cambio en su información de contacto directamente al Fondo de Fideicomiso

¿Tiene cambios? Infórmenos.

Es importante proporcionar la actualización de su información de contacto directamente al Fondo de Fideicomiso aunque ya haya actualizado esta información con el Local de su Unión.

Esta acción le evitará gastos innecesarios al Fondo de Fideicomiso para tratar de localizarlo, y es importante que usted reciba información actualizada de sus beneficios lo cual resultará en ahorros para usted.

Ingrese a **WWW.UFCWTRUST.COM** (este sitio sólo está disponible en inglés) y desde su página "My Info" (Mi Información) podrá hacer clic en "My Contact Info" (Mi Información de Contacto), llenar la forma y proporcionarla en línea. Los cambios en su información serán actualizados dentro de un plazo de cinco días.

UFCW TRUST
Working For Your Benefit

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.

La tecnología ofrece mejorías en la batalla contra la pérdida auditiva

Típicamente, la pérdida de la audición se origina en dos causas: la pérdida conductiva o la pérdida sensorial.

La pérdida conductiva es el deterioro o la malformación de la mecánica del oído e impide que el sonido se transmita adecuadamente. Por lo general, este tipo de pérdida auditiva se puede corregir mediante técnicas quirúrgicas de avanzada.

La pérdida sensorial es la degeneración gradual de la audición debido al envejecimiento o a daños ocasionados por ruidos muy fuertes. La pérdida sensorial de la audición es difícil de tratar salvo que haya ocurrido de manera repentina.

Si se atiende desde un principio, la pérdida auditiva sensorial puede mejorar sensiblemente mediante el uso de aparatos para la sordera de última generación.

Los micrófonos direccionales con amplificadores digitales y filtros para el ruido pueden proporcionar una señal nítida y ayudar a que el paciente distinga entre la voz y los ruidos de fondo.

Los aparatos para la sordera más recientes funcionan también con receptores inalámbricos, transmitiendo las llamadas telefónicas y el audio del televisor o la computadora directamente dentro del oído.

La tecnología moderna no resuelve todos los problemas auditivos, pero si usted conoce a alguien que ha sufrido una pérdida rápida o repentina de la audición, no lo ignore creyendo que es un síntoma pasajero de una alergia o congestión. Hay un plazo limitado para atender la pérdida de la audición en estos casos. ¡Llame a un doctor de inmediato!

La pérdida de la audición debe tomarse en serio, ya sea repentina o gradual. Los participantes de más de 50 años de edad deben hacerse pruebas periódicas de audición.

Los Jubilados con auto-pago tienen una prima mensual suplementaria para la Vista, el Oído y Dental.

Los costos son como sigue:

Jubilado **$47**
Cónyuge/Pareja Conviviente **$47**
Adicional para hijos **$39**

Para Jubilados PPO

Aplica deducible – Sí
Coaseguro – PPO 75%/No PPO 50%
Beneficio máximo – $800 (para aparatos y exámenes)
Frecuencia – Cada 36 meses

Para Jubilados de Kaiser

Copago aplica – Sí
Beneficio máximo – $1,000 por aparato para la sordera
Frecuencia – Cada 36 meses

Para Jubilados de HealthNet

Coaseguro – 80%
Beneficio máximo – $500 por aparato para la sordera
Frecuencia – Cada 36 meses

MedExpert: Consejos de salud por teléfono

(Continúa de la página 1)

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.

¡Llame a MedExpert hoy mismo!

(800) 999-1999
De 7 a.m. a 7 p.m.,
de lunes a viernes.

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).

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.

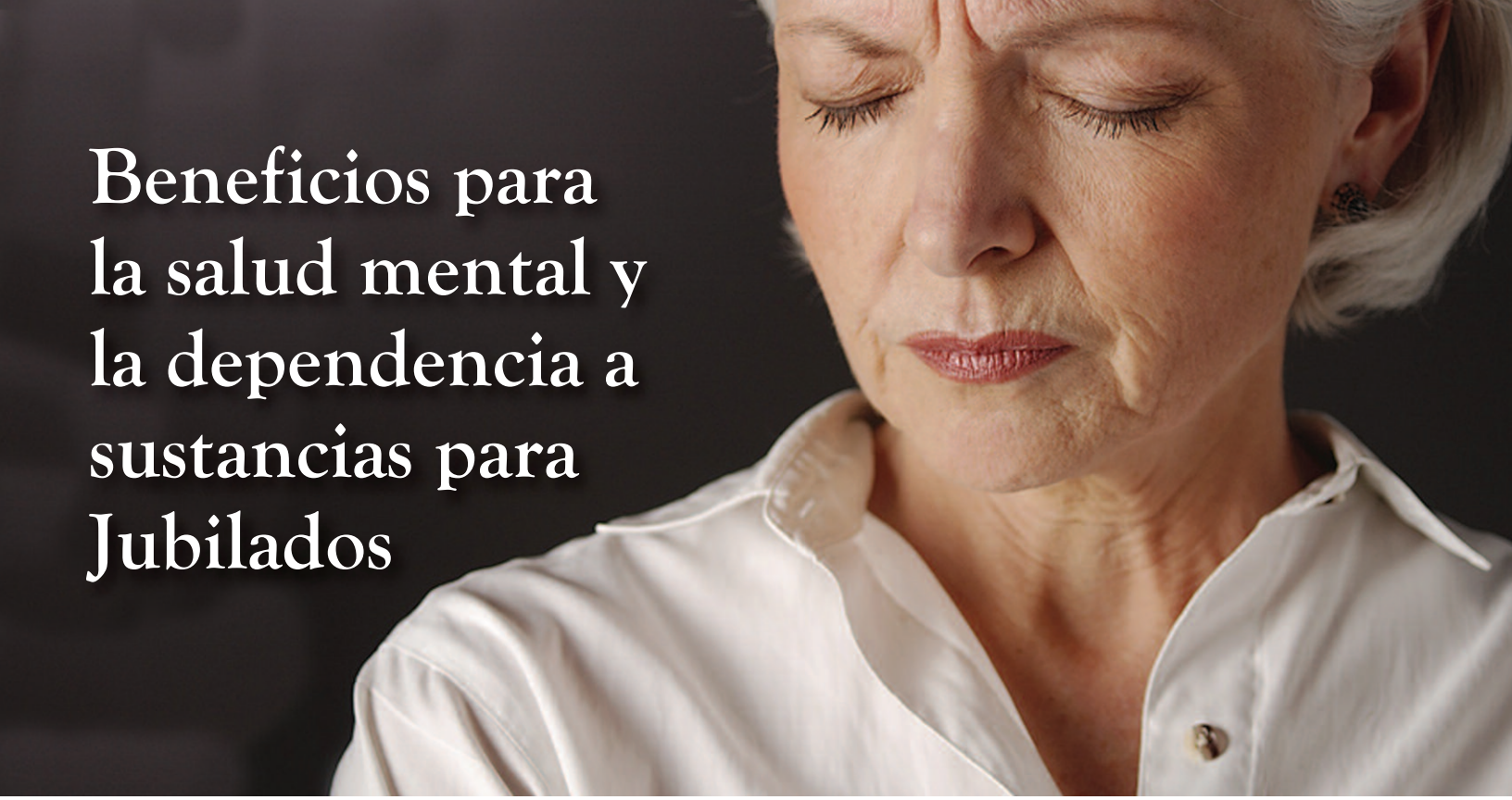
Take-Back es la iniciativa nacional de la Administración para el Control de Drogas (Drug Enforcement Adminstration, DEA por sus siglas en inglés) que ayuda a las personas a deshacerse de medicamentos que ya no requieren o que están caducos.

> “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.



Beneficios para la salud mental y la dependencia a sustancias para Jubilados

Hay ayuda disponible si usted es Jubilado y está enfrentando problemas de salud mental. Los Miembros Jubilados que estén experimentando estrés, depresión, ansiedad u otros tipos de alteraciones en su salud emocional o mental pueden usar sus beneficios para recibir tratamiento ahora mismo.

Los beneficios de salud mental y dependencia a sustancias de los Jubilados de HMO son proporcionados a través de la HMO. Los Jubilados de HMO pueden comunicarse con su proveedor HMO para obtener información adicional.

Beneficios de Salud Mental PPO

No se requiere de autorización previa para servicios de salud mental necesarios. Los Jubilados que no pertenecen a Medicare pueden usar cualquier proveedor de salud mental. No obstante, sus Costos directos podrían ser menores si usted elige a proveedor contratado por Blue Shield of California.

Se sugiere a los Jubilados de Medicare que utilicen a un proveedor de Medicare así como a un proveedor de la red de BSCA para reducir sus Costos directos. Si un Proveedor de Medicare acepta la consulta, el Plan le pagará al proveedor de Medicare como si tal proveedor fuera un proveedor de la red. Si los servicios son proporcionados por un proveedor Fuera de la red, aplicarán los beneficios de Fuera de la red. Si los servicios son proporcionados por un proveedor fuera de Medicare, el Fondo de Fideicomiso estimará el pago de Medicare.

Detalles del beneficio

- **Cobertura de salud mental para pacientes externos**
  - Copago de $25 por sesión ($12.50 por terapia grupal) para proveedores dentro de la red
  - Copago de $25 por sesión ($12.50 por terapia grupal) + cantidad en dólares en exceso de la cantidad permitida para proveedores fuera de la red
  - 30 sesiones por año calendario. La cobertura máxima permitida para consultas por año calendario se combina con la cobertura permitida de consultas por dependencia a sustancias para pacientes externos.

- **Cobertura de salud mental para pacientes hospitalizados**
  Sujeto a deducible y coaseguro
  - 60 días por año calendario, 120 días de por vida
  - Dos días de Tratamiento en un Centro de Rehabilitación = 1 Día de Hospitalización
  - Dos días de Tratamiento de Transición = 1 Día de Hospitalización
  - Tres días de Tratamiento Intensivo para Paciente Externo (Intensive Outpatient Day, IOP por sus siglas en inglés) = 1 Día de Hospitalización
- **Cobertura de dependencia a sustancias para pacientes externos**
  - Copago de $25 por sesión para proveedores dentro de la red
  - Copago de $25 por sesión + cantidad en dólares en exceso de la cantidad permitida para proveedores fuera de la red
  - 30 sesiones por año calendario. La cobertura máxima permitida para sesiones por año calendario se combina con la cobertura permitida de consultas de salud mental.

- **Cobertura de dependencia a sustancias para pacientes hospitalizados**
  Sujeto a deducible y coaseguro

- **Cobertura máxima de por vida de dependencia a sustancias**
  - Un máximo de dos episodios de por vida o de $25,000 (lo que ocurra primero) para pacientes hospitalizados y externos combinado por dependencia a sustancias
  - Un episodio de tratamiento es cualquier curso continuo de tratamiento que se enfoca en un incidente en particular de un problema de dependencia a sustancias. Un episodio puede involucrar varios niveles de atención y/o tratamiento por uno o más proveedores o instalaciones. Los episodios deberán estar separados por 30 días.

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 cardiaco, 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 vista 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.

Información Adicional del Seguro

Jubilados: Se requiere que todos los Participantes Inscritos* se inscriban en el Plan de Salud Grupal de su Empleador

**Nota: "Participantes Inscritos" lo incluyen a usted, su Cónyuge/Pareja Conviviente (compañero doméstico) y su(s) hijo(s) dependiente(s). Todos se deberán inscribir en el Plan de Salud grupal de su Empleador según se describe enseguida.*

El periodo de Inscripción Abierta para el Plan de Salud Grupal del Empleador podría estar iniciando pronto. Por lo tanto, mantenga en mente que todos los Participantes Inscritos en este Plan deberán 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. Todos los Participantes Inscritos deberán inscribirse en el Plan que más comparable al Plan de Salud para los Jubilados de la UEBT, no obstante su costo.

Para el año Plan 2015, si cualquier Participante Inscrito 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 al Participante Inscrito. 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 del Participante Inscrito en un 60%. Además, las reclamaciones para el Participante Inscrito no tendrán ningún límite máximo para Costos directos incluso si recibe servicios de un proveedor de la red.

En el caso de que no haya ningún cargo para el empleador por parte de un Participante Inscrito y usted ya proporcionó una carta previamente para el año anterior, entonces ya no será necesario que envíe una carta nueva.

Adicionalmente, si un Participante Inscrito declina la cobertura médica grupal a través de un empleador, este Plan reducirá los beneficios que le corresponden a usted en un 60% para el año Plan 2015. Además, las reclamaciones para el Participante Inscrito no tendrán ningún límite máximo para Costos directos incluso si recibe servicios de un proveedor de la red.

Si usted es un Participante Inscrito que cuenta con otra cobertura de salud grupal, el Plan de la UEBT para Jubilados 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. 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. Si usted es un Participante Inscrito con elegibilidad a Medicare, el Plan de la UEBT para Jubilados es el pagador secundario y se considerará a Medicare como el pagador primario. El Plan pagará el beneficio regular del Plan menos el pago del Plan primario.