



El valor de sus beneficios

Esta es la última parte de una serie de tres partes de artículos en los que comparamos sus beneficios para la salud proporcionados a través de la UFCW y Empleadores del Fideicomiso de Beneficios (UEBT por sus siglas en Inglés) con aquellos que están disponibles para los demás Jubilados en los Estados Unidos.

La primera parte examinó la importancia y el costo de los beneficios de salud y cómo el Acta de Cuidado Asequible (ACA por sus siglas en Inglés) cambiaron la atención de la salud en América. La segunda parte dio una mirada a la gama de servicios cubiertos por la UEBT y comparó los montos de gastos de bolsillo que usted tiene por los Servicios Cubiertos específicos bajo la UEBT contra los que otros Jubilados pagan alrededor del país.

(Por favor vea la página 4)

EN ESTE EJEMPLAR

El valor de sus beneficios

PÁGINAS 1 & 4

Certificación de Estudiante del Plan de Salud Para Jubilados UEBT

PÁGINA 2

Máximo De Por Vida

PÁGINA 6

Inscripción Abierta por Jubilados 2017

PÁGINA 7

El Robo de Identidad Médica

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

CERTIFICACIÓN DE ESTUDIANTE DEL PLAN DE SALUD PARA JUBILADOS UEBT

Un Jubilado debe tener al menos 25 años de servicio acreditado al momento de la jubilación para poder inscribir a un niño/a dependiente soltero/a, sujeto a la edad del niño/a y a la condición de estudiante de tiempo completo o discapacidad.

El Plan de Salud Para Jubilados de la UEBT cubre a los hijos solteros de un jubilado entre las edades de 19 a 23 años, siempre que sean dependientes primarios del Jubilado de manera financiera y asisten a una escuela o universidad acreditada como estudiantes de tiempo completo.

La cobertura para un estudiante Dependiente de tiempo completo terminará con la primera de las siguientes consignas:

- El último día del mes en el que el niño/a ya no sea considerado/a como un/a estudiante de tiempo



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 Drive, Suite 200
Roseville, CA 95661

(800) 552-2400 • UFCWTRUST.COM

EN EL CASO DE QUE EL FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE ESTUDIANTE NO SE DEVUELVE EN EL TIEMPO ASIGNADO, AL ESTUDIANTE NO SE LE CONCEDERÁ NINGUNA ELEGIBILIDAD DURANTE ESTE PERÍODO.

completo en la escuela o universidad acreditada;

- El último día del mes en el que el niño/a se case;
- El último día del mes en el que el niño/a alcance el límite de edad de 24 años; o
- El último día del mes en el que el niño/a ya no dependa económicamente del Jubilado.

Si un hijo Dependiente elegible no es un estudiante de tiempo completo durante las vacaciones de verano, la cobertura puede ser proporcionada durante las vacaciones si el estudiante estaba inscrito en el semestre anterior y se registró como estudiante de tiempo completo para el próximo semestre.

PLAZO PARA PRESENTAR LA CERTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Los estudiantes Dependientes de tiempo completo necesitan presentar una Certificación de Estudiante dentro de los 60 días siguientes a la fecha del inicio del semestre/trimestre.

Ejemplo: El semestre/trimestre del estudiante comienza el 22 de agosto. El formulario de Certificación de Estudiante, junto con cualquier otra documentación, deberá ser presentado a más tardar el 21 de octubre.



En el caso de que el formulario de Certificación de Estudiante no se devuelve en el tiempo asignado, al estudiante no se le concederá ninguna elegibilidad durante este período. Otra forma de Certificación de Estudiante puede ser presentada para el siguiente semestre/trimestre si el estudiante cumple con todos los requisitos de elegibilidad para dependientes.

AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EN CASO DE ENFERMEDAD O LESIÓN GRAVE

Si el niño/a dependiente está cubierto como estudiante de tiempo completo y sufre de una enfermedad o lesión grave, él o ella pueden ser elegibles bajo la ley federal para una extensión de la cobertura hasta por un año si:

1. El Plan recibe certificación por escrito del médico tratante del niño/a cubierto/a:

- a) El niño/a está sufriendo de una enfermedad o lesión grave; y

- b) Un permiso de ausencia (o cualquier otro cambio en la matrícula) a partir de su institución post-secundaria es médicamente necesaria; y

2. La pérdida de la condición de estudiante post-secundario de otro modo resultaría en una pérdida de la cobertura de la salud en el marco del Plan.

Si se cumplen estos requisitos, el Plan extenderá la cobertura del niño hasta por un año.

Esta extensión máxima de un año de cobertura comienza el primer día del período de permiso médicamente necesario (o cualquier otro cambio en la matrícula) y termina un año más tarde o de lo contrario en la fecha en que la cobertura terminaría bajo los términos del Plan, cualquiera que sea más pronto.



EL VALOR DE SUS BENEFICIOS PARTE 3

**EN ESTA EDICION, VAMOS
A EXAMINAR CÓMO
LOS BENEFICIOS, OFRECIDOS
POR LOS INTERCAMBIOS,
SE COMPARAN CON SUS
BENEFICIOS A TRAVÉS
DE LA UEBT.**

(Continúa de la primera página)

EL PANORAMA CAMBIANTE DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Sus beneficios para Jubilados de la UEBT le proporcionan muchas de las características más solicitadas en un plan de salud, como el cuidado de alta calidad, variedad de opciones y bajos costos a su propio bolsillo. Es un Plan exitoso valorado por todas las personas involucradas — Incluyendo Jubilados, Uniones y Empleadores.

Otros Jubilados en todo el país han obtenido beneficios con diferentes niveles de calidad a través de los intercambios de seguro de salud establecidos a través de la ACA.

Los intercambios de seguro de salud son mercados en línea creados a nivel estatal para permitir a los estadounidenses a comprar planes de salud estandarizados. Están diseñados para que lo utilicen personas sin seguro o sin la opción de seguro de salud a través del empleo.

Los intercambios de seguro de salud son una opción popular para empleados de pequeñas empresas que no están obligados a dar cobertura a los trabajadores de tiempo completo. Estos también son utilizados por algunos trabajadores, como los trabajadores de tiempo parcial, con grandes empleadores que no patrocinan su propia cobertura.

De acuerdo al Informe Anual 2014 de Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, el 25 por ciento de los grandes empleadores que ofrecen cobertura de jubilación a los trabajadores activos estaban considerando cambios en la forma en que ofrecían cobertura de jubilación a los futuros Jubilados, debido a la implementación de intercambios de seguro de salud público.

Además, un reciente informe del Towers Watson expresó que más de un 50 por ciento de los empleadores que patrocinan el cuidado de la salud para los Jubilados menores de 65 años están “planificando volver a evaluar su enfoque actual y consideran tener en cuenta los intercambios de seguros de salud públicos para el año 2017.”

DIFERENTES OPCIONES DE PLANES EN LOS INTERCAMBIOS

Los intercambios de seguros de salud ofrecen cuatro tipos de planes: Bronce, Plata, Oro y Platino. Las características de estos planes varían en función de los deducibles, co-pagos y otros métodos de distribución de costos.

Los fondos múltiples de empleadores como la UEBT se caracterizan por ofrecer planes de beneficios categorizados en los niveles de oro o platino.

Las estadísticas muestran que la mayoría de los participantes en los intercambios de seguro de salud están optando por planes de Bronce y Plata, que llevan deducibles altos en comparación con los planes de beneficios ofrecidos por la UEBT.

Un análisis del HealthPocket mostró que a finales del 2013 el deducible anual individual promedio para el plan de Bronce era de \$5,081 y para el plan de Plata era de \$2,907.

Estos deducibles son mucho mayores que el promedio nacional de \$1,217 y muy por encima de los Planes para Activos y Jubilados de la UEBT. Para el Plan PPO de Jubilados de la UEBT, el deducible anual para los servicios PPO es de \$400 y \$600 para los servicios que no son PPO.

Los altos costos requeridos por parte de las personas que utilizan el intercambio de la salud han dado lugar a tasas de satisfacción más bajas entre algunos participantes del intercambio.

De acuerdo con una reciente encuesta de Deloitte, sólo el 30 por ciento de los participantes del intercambio afirmó haber estado “completamente satisfecho” con su cobertura. La mayoría dijo que sólo estaban “un poco satisfechos” y 14 por ciento de los inscritos en el intercambio dijeron que “no estaban satisfechos.”

El “costo” fue catalogado como el motivo más común de la insatisfacción por parte de aquellos que participaron en el estudio, con un tercio de los usuarios de intercambio reportando que experimentaron dificultades con los gastos directos de su bolsillo.

MIRANDO HACIA EL FUTURO

Los planes de salud con baja participación en los costos directos del bolsillo por parte de los participantes —

como los ofrecidos por la UEBT — siguen siendo el estándar de oro en la cobertura de beneficios para los trabajadores Activos y Jubilados.

Las innovaciones en el ámbito de la salud, incluyendo la presentación de intercambios, pueden ser útiles para muchas personas, especialmente para los que antes no tenían cobertura, pero muchos de los planes ofrecidos por los intercambios no cuadran con los planes de la UEBT en términos de costo y/o acceso a una atención de cuidado.

La realidad, sin embargo, es que el costo de proporcionar los beneficios actuales de la UEBT sigue aumentando. Esta es la razón por la que los Fideicomisarios de la UEBT están continuamente buscando formas para alentar a los participantes a ser consumidores mejor informados acerca del cuidado de la salud.

En los últimos años, la UEBT adoptó una serie de programas y nuevas opciones del Plan diseñados para capacitar a los Participantes con información y datos concretos.

En estos tiempos, con una atención médica que cambia rápidamente, los Fideicomisarios reconocen el uso rentable de todos los dólares de atención de la salud como una parte crítica de poder seguir ofreciendo estos tipos de beneficios superiores.

FUENTES

- **The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust Employer Health Benefits Annual Survey 2013 & 2014**
- **Towers Watson 2015 Survey on Retiree Health Care Strategies**
- **Healthpocket.com**
- **Deloitte 2015 Survey of U.S. Health Care Consumers**

MÁXIMO DE POR VIDA

La información para planear su futuro

Bajo los términos de la Ley de Asistencia Asequible (ACA), los Miembros Activos no tienen un máximo de dólares de por vida. Los Jubilados cubiertos bajo el Plan de Salud de la UEBT para Jubilados, sin embargo, están exentos del ACA y tienen un máximo de dólares de por vida en el marco del Plan de Salud PPO UEBT para Jubilados.

Los Jubilados y cada Dependiente Cubierto tienen un máximo de \$2 millones de dólares de por vida. Cualquier gasto médico cubierto que un jubilado o un Dependiente Cubierto incurra mientras esté cubierto bajo el plan PPO activo UEBT se acumula hacia el máximo de dólares de por vida en el marco del Plan de Salud PPO UEBT para Jubilados.

La Oficina del Fondo de Fideicomiso se compromete a notificar al Jubilado cuando él/ella u otro miembro de la familia cubierto se acerque y/o llegue a su máximo de dólares de por vida.

Como resultado, si un Miembro Activo u otro miembro de la familia cubierto está cerca o ha superado su máximo de \$2 millones de dólares, inscribirse en el Plan de Salud PPO UEBT Para Jubilados puede no ser la mejor opción para este Miembro.





INSCRIPCIÓN ABIERTA POR JUBILADOS 2017

La Inscripción Abierta para el Plan del año 2017 se llevará a cabo entre el 1 de agosto del año 2016 y el 30 de septiembre del año 2016. Durante ese tiempo, se puede cambiar de compañía, añadir o eliminar Dependientes, o no hacer nada si está satisfecho con sus elecciones actuales. La Matrícula Abierta para Jubilados del UEBT es completamente opcional para el Plan del 2017. Si usted no participa en la Inscripción Abierta, su proveedor actual y sus elecciones de Dependientes se mantendrán automáticamente para el Plan de Año 2017.

EL ROBO DE IDENTIDAD MÉDICA

Consejos para ayudar a mantener su información segura

En el último año, más de 100 millones de registros médicos en los Estados Unidos fueron accedidos de manera ilegal por los delincuentes cibernéticos.

Estos ataques son cada vez más comunes para los profesionales de la salud que están cambiando las historias clínicas de papel a digital. Muchos de estos proveedores están dando un paso atrás al no contar con la tecnología necesaria para proteger los datos del paciente.

El robo de identidad médica tiene consecuencias financieras, pero también puede poner vidas en riesgo. Los ladrones pueden utilizar la información de un paciente para obtener servicios médicos, como cirugías de bypass, tratamientos para el cáncer u otras intervenciones, dejando a un paciente legítimo sin poder recibir estos servicios debido a que estos ya se han sido realizados en un impostor.

No hay mucho que se pueda hacer para evitar que un pirata informático acceda a la red de su proveedor de salud, pero usted puede tomar estas medidas para proteger su identidad médica:

- **Revise su Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en Inglés).** Si usted es un Participante PPO, el Fondo de Fideicomiso le enviará por correo una Explicación de Beneficios (EOB) que enumera el tipo de servicios médicos prestados. Asegúrese de revisarlo, ya que incluye información sobre el médico, hospital u otro proveedor de servicios que le proporcionó servicios y cuánto se le facturó al Fondo de Fideicomiso. Si usted encuentra un tipo de servicio médico que usted o sus Dependientes Cubiertos no recibieron, póngase en contacto con el Fondo de Fideicomiso inmediatamente.
- **No escriba su número de Seguro Social en los formularios médicos.** Los proveedores

de salud ya no requieren de su número de Seguro Social para verificar su identidad porque ahora es una práctica obsoleta. Pregúntele a su médico si hay alguna manera en la que usted puede evitar proporcionar esa información.

- **Revise periódicamente sus registros médicos.** Si usted tiene un portal de paciente en Internet con su proveedor de atención médica donde usted puede acceder a sus registros médicos en línea, revise periódicamente su información para asegurarse de que sea exacta. De vez en cuando, los piratas informáticos pueden manipular sus datos. Si la información acerca de su tipo de sangre o la información acerca de sus alergias cambia, eso podría tener consecuencias potencialmente mortales.
- **Revise su historial de crédito.** Los sitios en Internet como AnnualCreditReport.com ofrecen informes anuales gratuitos acerca de su puntuación de crédito, que se pueden utilizar para mantener control sobre su historial de crédito y observar cualquier actividad inusual de facturación médica de los colectores. Si hay informes inusuales, asegúrese de ponerse en contacto con su entidad financiera.

Si usted siente que ha sido víctima de un robo de identidad médica, póngase en contacto con el Fondo de Fideicomiso inmediatamente.

FUENTES

- **ABCnews.com**
- **Forbes.com**
- **Medical Identity Fraud Alliance**