



¡La Inscripción Abierta 2020 casi esta aquí!

La Inscripción Abierta es el momento de cada año en que los Jubilados pueden realizar cambios en el proveedor de servicios médicos, agregar o eliminar Dependientes, y completar Otra Información de Seguro (OII) para el próximo año del plan.

La Inscripción Abierta 2020 se realizará desde el 29 de julio del 2019 hasta el 27 de septiembre del 2019. Durante este tiempo, visite **UFCWTRUST.COM** para completar su inscripción.

Este año, **no se requiere** Inscripción Abierta para los Jubilados, lo que significa que no es necesaria ninguna acción durante el período de Inscripción Abierta **si usted**

(Por favor vea la página 3)

EN ESTE EJEMPLAR

¡La Inscripción Abierta 2020 casi esta aquí!

PÁGINAS 1,3

Beneficio máximo de vida para Jubilado

PÁGINA 3

Medicare y Coordinación de Beneficios

PÁGINAS 4-5

Servicios Quiroprácticos de Medicare

PÁGINA 6

Inscriba a sus Dependientes y actualice sus beneficios en línea/
Beneficios de atención preventiva para Jubilados

PÁGINA 7

Sus beneficios para la diabetes

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**.

EL VALOR MAYOR DE LA OFICINA DEL FONDO: CONFIANZA

NOSOTROS DEMOSTRAMOS HONESTIDAD EN CADA NIVEL DE LA ORGANIZACIÓN DONDE NUESTRA PALABRAS Y ACCIONES COINCIDEN



¡Ya está aquí la Inscripción Abierta 2020!

(Continuado de la primera página)

no tiene cambios en su actual número de aseguradoras, dependientes y Otra Información de Seguro médico.

Si usted no completa la Inscripción Abierta dentro del período especificado (del 29 de julio del 2019 al 27 de septiembre del 2019), sus Portadores médicos actuales, Dependientes inscritos y/u Otra Información de Seguro proporcionada anteriormente permanecerán igual para el Año del Plan 2020.

Los materiales de Inscripción Abierta se le enviarán por correo en julio con sus instrucciones personalizadas y detalladas.

Los Miembros que requieran asistencia pueden visitar la Oficina del Fondo de Fideicomiso (TFO) en Roseville o Concord, o pueden llamar al TFO al (800) 552-2400, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m. Hora del Pacífico.

¡SAQUE SUS BENEFICIOS PARA EL 2020!

Todo el proceso es tan fácil como 1-2-3:

- 1** Inicie una sesión en **UFCWTRUST.COM** y haga clic en el ícono del carrito de compras para comenzar.
- 2** Complete la “Lista de Verificación Personalizada” de Pasos de Inscripción
- 3** ¡Disfrute de beneficios completos y asequibles para el 2020!

No Medicare Blue Shield PPO beneficios máximos de vida

Como Participante en el Plan de Salud de Jubilados de la UEBT, usted califica para recibir hasta \$2 millones en beneficios como un máximo de por vida individual.

El límite se aplica por persona y se combina con cualquier beneficio pagado bajo el Plan Activo de la UEBT para esa persona. Esto significa que los montos pagados en reclamos por servicios médicos (los reclamos dentales y de la vista están excluidas) proporcionados en nombre de una persona bajo el Plan Activo y el Plan de Jubilados, ya sea como Miembro o como Dependiente, se suman para determinar si los \$2 millones máximo se han alcanzado.

‘Usted califica para recibir hasta \$2 millones en beneficios’

Lo mismo es cierto con respecto a cualquier reclamación hecha por los Dependientes del Miembro. Cada Dependiente está sujeto a un beneficio de por vida máximo de \$2 millones, independiente de los reclamos del Miembro, según el monto pagado en los reclamos por los servicios prestados al Dependiente según los Planes Activo y Jubilado, independientemente de si él o ella era un Miembro o Dependiente cuando los reclamos fueron incurridos.

Doble cobertura

Los Jubilados con cobertura doble reciben \$2 millones de cobertura en cada Plan de Jubilados (teniendo en cuenta lo que ya se pagó en el Plan Activo), con un total de \$4 millones en cobertura por persona entre los dos Planes de Jubilados.

La cobertura doble determina cómo y si el Plan aplica las reglas estándar de Coordinación de Beneficios a los reclamos para usted y sus Dependientes. Si uno de los Participantes cubiertos alcanza el límite máximo de por vida de \$2 millones, esto podría afectar la cantidad de gastos de bolsillo que usted y su familia deben pagar, pero no tiene ningún impacto en la aplicación de los \$2 millones del Plan de Jubilados del límite máximo de por vida, como se describe anteriormente.

Medicare y Coordinación de Beneficios

El artículo titulado, “Medicare y Coordinación de Beneficios,” en la página 4 de este boletín constituye un Resumen de Modificación de Materiales que describe los cambios en el Plan de Salud de Jubilados de la UEBT. Esta información es MUY IMPORTANTE para usted y sus Dependientes elegibles. Tómese el tiempo para leer este artículo y compartirlo con sus Dependientes.

De acuerdo con los requisitos de informes de ERISA, este Resumen de Modificación de Materiales modifica la información contenida en la Descripción Resumida del Plan con respecto a Medicare y la coordinación de beneficios en la sección de Cobertura de Medicare que comienza en la página 8 de la Descripción Resumida del Plan actual. Lea atentamente el artículo titulado “Medicare y Coordinación de Beneficios” en la página 4 de este boletín y consérvelo junto con la Descripción Resumida de su Plan y otra información del Plan. Si existe alguna discrepancia entre la Descripción Resumida del Plan y este Resumen de modificación de materiales, regíran las disposiciones de este Resumen de Modificación de Materiales. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de editar, modificar o cancelar el Plan en cualquier momento. Para obtener más información sobre los cambios en las reglas de elegibilidad del Plan, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso (TFO) al (800) 552-2400.

A partir del 1 de enero del 2019, el Plan de Salud de Jubilados de la UEBT cambió la forma en que se procesan sus reclamos de Medicare. Antes del 1 de enero del 2019, todos los reclamos de Medicare fueron procesados por Blue Shield antes de ser enviados a la Oficina del Fondo de Fideicomiso (TFO) para su revisión y adjudicación (pago/denegación). Sin embargo, a partir del 1 de enero del 2019, el Plan de Salud para Jubilados de la UEBT (“Plan de Jubilados”) recibe reclamos electrónicamente directamente de Medicare. Este cambio fue promulgado por el Plan de Jubilados para reducir los costos de procesamiento y para reducir la cantidad de tiempo que toma procesar los reclamos de Medicare.

Como parte de este cambio, los Jubilados de Medicare ya no tienen que acudir a un proveedor de Blue Shield para calificar para el nivel de beneficios dentro de la red del plan de Jubilados. Los Jubilados de Medicare en cambio reciben el nivel de beneficios dentro de la red del Plan de Jubilados cuando acuden a cualquier proveedor que acepte Medicare. Además, dado que el Plan de Jubilados ya no usa Blue Shield para procesar los reclamos de sus Participantes Jubilados de Medicare, el Plan de Jubilados tampoco usa el precio de contrato de Blue Shield como el monto permitido por el Plan de Jubilados para el pago de reclamos de Medicare. El Plan

de Jubilados ahora usa las tarifas contratadas de Medicare como la cantidad permitida del Plan de Jubilados.

Cuando Medicare es su cobertura primaria, el Plan de Jubilados paga como secundario en casi todos los reclamos. El Plan de Jubilados sigue utilizando la metodología de pago de No Duplicación de Beneficios para todos los reclamos en los que el Plan de Jubilados es secundario.

Bajo la metodología de pago de No-Duplicación, el Plan de Jubilados no emite el pago de un reclamo cuando la cantidad permitida bajo el plan primario (Medicare) excede la cantidad permitida del Plan de Jubilados. Además, el Plan de Jubilados no emite el pago de un reclamo si el monto que el Plan de Jubilados hubiera pagado si fuera primario es menor que el monto que ya ha sido pagado por el plan primario.

El Plan de Jubilados determina cuánto habría pagado si el Plan de Jubilados hubiera sido el plan primario al comenzar con el monto permitido por el Plan de Jubilados (que es la tasa de Medicare) para los servicios y luego restar los montos deducibles restantes y/o montos del seguro (hasta el máximo de desembolso del Participante). Si la cantidad que hubiera pagado el Plan de Jubilados si fuera el plan primario, después de deducir cualquier deducible y coaseguro aplicables, es inferior a lo que Medicare ya pagó en el reclamo, el Plan de Jubilados no realizará ningún pago por el reclamo.

Dado que el Plan de Jubilados ahora usa las tarifas contratadas de Medicare como la cantidad permitida del Plan de Jubilados (en lugar de las tarifas de Blue Shield), la cantidad que el Plan de Jubilados paga como plan secundario puede diferir de lo que el Plan de Jubilados pagó anteriormente cuando usaba las tarifas de Blue Shield. Esto también significa que la cantidad de responsabilidad del paciente (o la cantidad que debe pagar) por los servicios recibidos de un proveedor pueden ser diferentes (más o menos) que la cantidad de responsabilidad del paciente que tenía antes del 1 de enero del 2019, para esos mismos servicios. También usted puede ahora alcanzar su máximo anual de gastos de bolsillo antes o más tarde en el año que lo que hubiera hecho anteriormente.

En general, esto significa que si un Participante de Medicare aún no ha alcanzado su deducible y el máximo de coaseguro para el año bajo el Plan de Jubilados, el monto que pagaría el Plan de Jubilados si fuera el primario será probablemente menor que el monto que Medicare ya ha pagado en el reclamo. Por lo tanto, en esos casos, es probable que un Participante de Medicare deba pagar de su bolsillo el reclamo. Sin embargo, los montos de deducible y/o coaseguro que el Plan de Jubilados determinó que usted pagaría si el Plan de Jubilados fuera primario sí cuentan para

su deducible requerido y los máximos de desembolso del plan de Jubilados.

Consulte los siguientes ejemplos de cuándo el Plan de Jubilados paga secundario a Medicare:

Ejemplo 1

Janice Price es una Jubilada de Medicare cubierta por el Plan de Salud para Jubilados de la UEBT (el “Plan de Jubilados”). El 1 de marzo del 2019, Janice recibe servicios de un proveedor de Medicare. La tarifa contratada por Medicare para esos servicios es de \$1,500. Medicare procesa el reclamo y paga el 80% de la tarifa contratada, o \$1,200, dejando una responsabilidad al paciente de \$300.

Tarifa Contratada de Medicare con el Proveedor	\$1,500
--	---------

Pago de Medicare del 80%	-\$1,200
--------------------------	----------

Coaseguro para Pacientes de Medicare del 20% (Responsabilidad del paciente)	\$300
---	-------

El monto permitido del Plan de Jubilados para los servicios que Janice recibió es de \$1,500 (la tarifa de Medicare). Si el Plan de Jubilados fuera primario, generalmente pagaría el 75% de la cantidad permitida del Plan de Jubilados por los servicios recibidos de un proveedor dentro de la red (Medicare), una vez que se alcanzara el deducible del Participante. A partir del 1 de marzo del 2019, a Janice le quedan \$400 para su deducible bajo el Plan de Jubilados. Esto significa que, si el Plan de Jubilados fuera primario, a Janice se le exigiría pagar \$675 por este reclamo (\$400 por el deducible más el 25% del monto permisible restante, o \$275 adicionales). Como resultado, en el reclamo de Janice, el máximo que pagaría el Plan de Jubilados si fuera el plan primario (suponiendo que el participante no hubiera alcanzado su máximo de desembolso) sería de \$825 (o \$1,500 menos los \$675 de Janice requeridos para pagar).

Plan de Jubilados Permitido Cantidad	\$1,500
--------------------------------------	---------

Deducible para Miembros	-\$400
-------------------------	--------

Miembro 25% de Coaseguro	-\$275
--------------------------	--------

Cantidad de beneficios del Plan de Jubilados (si el plan de Jubilación era primario)	\$825
--	-------

Por lo tanto, dado que el monto que pagaría el Plan de Jubilados en este reclamo si el Plan de Jubilados hubiera sido primario (\$825) es menor que el que Medicare pagó por el reclamo (\$1,200), el Plan de Jubilados no pagará nada por este reclamo, y Janice será responsable por los \$300 restantes después de que Medicare realizó su pago de \$1,200. Además, aunque a Janice solo se le exige que pague

\$300 en este reclamo, el Plan de Jubilados tendrá en cuenta los montos de deducible y coaseguro que Janice tendría que pagar si el Plan de Jubilados hubiera sido primario (el deducible de \$400 y el monto del coaseguro de \$275) para el deducible de Janice y el desembolso máximo según el Plan de Jubilados para el año.

Ejemplo 2

Suponga que Janice recibe los mismos servicios médicos que en el Ejemplo 1, pero esta vez ella realiza los servicios prestados el 14 de septiembre del 2019, cuando Janice ya la había alcanzado su deducible y el desembolso máximo para el año.

De la misma manera que en el Ejemplo 1, Medicare procesa el reclamo y paga \$1,200 (o el 80% de la tarifa contratada de \$1,500), dejando una responsabilidad al paciente de \$300.

Tarifa Contratada de Medicare con el Proveedor	\$1,500
--	---------

Pago de Medicare del 80%	-\$1,200
--------------------------	----------

Coaseguro para Pacientes de Medicare del 20% (Responsabilidad del paciente)	\$300
---	-------

Si el Plan de Jubilados fuera primario, se requeriría que el Plan de Jubilados pague la cantidad permitida del Plan de Jubilados por estos servicios en su totalidad (\$1,500), ya que Janice ya había alcanzado su deducible y el máximo de desembolso para el año.

Plan de Jubilados Permitido Cantidad	\$1,500
--------------------------------------	---------

Deducible para Miembros	-\$0
-------------------------	------

Miembro 25% de Coaseguro	-\$0
--------------------------	------

Cantidad de beneficios del Plan de Jubilados (si el plan de Jubilación era primario)	\$1,500
--	---------

Por lo tanto, dado que la cantidad que el Plan de Jubilados hubiera pagado si fuera primario (\$ 1,500) es más de lo que Medicare pagó (\$ 1,200), el Plan de Jubilados pagará \$ 300 y Janice no tendrá ningún gasto de bolsillo por este reclamo.

Monto de plan de Jubilación habría Pagado (si es Primaria)	\$1,500
--	---------

Pago de Medicare del 80%	-\$1,200
--------------------------	----------

Cantidad que Paga el Plan de Jubilación	-\$300
---	--------

Responsabilidad del Paciente	\$0
------------------------------	-----

Cobertura de Medicare para servicios quiroprácticos

La cobertura de Medicare para los servicios prestados por un quiropráctico se limita a las manipulaciones de la columna que se consideran médicamente necesarias.

Si Medicare niega que un servicio de manipulación espinal no sea médicamente necesario o solo de mantenimiento, el Plan hará lo mismo y el paciente será responsable por el monto facturado del servicio. Por lo tanto, es importante preguntarle a su médico si el tratamiento cumplirá con las pautas de Medicare por necesidad médica antes de comenzar el tratamiento para evitar un gasto personal no deseado.

Cómo se procesan los reclamos

Como pagador secundario, la cantidad permitida por el Plan será la misma que la cantidad permitida por Medicare y los beneficios se pagarán según los procedimientos y las pautas del Plan. El paciente será responsable de un copago de \$25 por cada fecha de tratamiento y el Plan pagará cualquier saldo restante hasta un máximo de \$500 en el año calendario una vez que se alcance el deducible por año calendario. (Nota: Esto significa que el Miembro pagará el costo total hasta que se alcance su deducible).

Si el proveedor acepta la asignación de Medicare (en la red de Medicare), la responsabilidad del paciente se limitará a la cantidad permitida por Medicare para el servicio.

Si el proveedor no acepta la asignación de Medicare (fuera de la red de Medicare), la responsabilidad del paciente se limitará al 115% del monto permitido por Medicare para el servicio.

Para los servicios nunca cubiertos por Medicare cuando los realiza un quiropráctico (incluidas las visitas al consultorio y las modalidades de terapia física), el Plan asumirá el estado de pagador primario.

En este caso, se pagará la cantidad permitida del Plan, menos cualquier copago por día del paciente restante, hasta un máximo de año calendario de \$500 una vez que se alcance el deducible por año calendario.



Para todos los reclamos de Medicare: ¿Cómo paga Medicare Crossover y qué significa para mí?

Como pagador secundario, el Plan utilizará la cantidad permitida de Medicare como su propia cantidad permitida. A partir de ese momento, el Plan aplicará el deducible y el coaseguro del Miembro (que se agregará al máximo de desembolso del Miembro) y la cifra resultante será el beneficio del Plan. Como este beneficio generalmente es menor que el monto pagado por Medicare, el Plan no realizará un pago hasta que se haya alcanzado su máximo de desembolso. Esto significa que el miembro pagará la responsabilidad del paciente de Medicare hasta que se haya alcanzado su máximo de desembolso. Hay varias excepciones, ya que el Plan pagará por un beneficio ofrecido que Medicare no cubre.

Inscribir a los dependientes y ¡Actualice sus beneficios en línea!



Inscripciones Especiales (Eventos de Vida Calificadores)

Para inscribir a nuevos Dependientes fuera de Inscripción Abierta, inicie una sesión en su cuenta en **UFCWTRUST.COM**. En su Portal de Beneficios personalizado, siga las instrucciones bajo “Eventos de Vida (Inscripciones Especiales)” para proceder a la página de Eventos de Vida. Allí podrá seleccionar el tipo de Evento de Vida (matrimonio, nacimiento, adopción, etc.) y la fecha para proceder con la Inscripción Especial. Consulte la Descripción Resumida de su Plan para ver la documentación y las reglas de inscripción necesarias. La mayoría de las Inscripciones **Especiales deben estar completas, con todos los documentos enviados al TFO, dentro de los 30 días posteriores al evento.**



Reporte un cambio suyo a la Información de Otro Seguro

La forma más rápida de actualizar la Información de su Otro Seguro es iniciar una sesión en **UFCWTRUST.COM**. Usted llegará en su página Mi información y seguirá las instrucciones bajo “Reportar un cambio a su Otra Información de Seguro” para proceder a la Plataforma de Inscripción. Allí podrá realizar cambios en su Información de Otro Seguro y cargar la documentación de inscripción.

Beneficios de atención preventiva para Jubilados

Como Miembro del Plan de Salud de Jubilados de la UEBT, los siguientes servicios están cubiertos como beneficios de atención preventiva:

Examen físico de rutina
Beneficio máximo:
\$75 por año calendario

Mamografías de rutina
Beneficio máximo:
\$200 por año calendario

Pruebas de detección de cáncer de rutina
Uno por año calendario
Sujeto a deducción

Colonoscopia/sigmoideoscopia
Una vez cada cinco años
Sujeto a deducible/coaseguro

Examen de laboratorio preventivo de rutina
Sujeto a deducible/coaseguro
Beneficio máximo:
\$100 por año calendario

Inmunizaciones de rutina
Sujeto a deducible/coaseguro
PPO: 75%, no PPO: 50%

Administración de inmunización
PPO: 100% después de copago de \$25,
No PPO: 50%



Sus beneficios para la diabetes

Hay una variedad de beneficios disponibles para los Jubilados que tienen diabetes. Consulte la Descripción Resumida de su Plan para conocer los montos de cobertura para el Plan de Salud para Jubilados de la UEFT.

- Educación y materiales diabéticos
- Equipo y suministros para la diabetes (medicamento necesarios)
- Monitores de glucosa en sangre (limitaciones para diabéticos no insulino dependientes)
- Monitores de glucosa en sangre diseñados para ayudar a los discapacitados visuales
- Bombas de insulina y suministros necesarios relacionados
- Dispositivos podiátricos para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes
(Según lo aprobado por PPOC para los Jubilados que no son Medicare y los Miembros Activos en planes médicos PPO)
- Ayudas visuales, excluyendo gafas, para ayudar a los discapacitados visuales con la dosis adecuada de insulina
- Suministros no duraderos medicamento necesarios dispensados por un médico o profesional de la salud.
- Medicamentos de mantenimiento para la diabetes (y suministros relacionados que requieren receta médica)
- Insulina y otros suministros para la diabetes (incluidas tiras reactivas de glucosa en sangre, tiras reactivas de orina con cetona, lancetas y dispositivos de punción de lancetas y jeringas de insulina y kits de inyección). Tenga en cuenta que esto solo está cubierto por el Programa de Medicamentos Recetados.