

FOR YOUR BENEFIT

Invierno 2014 para Miembros Activos



Conozca sus beneficios dentales

Las condiciones de su boca son un indicador importante del estado de su salud en general, aproveche sus beneficios dentales para asegurar su salud oral.

Las opciones de planes dentales para los miembros Premier y Ultra son:

- Premier Access DPO (Dental Provider Organization, DPO, por sus siglas en inglés)
- Liberty Dental DMO (Dental Maintenance Organization, DMO por sus siglas en inglés, sólo disponible para quienes estén inscritos actualmente en Liberty Dental)
- Delta Dental DPO (sólo disponible para quienes estén inscritos actualmente en Delta Dental)

El plan dental disponible para miembros Standard es:

- Premier Access DPO

En las opciones de Premier Access DPO Network y Delta Dental, usted podrá elegir el dentista de su preferencia; no obstante, usar un dentista de la red reducirá sus gastos directos.

(Por favor, vea la página 2)

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.

www.ufcwtrust.com

También en este ejemplar

- Lo que “No Duplicaciones de Beneficios” significa para usted **Página 3**
- ¿Su el/la cónyuge/pareja conviviente tiene algún otro seguro disponible? **Página 4**
- Llamadas telefónicas y sus beneficios **Página 5**
- Complete su Inscripción para restituir sus beneficios **Página 6**
- Básicos del Fondo de Fideicomiso **Página 8**

Conozca sus beneficios dentales

(Continúa de la página 1)

Los usuarios de Liberty Dental DMO, deberán usar a proveedores de Liberty Dental DMO; de otra manera, serán responsables por el 100% de los cargos por el uso de un proveedor fuera de la red.

Detalle de los Beneficios

Redes de Premier Access DPO Network y Delta Dental Network

- Sin deducible por el año calendario
- Beneficio máximo por el año calendario: Premier, \$2,500 por persona; Ultra, \$2,000 por persona; Standard, únicamente procedimientos preventivos y de diagnóstico
- Plan de pagos para:
 - Preventivo y de diagnóstico: Premier, Ultra y Standard, 100% de los gastos cubiertos
 - Restaurativo básico: Premier, 80% de los gastos cubiertos; Ultra, 60% de los gastos cubiertos; Standard, sin cobertura
 - Restaurativo mayor: Premier, 70% de los gastos cubiertos; Ultra, 50% de los gastos cubiertos;

Standard, sin cobertura

- El pago para el plan de ortodoncia es de 75% de los gastos cubiertos, hasta \$2,000 por persona como beneficio de por vida (sólo Premier y Ultra); Standard, sin cobertura

Liberty Dental DMO

- Sin deducible por el año calendario
- Sin beneficio máximo por el año calendario
- Plan de pagos: Se proporcionarán los servicios del proveedor dentro de la red después de que usted haya cubierto la parte del pago que le corresponde
- El Plan Premier Access DPO distribuye beneficios de ortodoncia

Nota: Cuando el/la cónyuge/pareja conviviente cuenta con otra cobertura basado en su propio empleo actual o anterior que incluye un DMO Dental, se requiere que ese individuo use su beneficio de DMO primero.

Para más detalles acerca de sus beneficios dentales, incluyendo limitaciones y exclusiones, consulte el Summary Plan Description.



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.

1277 Treat Blvd., 10th Floor
Walnut Creek, CA 94597

2200 Professional Dr., Suite 200
Roseville, CA 95661

(800) 552-2400 • www.ufcwtrust.com



Glosario

Un **copago** es una cantidad fija en dólares que usted paga cada vez que usa ciertos servicios, tales como llenar una prescripción médica.

El **pagador principal** es la aseguradora de salud responsable por la provisión de los beneficios, previo a que cualquier otra aseguradora haga un pago.

El **coaseguro** es el porcentaje de gastos con cobertura que usted desembolsa después de haber cumplido con el deducible y hasta que su coaseguro alcance el máximo en costos directos para usted. Por ejemplo, asumiendo que ya cumplió con su deducible, si usted recibe un servicio con gastos cubiertos de \$100 y su coaseguro es del 20%, usted pagaría \$20, a menos que ya haya alcanzado su máximo en costos directos. El Trust Fund pagará el saldo de los gastos con cobertura.

Un **participante** en el Trust Fund es alguien que tiene cobertura bajo el Collective Bargaining Agreement entre las uniones y los empleadores. Él o ella tienen acceso a los beneficios de cuidados de salud a través del Trust Fund.

Lo que **No Duplicaciones de Beneficios** significa para usted

El término “No Duplicación de Beneficios” aplica a los participantes que tienen otro seguro. Eso significa que si la otra compañía de seguros de un participante o de un dependiente es el pagador principal, el Plan de la UEBT sólo proporcionará un pago adicional si el otro seguro paga menos que el Plan de la UEBT hubiera pagado en caso de haber sido el plan principal.

Por ejemplo, si Rafael (un participante del Plan de la UEBT) tuviera un procedimiento médico y un plan que no es el Plan de la UEBT fuera a ser el pagador principal de tal procedimiento, el reclamo se procesaría como sigue:

Ejemplo 1

Cantidad cobrada por el procedimiento que tuvo Rafael: \$8,500

Cantidad permitida por el Plan Principal: \$8,100

Cantidad permitida por el Plan de la UEBT: \$7,500

Plan Principal pagaría al 70%: \$5,670

Plan de la UEBT pagaría al 85%: \$6,375

En este ejemplo, debido a que el Plan de la UEBT hubiera cubierto una mayor cantidad del costo del procedimiento que tuvo Rafael (85% versus 70%), el Plan de la UEBT pagaría la diferencia.

Cantidad pagada por el plan de la UEBT: \$6,375

Menos la cantidad pagada por el plan principal: -\$5,670

Igual a (la cantidad que pagaría el Plan de UEBT): \$705

La responsabilidad de pago que le queda a Rafael es de \$1,725.

Cantidad permitida por el Plan Principal: \$8,100

Menos la cantidad pagada por el plan principal: -\$5,670

Menos el pago de la UEBT: -\$705

Igual a (la responsabilidad de Rafael): \$1,725

Si la cantidad pagada por parte de la UEBT fuera menor a la cantidad pagada del plan principal, entonces el Plan de la UEBT pagaría cero, como se muestra en el siguiente ejemplo.

Ejemplo 2

Si Rosalinda tuviera un procedimiento médico y otro plan que no es el Plan de la UEBT fuera el pagador principal del procedimiento, el reclamo se procesaría como sigue:

Cantidad cobrada: \$8,600

Cantidad permitida por el Plan Principal: \$6,500

Cantidad permitida por el Plan de la UEBT: \$6,500

Plan Principal pagaría al 80%: \$5,200

Plan de la UEBT pagaría al 75%: \$4,875

En este caso, el Plan de la UEBT hubiera pagado 75% de la cantidad permitida. Debido a que el plan principal ofrece mayor cobertura a la del Plan de la UEBT ofrece (80% versus 75%), el Plan de la UEBT no hará ningún pago adicional para el procedimiento que tuvo Rosalinda.

Rosalinda será responsable por el 20% restante debido a la cantidad permitida por el Plan Principal.

Notas y recordatorios

- En ningún caso el Plan de la UEBT hará pago alguno por un servicio que está cubierto bajo un plan principal que no es de la UEBT, pero que no es un beneficio cubierto dentro del Plan de la UEBT.
- Los deducibles, coaseguros y máximos en gastos directos varían en cada plan (Premier, Ultra, Standard o Jubilado), por lo cual deberá consultar su Summary of Benefits and Coverage.
- Su máximo en costos directos, con base en su plan de la UEBT, permanece igual, no obstante si otro plan es el principal bajo la regla de No Duplicación de Beneficios.



¿Su el/la cónyuge/pareja conviviente tiene algún otro seguro disponible?

Comuníquese con el Trust Fund.

Si usted tiene un(a) cónyuge/pareja conviviente que tiene cobertura como su dependiente bajo el Plan de la UEBT, será su responsabilidad notificar a las oficinas del Trust Fund si el o ella tiene acceso a otro seguro a través de su empleador actual o previo. Usted deberá proporcionar al Trust Fund con la información de su otra aseguradora dentro de un plazo de 30 días para que los beneficios puedan ser coordinados y actualizados.

Multas podrían ocurrir

Por ejemplo, Pedro es miembro del Plan de la UEBT y su esposa, Elisabeth, también tiene cobertura dentro del Plan. Ya que Elisabeth trabaja con un empleador donde se le proporciona seguro de salud, ella está obligada a inscribirse al plan de su empleador y a elegir la opción más parecida al Plan de la UEBT.

Si Elisabeth está desempleada pero todavía puede inscribirse en un seguro de salud a través de un empleador anterior, ella está obligada a hacerlo y a elegir la opción más parecida al Plan de la UEBT.

Si el empleador de Elisabeth no ofrece seguro de salud, ella está obligada a proporcionar una carta (en papel membretado de su empleador) a la oficina del Trust Fund declarando que no se “ofrece”

ninguna otra cobertura para gastos Médicos, Dentales y/o de la Vista.

Si Elisabeth no proporciona la carta en papel membretado de su empleador, o si elige no tomar alguna otra cobertura disponible, el Plan de la UEBT pagará 60% menos en sus reclamos de ahí en adelante. Elisabeth tampoco recibirá reembolsos por cualquier costo directo que ella incurra como parte de cualquier reclamo que ella proporcione al Plan de la UEBT.

Favor de tomar nota: Sólo Elisabeth está obligada a inscribirse en el seguro de salud que su empleador ofrezca – no es necesario que inscriba a nadie más de su familia.

Nota: Si la carta del empleador del(la) cónyuge/pareja conviviente se recibe después de que se haya procesado algún reclamo bajo la premisa del beneficio reducido en un 60%, estos reclamos no serán procesados una segunda vez.

Cuando el(la) cónyuge/pareja conviviente del(la) participante tiene otra cobertura grupal que es un HMO, se requiere que el(la) cónyuge/pareja conviviente use el beneficio de la HMO primero.

Llamadas telefónicas y sus beneficios: ¿cuáles son sus responsabilidades?

El Trust Fund se comunicara con sus participantes de varias maneras para mantenerlos actualizados acerca de sus beneficios y para ayudarles a mantener su salud. Algunos participantes podrían recibir, o ser requeridos a hacer, llamadas telefónicas como parte de esta iniciativa.

Se promueve a que los miembros y sus cónyuge/pareja conviviente inscritos en el Plan PPO Health Care Partnership (HCP) completen las **llamadas de entrenamiento** para el año Plan 2014. Profesionales de servicios de salud de MedExpert responderán a sus preguntas médicas y les ayudarán a navegar mejor su plan de salud durante estas llamadas.

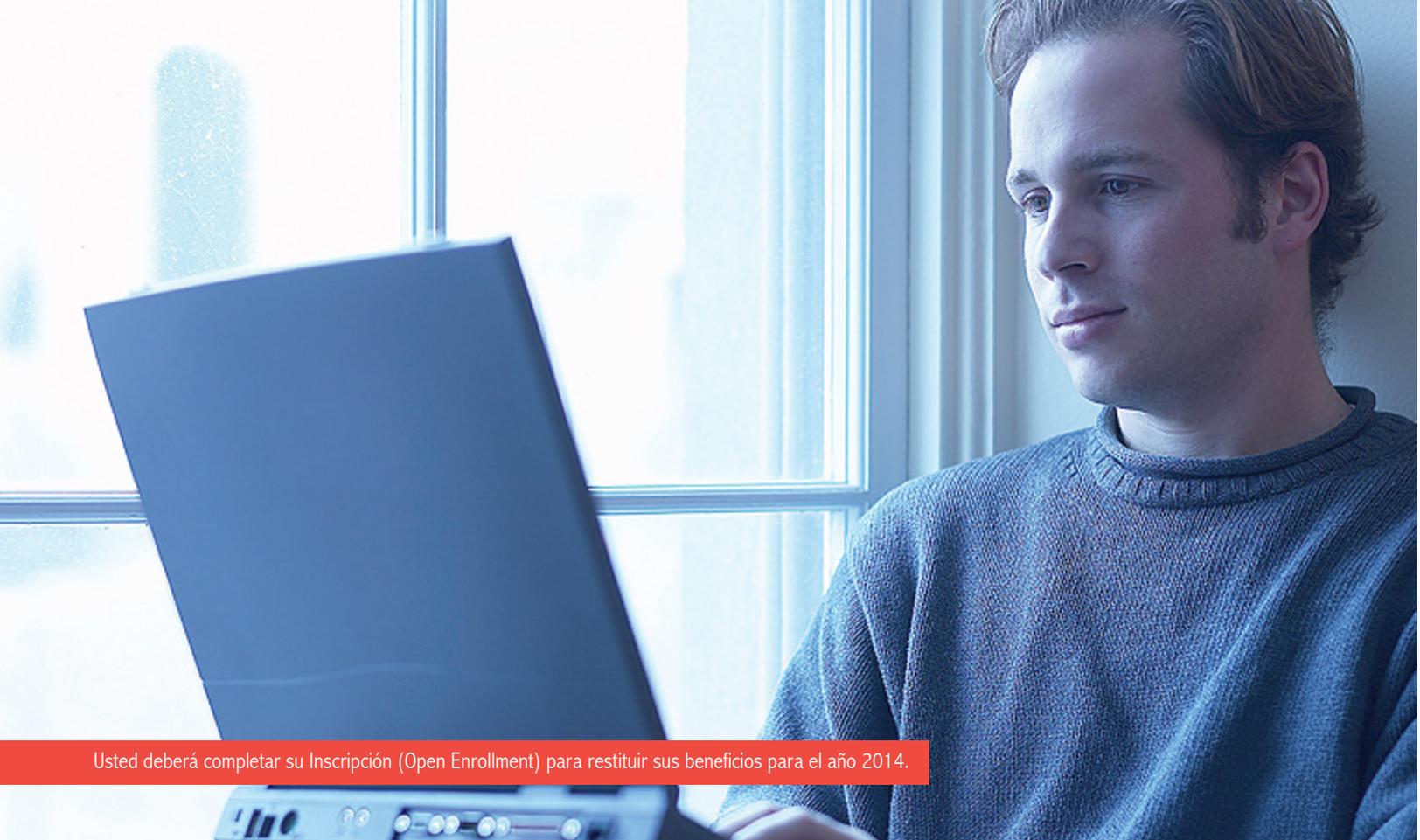
Las **llamadas de gestión de enfermedades** son llamadas telefónicas que un grupo reducido de miembros y sus cónyuges/parejas convivientes reciben para ayudarlos a manejar enfermedades crónicas tales como la diabetes, la enfermedad de la arteria

coronaria y el asma. La participación en el programa para el Manejo de las Enfermedades es sólo por invitación. Estos miembros y sus cónyuges/parejas convivientes recibirán llamadas periódicas por parte de un profesional en cuidados de la salud para asistirlos con sus prescripciones médicas, seguimiento de sus citas y otros aspectos de sus cuidados.

Por favor, tome nota de que algunos miembros y sus cónyuges/parejas convivientes pueden estar activos tanto en las llamadas de entrenamiento como en las de gestión de enfermedades. Estas llamadas son independientes, pero ambas forman parte importante del mantenimiento de su bienestar.

Si usted es un participante activo de estas llamadas, por favor, asegúrese de cumplir con sus responsabilidades completando los requisitos de cada una de estas llamadas.





Usted deberá completar su Inscripción (Open Enrollment) para restituir sus beneficios para el año 2014.

Complete su Inscripción para restituir sus beneficios

El período de Inscripción para Miembros Activos de la UEBT se llevó a cabo del 1° de octubre de 2013 al 15 de noviembre de 2013. Si usted no completó su Inscripción durante ese período, la cobertura para usted y sus dependientes **termina a partir del 1° de enero de 2014**.

Usted no tendrá cobertura de salud durante el año 2014 salvo que usted complete su Open Enrollment. Nuestro sistema de inscripción en línea está disponible ahora.

Complete su Inscripción (Open Enrollment) para restituir sus beneficios para el año 2014 ingresando al sitio de Internet del Trust Fund, www.ufcwtrust.com (este sitio sólo está disponible en inglés). Si usted completa su inscripción después del 31 de marzo de 2014, usted **sólo podrá inscribirse a usted mismo** en la opción del plan de Personal Direction.

Notas importantes:

1. Cuando vea el mensaje de Inscripción haga clic en el botón de “Start Here” (Iniciar Aquí) y siga el proceso en línea, paso por paso.
2. Para Miembros Premier y Ultra, estarán limitados a la opción al plan nivel Personal Direction (PD) Plan de PPO.
3. Habrá completado su Inscripción en línea cuando vea una Marca de Verificación en Verde y reciba una frase de “Felicitaciones” con un número de confirmación. También recibirá una Declaración de Confirmación por correo postal dentro de los 10 días de haber completado su Inscripción.
4. Usted tiene la alternativa de inscribirse por vía telefónica. Por favor, llame al (866) 827-2116 para recibir asistencia. El horario de oficina es de lunes a viernes, de 5am a 5pm PST (horario estándar del Pacífico).
5. Si usted completa su Inscripción después del 31 de diciembre de 2013, la Oficina del Trust Fund le hará los cobros mensuales de las primas correspondientes a sus dependientes en caso de ser aplicables. Usted deberá proporcionar los pagos de las primas a la oficina del Trust Fund a más tardar a la fecha límite de cada factura mensual. Por favor, tome nota: Si usted completa su inscripción después del 31 de marzo de 2014, usted **sólo podrá inscribirse a usted mismo** en la opción del plan Personal Direction.
6. Ingrese a www.ufcwtrust.com (este sitio sólo está disponible en inglés) y visite la página “My Health Benefits” (Mis Beneficios de Salud) para confirmar que los detalles de su beneficio han sido actualizados.

Revise y actualice su información personal en www.ufcwtrust.com

Usted deberá mantener a la oficina del Trust Fund actualizada con su domicilio y número de teléfono actual para que reciba la información más reciente del Trust Fund. Es su responsabilidad mantenerse informado y conservar la información de sus beneficios que recibirá para una futura referencia.

La manera más fácil de hacerlo es ingresar a www.ufcwtrust.com para consultar su perfil. Seleccione el ícono “My Contact Information” (Mi Información de Contacto) y realice los cambios directamente en línea. Su información de contacto será actualizada dentro de cinco días hábiles.

Tener su información al corriente y mantenerse informado lo ayudarán a manejar sus beneficios de mejor manera y puede ser un auxiliar en reducir los gastos por sus cuidados de salud tanto para usted, como al Trust Fund.

Cuando usted visite el sitio de Internet, seleccione el ícono “My Health Benefits” (Mis Beneficios de Salud) para revisar detalles de su beneficio, tanto para usted como para sus dependientes elegibles.



Agradecemos su paciencia

El Trust Fund agradece a todos los participantes por su paciencia durante el proceso de Inscripción 2014 durante el otoño pasado. El personal de la oficina del Trust Fund hizo su mejor esfuerzo por reducir el tiempo de espera para el servicio de teléfono y responder a todas sus preguntas y preocupaciones con la mayor rapidez posible.



Básicos del Fondo de Fideicomiso

Un mensaje de agradecimiento

La Junta Directiva del Trust Fund extiende su sincero agradecimiento a todos los Miembros Jubilados y Activos.

Sabemos que 2013 fue un año de cambios que ustedes aceptaron al tiempo en que se fueron presentando.

La Inscripción fue migrada a la Internet, en www.ufcwtrust.com, donde más de 50,000 usuarios se registraron. La cantidad de miembros Jubilados y Activos que completó su Inscripción es la más elevada en la historia.

Nuestras líneas telefónicas estuvieron ocupadas y contratamos apoyo adicional. Nuestros Representantes de Salud y Bienestar están dedicados en ayudar a cada uno de nuestros participantes.

Hubo una gran cantidad de visitantes a las oficinas del Trust Fund y de la Unión. Su asistencia a nuestras Ferias de Inscripción fue sobresaliente. Muchos de nuestros miembros y jubilados obtuvieron respuestas a sus preguntas y completaron sus inscripciones de Open Enrollment.

Escuchamos sus sugerencias. Ya estamos preparándonos para los próximos períodos de Inscripción durante el verano y otoño este año, y nos estamos esforzando al máximo para que su siguiente inscripción sea aún más fácil.

Nuevamente, les agradecemos por su paciencia y comprensión, y por participar en el Open Enrollment del 2014.

Nos estamos esforzando al máximo para que su siguiente inscripción sea aún más fácil.



Recordatorios para participantes con (Health Care Partnerships)

Miembros de Kaiser

Si usted está inscrito en el Kaiser HCP para 2014, los alentamos a que usted y su cónyuge/pareja conviviente inscritos continúen participando en el programa Kaiser Healthy Lifestyle durante el 2014.

Miembros de Blue Shield PPO

Si usted ha elegido el plan Blue Shield PPO HCP, los alentamos a que usted y su cónyuge/pareja conviviente continúen con sus llamadas de entrenamiento a través de MedExpert.

Los pasos a seguir para la colocación de nivel de Plan HCP para 2015 les serán comunicados en los materiales de Inscripción (Open Enrollment) 2015 más adelante durante este año.