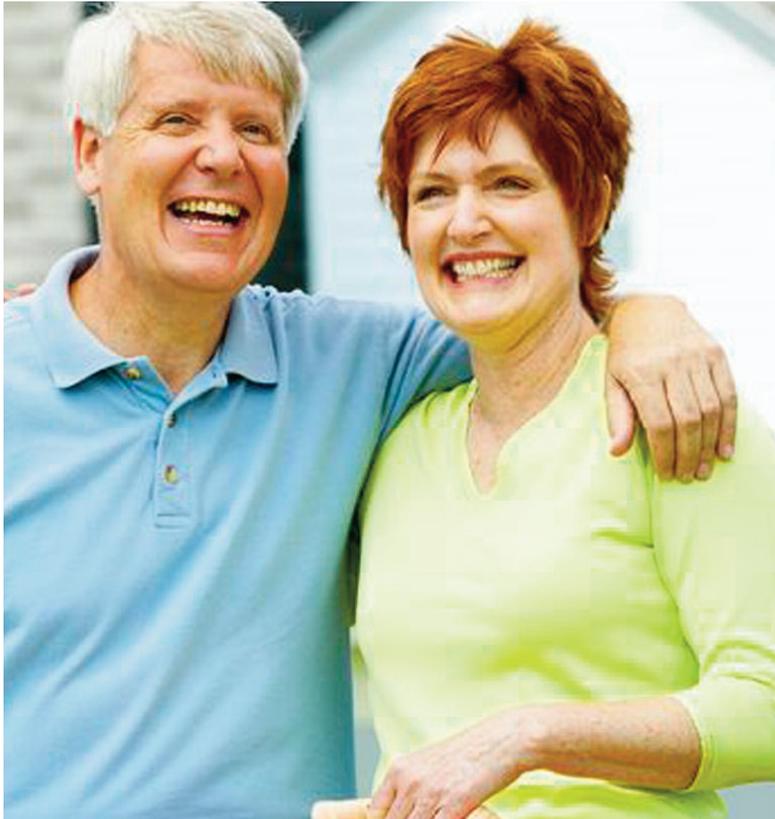


# FOR YOUR BENEFIT

Invierno 2014 para Miembros Jubilados



## Información acerca de su elegibilidad para Medicare

**S**e está acercando a los 65 años de edad? Si es así, usted está a punto de ser elegible para obtener Medicare. Siga leyendo para aprender acerca de las elecciones que usted tendrá que hacer y de qué manera se coordina Medicare con su Plan de Salud para Jubilados de la UEFT.

### ¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa federal de seguro de salud que le ayudará a pagar sus gastos médicos.

Sus distintas partes – A, B, C y D – cubren diferentes servicios, desde la estancia en un hospital hasta medicamentos de prescripción.

La mayoría de las personas son elegibles a obtener Medicare al alcanzar los 65 años, aunque hay algunas formas de recibir beneficios de Medicare antes de esa edad.

Usted y/o su cónyuge/pareja conviviente pueden – y deben – inscribirse en Medicare tres meses antes de cumplir 65 años. En los meses previos a ese período, usted deberá:

- Investigar acerca de Medicare y los planes relacionados para tener una comprensión plena de lo que se ofrece.
- Notificar a la oficina del Trust Fund antes de su fecha de entrada en efectivo (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](http://www.ufcwtrust.com)

## También en este ejemplar

- Lo que “No Duplicaciones de Beneficios” significa para usted **Página 4**
- ¿Su el/la cónyuge/pareja conviviente tiene algún otro seguro disponible? **Página 6**
- Revise y actualice su información personal **Página 7**
- Básicos del Fondo de Fideicomiso **Página 8**

# Información importante

La mayoría de las personas son elegibles a obtener Medicare al alcanzar los 65 años.

(Continúa de la página 1)

de cobertura de Medicare para asegurarse de que se actualicen sus expedientes de beneficios.

- Considerar cuáles son sus necesidades de cuidados de salud actuales y futuras, y elegir la mejor alternativa para usted y su familia.

Inscríbase tan pronto sea elegible y ahorre dinero en sus cuidados de salud

Usted deberá inscribirse en Medicare Partes A y B, pero no en la Parte D (El Trust Fund proporcionará cobertura acreditable dentro de su programa de medicamentos de prescripción) al momento de ser elegible.

La inscripción en Medicare es necesaria a pesar de que usted también tiene cobertura bajo el Plan de Jubilados de la UEBT.

Los beneficios recibidos bajo el Plan de Salud para Jubilados de la UEBT para usted y/o su cónyuge/pareja conviviente inscrito(a) serán coordinados con Medicare Partes A y B, incluso en el caso de que usted o él/ella no esté inscrito en Medicare.

Si usted no se inscribe en Medicare, usted será responsable por los reclamos completos o parciales que hubieran sido pagados por Medicare. Sus beneficios del Plan de Salud para Jubilados de la UEBT se verán reducidos por sus beneficios estimados de Medicare.

Por ejemplo, supongamos que usted tiene un procedimiento médico que cuesta \$10,000. El Plan de Salud para Jubilados de la UEBT estimará que



*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](http://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.

# acerca de su elegibilidad para Medicare

Medicare hubiera pagado el 80%, es decir, \$8,000 del costo. El Plan de Salud para Jubilados de la UEBT generalmente pagaría 75% o \$7,500 de ese mismo costo.

Bajo las reglas de no duplicación de beneficios, el Plan de Salud para Jubilados de la UEBT estimará que el pago de Medicare excede el que el Plan de Salud para Jubilados de la UEBT hubiera pagado en ausencia de Medicare. Por lo tanto, el Plan de Salud para Jubilados de la UEBT no pagaría nada.

Si usted elige la opción de HMO bajo el Plan de Salud para Jubilados de la UEBT y es elegible para Medicare pero no se inscribe en Medicare Partes A y B, su inscripción a la opción de HMO se revocará y será inscrito automáticamente en la opción de PPO cuyos beneficios son menores.

**Nota:** *Un jubilado y su cónyuge/pareja conviviente deberán tener el mismo estatus de Medicare para inscribirse en Health Net. Un miembro y su cónyuge/pareja conviviente no están requeridos a tener el mismo estatus de Medicare para inscribirse en Kaiser – uno de ellos puede estar dentro del plan de Medicare y el otro puede estar en el plan sin Medicare.*

En ambos casos, usted será responsable por la mayoría de sus costos médicos, lo cual aumentará significativamente sus gastos directos por cuidados médicos.

Si usted o su cónyuge/pareja conviviente es elegible para Medicare después del período de Inscripción del Plan de Salud para Jubilados de la UEBT, usted deberá notificar a la oficina del Trust Fund. En el caso de que no se notifique a la oficina acerca de su elegibilidad para Medicare, usted tendrá la responsabilidad de reembolsar cualquier sobrepago de beneficios realizados por el Plan de Salud para Jubilados de la UEBT en que el Plan no haya coordinado los beneficios con Medicare.

## Miembros que están recibiendo beneficios de Seguro Social o Discapacidad

Si usted y/o su cónyuge/pareja conviviente reciben – o recibirán – Seguro Social (Social Security) o ciertos beneficios de discapacidad, usted será elegible para Medicare después de un período de calificación de 24 meses. Seguro Social se comunicará con usted o con el administrador de sus beneficios de discapacidad para inscribirlo en Medicare durante los meses previos a su elegibilidad.

## Medicare Parte C

Los Planes Medicare Advantage, a veces llamados “Parte C” o “Planes MA” son ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare. Si usted se inscribe a un Plan Medicare Advantage, usted todavía tiene Medicare. Recibirá cobertura de Medicare Parte A (Seguro de Hospitalización) y Medicare Parte B (Seguro Médico) del Plan Medicare Advantage y de Medicare Original.

Los Planes Medicare Advantage son ofrecidos tanto por Kaiser como por Health Net. Si desea obtener más información acerca de estos planes, de cómo inscribirse y de lo que ofrecen, por favor, comunicarse con Kaiser o con Health Net.

## Medicare Parte D – No se inscriba

Para recibir cobertura para sus medicamentos de prescripción por parte del Plan de Salud para Jubilados de la UEBT, usted no puede estar inscrito en el programa de medicamentos de prescripción de Medicare Parte D.

Si usted está inscrito en la Parte D, deberá revocar su inscripción inmediatamente para evitar la suspensión de su cobertura de medicamentos de prescripción del Plan que ocurrirá el mismo día en que su cobertura Parte D se active.

Si usted está inscrito en Kaiser

Senior Advantage bajo el Plan de Salud para Jubilados de la UEBT y también se inscribe en un plan de medicamentos de prescripción de Medicare, usted será revocado automáticamente de su plan Kaiser Senior Advantage, tanto para cobertura médica como para medicamentos de prescripción.

## Recordatorios

- ¿Será elegible para Medicare pronto? Notifique a la oficina del Trust Fund previo a su fecha de entrada para asegurarse de que sus expedientes sean actualizados en forma veloz y eficientemente.
- Si usted tiene cobertura de un Plan Activo de UEBT a través de su cónyuge/pareja conviviente que está trabajando y se hace elegible a Medicare, usted no necesita inscribirse en la Parte B. No obstante, para usar el Plan para Jubilados de la UEBT, usted sí se tendrá que inscribir en Medicare Parte B.
- Todos los Jubilados discapacitados y sus cónyuge/pareja conviviente deberán inscribirse en Medicare Parte A y B (no en la Parte D), no obstante su edad.
- Los miembros deberán notificar a la oficina del Trust Fund si ellos o sus cónyuge/pareja conviviente discapacitados están inscritos en Medicare para que la oficina pueda coordinar y procesar los beneficios eficientemente.
- Si usted está inscrito en Medicare y el Plan de Salud para Jubilados de la UEBT, el Plan de Salud para Jubilados de la UEBT será la aseguradora principal para los reclamos donde usted haya alcanzado los beneficios máximos de Medicare para algunos servicios cubiertos.

# Lo que **No Duplicaciones de**

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.

**E**l 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, que está jubilado, tuvo 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, estamos asumiendo que Rafael ha cumplido con su deducible. Debido a que el Plan de la UEBT hubiera cubierto más del costo del procedimiento que tuvo Rafael (85% versus 70%), el Plan de la UEBT pagará 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

# Beneficios significa para usted

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, que está jubilada, tuvo 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 (después del deducible de Rosalinda). 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.
- 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.





# ¿Hay otro seguro disponible para usted y sus seres queridos?

## Comuníquese con el Trust Fund.

**E**s su responsabilidad notificar a la Oficina del Trust Fund si usted o su cónyuge/pareja conviviente y/o sus hijos(as) dependientes inscritos tienen otro seguro disponible a través del empleador actual o previo de ese individuo.

Usted deberá proporcionar al Trust Fund con la información de la otra aseguradora dentro de los 30 días para que los beneficios puedan ser coordinados adecuadamente.

### Multas podrían ocurrir

Si usted, su cónyuge/pareja conviviente o sus hijos(as) dependientes tienen otra cobertura grupal ofrecida a través de sus empleadores actuales o previos, tendrán que tomar la otra cobertura. Si no tiene otro seguro ofrecido por su empleador, está obligada(o) a proporcionar una carta (en papel membretado de su empleador) a el Trust Fund declarando que no se “ofrece” ninguna otra cobertura para gastos Médicos, Dentales y/o de la Vista.

Si usted no proporciona la carta en papel membretado de su empleador, o si elige no tomar la otra cobertura, habrá una reducción de 60% en el pago

aplicado al integrante de la familia que no tomó la otra cobertura que se le ha ofrecido.

**Nota:** Si la carta del empleador del(la) cónyuge/pareja conviviente o del hijo(a) dependiente se recibe después de que se haya procesado algún reclamo bajo la premisa del beneficio reducido en un 60%, estos reclamos no serán reprocesadas.

Cuando un jubilado(a), un(a) cónyuge/pareja conviviente o un hijo(a) dependiente tiene otra cobertura grupal basada en su propio empleo actual o previo que es un HMO, se le requiere a ese individuo use ese beneficio de HMO primero.

# Revise y actualice su información personal en [www.ufcwtrust.com](http://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](http://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.





## 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.

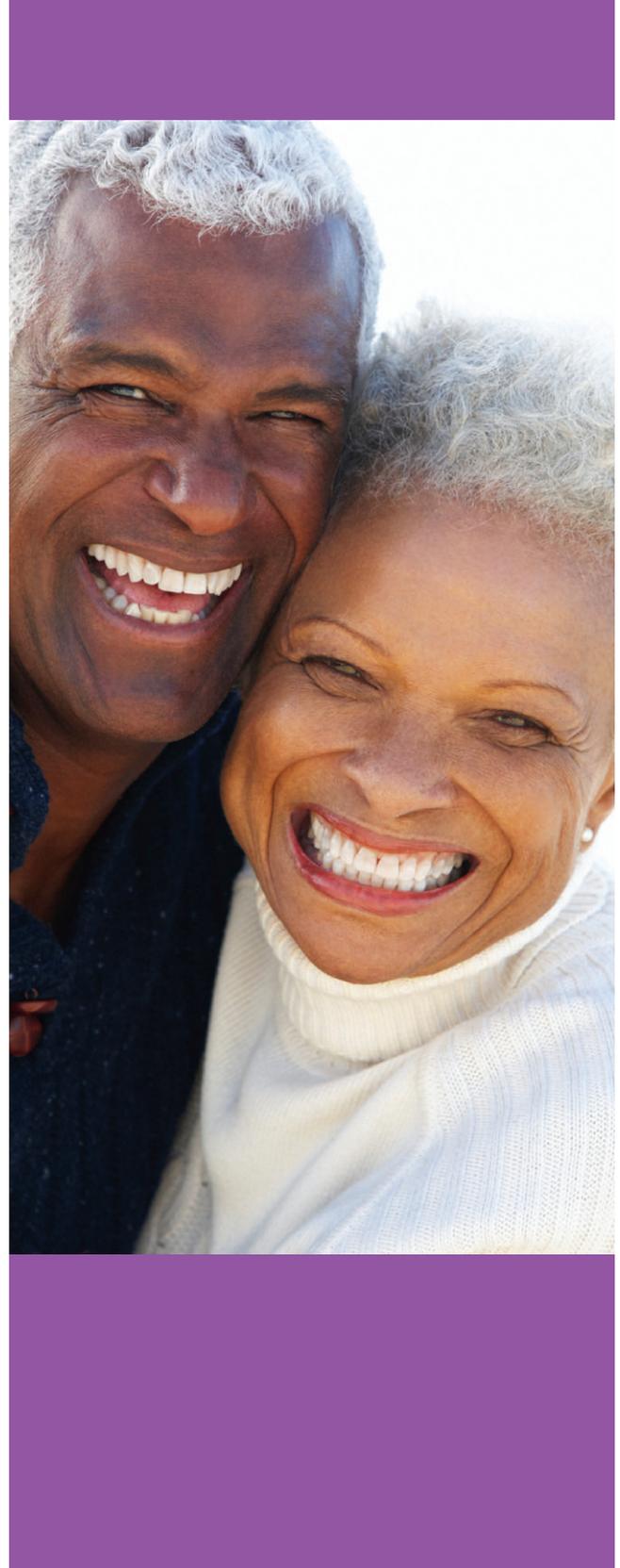
La Inscripción fue migrada a la Internet, en [www.ufcitrust.com](http://www.ufcitrust.com), donde más de 50,000 usuarios se registraron. La cantidad de miembros Jubilados y Activos que completó su Inscripción es la más elevada en la historia.

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 periodos 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.



## 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.