



El valor de sus beneficios

Esta es la segunda 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 (por sus siglas en Inglés UEBT) 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 cambió la atención de la salud en América.

Sobre este tema, vamos a dar una mirada a la variedad de Servicios Cubiertos por la UEBT y cómo la cantidad que usted paga por los servicios específicos cubiertos se compara con la cantidad pagada por otros Jubilados cubiertos en todo el país.

En los EE.UU., más de la mitad de los Jubilados no reciben seguro de salud por parte de sus Empleadores. Los Jubilados de la UEBT son afortunados de tener beneficios para evitar problemas financieros en caso de que una

(Por favor vea la página 2)

EN ESTE EJEMPLAR

¿Qué es el Formulario 1095-B?

PÁGINA 4

Hable con su médico antes de recibir servicios médicos

PÁGINA 5

Conozca sus plazos para presentar formas

PÁGINA 6

Convertirse en eligible para Medicare a los 65 años

PÁGINA 7

Aprenda más información acerca su pensión en línea

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 de sus beneficios **Parte 2**

(Continúa de la primera página)

enfermedad los afecte a ellos o a sus seres queridos. Los Jubilados trabajan duro para ganar estos beneficios con el fin de proteger a sus familias y proveer para su futuro.

BENEFICIOS LÍDERES EN LA INDUSTRIA PARA LOS JUBILADOS

Incluso entre otros Jubilados con seguro de salud en los EE.UU., la asequibilidad y la amplitud de los beneficios que disfrutaban los Jubilados de la UEPT se comparan muy favorablemente, y cubren cada aspecto de su bienestar.

Los exámenes preventivos, pruebas y exámenes a menudo están totalmente cubiertos para los Jubilados de la UEPT, incluyendo su examen físico anual, vacuna contra la gripe y el buen cuidado infantil. Consulte la Descripción Resumida del Plan (SPD por sus siglas en Inglés) para obtener más



El Plan de Jubilados UEPT ofrece una cobertura de salud de alta-calidad y bajos costos para Jubilados que los ayuda mantener buena salud en su retiro.

información sobre las limitaciones y disposiciones.

PPO Jubilados también tienen acceso a la experta asesoría médica las 24 horas en el teléfono a través de MedExpert, así como una amplia salud mental y el tratamiento de la dependencia química.

BENEFICIOS ADICIONALES

Como parte de sus beneficios de salud integral, la mayoría de los Jubilados de la UEPT tienen beneficios auditivos, de visión y beneficios dentales opcionales.

Los Jubilados sólo pagan un deducible de tan sólo \$10 para su examen anual de la vista cuando se utiliza un proveedor de VSP dentro de la red. También se incluye cobertura para el armazón y los lentes, hasta un máximo de \$165 para el armazón, bienalmente.

Los Jubilados PPO también reciben cobertura de ayuda(s) y exámenes de audición, hasta un pago máximo de \$800 para un examen y dispositivo(s) por un período de 36 meses. Los Jubilados HMO deben consultar su Evidencia de materiales de Cobertura para los detalles.

Para los beneficios dentales, los gastos relacionados con los servicios preventivos y de diagnóstico están completamente cubiertos. Los servicios básicos de restauración están cubiertos en un 60 por ciento por los servicios cubiertos, mientras que los servicios de restauración más importantes están cubiertos en un 50 por ciento.

Los beneficios mencionados anteriormente son sólo una



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

LOS BENEFICIOS QUE DISFRUTAN LOS JUBILADOS DE LA UEBT LÍDERAN EN LA INDUSTRIA.

parte de la cobertura de los amplios beneficios que gozan los Jubilados de la UEBT. La cobertura de podología, atención quiropráctica, acupuntura, equipo médico duradero y muchos otros servicios están disponibles para los Jubilados.

BIENESTAR ALENTADOR Y POSIBLE

A medida que el costo de la atención de la salud sigue creciendo, los planes de salud de todo el país se están centrando en los programas de bienestar general para animar a los participantes a utilizar no sólo los beneficios disponibles para ellos, sino también utilizar esos beneficios sabiamente.

Los beneficios que disfrutan los Jubilados de la UEBT lideran la industria, tanto en la amplia cantidad de servicios de salud disponibles cubiertos, así como en los bajos costos de bolsillo que los Jubilados pagan para poder acceder a estos servicios.

En la parte final del artículo del Valor de Sus Beneficios, vamos a ver cómo el intercambio de asistencia sanitaria — creado como parte de la Ley de Asistencia Asequible — afectará a sus beneficios, y cómo los beneficios ofrecidos por los intercambios se comparan con sus beneficios.

FUENTES

- **The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust Employer Health Benefits Annual Survey 2013 & 2014**
- **AARP.org**

Sus beneficios: ¿Cómo se comparan con otros planes?

Desde 1988 hasta el 2013, el porcentaje de Empleadores que ofrecían cobertura de salud para Jubilados disminuyó más de la mitad, del 66 por ciento a 28 por ciento.

UEBT: Los Participantes en el Plan de Jubilados UEBT continúan recibiendo una cobertura de salud fuerte como resultado de los acuerdos negociados colectivamente entre la Uniones y los Empleadores.

El costo promedio anual de seguro de salud en el 2015 (Contribuciones combinadas del Empleador y Jubilados) fue de \$12,000 para Jubilados antes de los 65 y \$5,000 para Jubilados elegibles para Medicare. En el 39 por ciento de los planes grandes patrocinados por el Empleador, se requiere que los Jubilados paguen o contribuyan el 100 por ciento del costo de su cobertura. En promedio, se requiere que los Jubilados aporten el 57 por ciento del costo de su cobertura, o \$6,840 por año.

UEBT: Para el Plan de Jubilados UEBT, la contribución de prima premium promedio para Jubilados que No Tienen Medicare es de \$3,300 por año, por familia, para los beneficios pagados promedios de \$12,500. Para los Jubilados elegibles para Medicare, la contribución de prima media anual es de \$900 para una cobertura única, por \$5,200 en beneficios pagados.

Cuando el costo de seguro de salud fue compartida entre Empleadores y Jubilados, la contribución media para Jubilados fue del 37 por ciento del costo de atención médica.

UEBT: Los Empleadores y los Jubilados comparten el costo del Plan de Jubilados UEBT. La contribución de los Jubilados es del 26 por ciento del costo para los Jubilados que No Tienen Medicare y 17 por ciento del costo para Jubilados que tienen Medicare — SUBSTANCIALMENTE más bajo que el promedio nacional del 37 por ciento.

Los Jubilados alrededor de los Estados Unidos, que se apoyan sólo en Medicare para sus beneficios de salud de jubilación, deben acudir a sus ahorros para poder cubrir los gastos para artículos que Medicare no cubre, tales como audífonos y anteojos.

UEBT: Los Participantes en el plan de Jubilados UEBT consiguen cobertura para los beneficios de audición y de visión, los cuales ayudan a cubrir los costos de los exámenes, dispositivos, monturas y lentes.

Los Jubilados inscritos en el plan de medicamentos Parte D de Medicare pagan una prima mensual promedio de \$40, o \$480 al año.

UEBT: Los Participantes en el Plan de Jubilados de la UEBT tienen cobertura acreditada a través del propio programa de medicamentos recetados de la UEBT, por lo tanto, los Jubilados de la UEBT no tienen que inscribirse en la Parte D de Medicare o pagar sus primas mensuales.



AVISO:
**¿QUÉ ES EL FORMULARIO 1095-B Y QUÉ ES LO QUE
HAY QUE HACER PARA MIS IMPUESTOS DEL 2015?**

En virtud de la Ley de Asistencia Asequible, todos los contribuyentes no exentos deben probar que tienen una cobertura mínima de seguro de salud que califica durante un año calendario con el fin de evitar el pago de una responsabilidad compartida individual, también conocida como una pena de impuestos sobre la renta.

El Formulario 1095-B es una forma de declaración de impuestos que generalmente indica el tipo de cobertura de seguro de salud que usted tiene, los Dependientes inscritos en su plan de seguro de salud, y el período de cobertura para el año calendario 2015 para usted y cada uno de sus Dependientes inscritos. Esta forma proporcionará la información básica que necesitará para verificar, en su declaración de impuestos, que usted y sus Dependientes inscritos tienen una calificación de cobertura de seguro de salud, al menos mínima, durante el año calendario.

La Oficina del Fondo de Fideicomiso le enviará por correo una copia de su Formulario 1095-B a principios del 2016. Usted también puede recibir un Formulario 1095-B adicional de su Compañía Médica (HMO), si es aplicable. El formulario 1095-B también se reporta electrónicamente al IRS directamente, pero asegúrese de mantener la copia del Formulario 1095-B para sus archivos.

Por favor, revise su Formulario 1095-B con

cuidado y verifique que la información en el formulario sea exacta. Si la información necesita ser actualizada, por favor, póngase en contacto con la organización que emitió el 1095-B para solicitar una forma actualizada. Por ejemplo, si el Formulario 1095-B que se le envió a usted por correo por parte de su HMO necesita ser actualizado, usted debe llamar a su HMO para recibir una forma actualizada. Si usted cree que es necesario hacer correcciones en el Formulario 1095-B que la Oficina del Fondo de Fideicomiso le envió, por favor, llame al Fondo de Fideicomiso al (800) 552-2400.

La información de la Forma 1095-B se reporta electrónicamente al IRS. Todas las comunicaciones y las formas que se reciben en el correo de la Oficina del Fondo de Fideicomiso en relación con cualquiera de los formularios de impuestos en virtud de la Ley de Asistencia Asequible, incluyendo este aviso, no están destinados a servir de asesoramiento fiscal. Por favor, póngase en contacto con su asesor de impuestos con preguntas al respecto de su obligación tributaria individual. Para obtener información adicional sobre el Formulario 1095-B y 1095-C, usted puede iniciar sesión en el sitio de Internet del IRS en:

<https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Questions-and-Answers-about-Health-Care-Information-Forms-for-Individuals>.



Jubilados PPO que No Tienen Medicare: Hable con su médico antes de recibir servicios médicos

Considérese un consumidor, así como un paciente, durante sus visitas al médico. Es su responsabilidad garantizar que la atención que reciba esté cubierta por su plan de salud.

¿EN LA RED?

Siempre asegúrese de preguntar al médico si él o ella es “un proveedor contratado de la red actual con Blue Shield of California.” No se limite a preguntar si él o ella aceptan su seguro.

El uso de un proveedor de Blue Shield PPO dentro de la red le asegura que usted reciba el descuento dentro de la red y evita que el proveedor le facture la diferencia entre el descuento de la red y los cargos reales facturados en los gastos cubiertos. Además, si usted tiene ingresos electivos, asegúrese de que el hospital es un hospital dentro de la red con Blue Shield con el fin de mantener sus costos bajos.

Si su médico le ordena una prueba de sangre, asegúrese de preguntar por qué es necesaria la prueba de laboratorio y sólo utilizar un laboratorio de Blue Shield dentro de la red. Los análisis de sangre estándar pueden costar entre \$150 y \$2,000. Usted puede reducir los gastos de su bolsillo si utiliza un laboratorio independiente dentro de la red versus un laboratorio en el departamento ambulatorio de un hospital u otro centro médico. Las pruebas de laboratorio de diagnóstico están sujetas a su deducible y co-seguro.

Mientras esté cubierto por Medicare, si su proveedor acepta la asignación de Medicare, este Plan pagará como secundario, como si el proveedor estuviera en la red PPO.

PREGUNTAS PARA SU MÉDICO

Aquí hay algunas preguntas adicionales para hacerle a su médico en su próxima visita. Las respuestas a estas preguntas podrían hacer una gran diferencia cuando se trata de sus gastos de bolsillo.

“Usted ha recetado un medicamento de marca que no aparece en mi Lista de Medicamentos Preferidos. ¿Necesito este medicamento específico?”

“Me ha referido a un especialista. ¿Es el especialista que usted está recomendando un proveedor actual de Blue Shield dentro de la red?”

Conozca sus plazos para presentar formas y ahorrar dinero

Con el fin de aprovechar al máximo los beneficios líderes de la industria que usted tiene como Jubilado de la UEPT, usted debe presentar la documentación necesaria a la Oficina del Fondo de Fideicomiso (TFO) cuando se produzca un evento importante en su vida. Saber los plazos para presentar los formularios importantes puede ayudar a evitar de gastos a su bolsillo y la pérdida de cobertura.

Mantenga en cuenta las siguientes fechas límites la próxima vez que se produzca un evento importante en su vida:

- **Nuevo Cónyuge o Pareja:** Notificar a la TFO dentro de los 90 días.

- **La pérdida de la cobertura del Cónyuge o Pareja Doméstica:** Notificar a la TFO dentro de los 60 días a partir de la pérdida de otra cobertura de grupo de su Cónyuge o Pareja Doméstica.

- **Recién Nacido:** Notificar a la TFO y presentar el Certificado de Nacimiento Emitido por el Condado dentro de los 90 días siguientes a la fecha del nacimiento (los Miembros de Kaiser: 60 días). Si usted no tiene el Certificado de Nacimiento Emitido por el Condado para estos plazos:

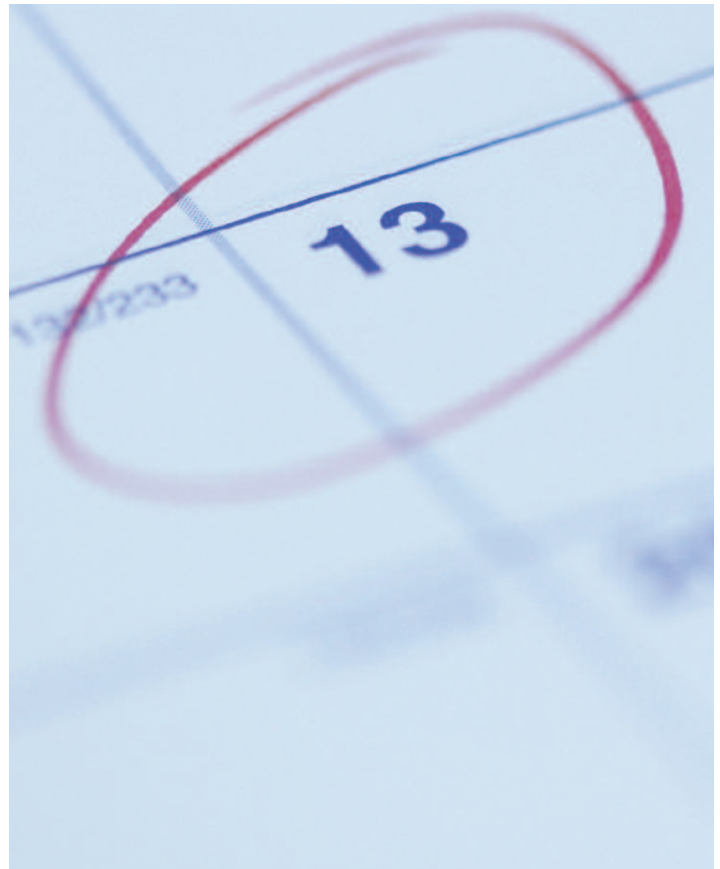
- Entregue el Certificado de Nacimiento Emitido por el Hospital y la prueba de que usted solicitó un Certificado de Nacimiento de su hijo con el Condado dentro de los 60 días siguientes a la fecha de nacimiento (para ambos, PPO y HMO) para una cobertura temporaria de seis meses que comienza con la fecha de nacimiento.

- El Certificado de Nacimiento Emitido por el Condado debe ser recibido por el TFO a más tardar 6 meses después de la fecha de nacimiento.

Si el Certificado de Nacimiento Emitido por el Condado no se ha presentado a tiempo, la cobertura para el recién nacido va a terminar el último día del sexto mes siguiente a la fecha de nacimiento del recién nacido y tendrá que esperar hasta la siguiente Inscripción Abierta para inscribir a su hijo.

Debido a posibles retrasos en la obtención del Certificado de Nacimiento por parte del Condado, asegúrese de solicitar el Certificado oficial tan pronto como sea posible, y **NO MÁS TARDE** de los 60 días después de la fecha de nacimiento, y guarde una copia de la prueba de su aplicación.

ENVIAR FORMULARIOS IMPORTANTES A TIEMPO PARA EVITAR GASTOS DE SU BOLSILLO Y PÉRDIDA DE COBERTURA.



- **Nuevo hijo adoptado o en adopción temporal:** Notifique a la TFO dentro de los 90 días (Miembros de Kaiser: 60 días) desde la fecha de la adopción del niño o adopción temporal.

- **La Pérdida de la Cobertura de un Hijo/a Dependiente:** Notifique a la TFO dentro de los 60 días de haber recibido la notificación de la pérdida de cobertura o 60 días de la pérdida de elegibilidad.



Convertirse en elegible para Medicare a los 65 años

Si se está acercando a los 65 años, usted pronto se convertirá en elegible para Medicare. Una vez elegible, usted tendrá que tomar varias decisiones sobre su cobertura. Podemos ayudarle a tomar las mejores decisiones para coordinar con su Plan de Jubilados de la UEFT.

Notifique a la Oficina del Fondo de Fideicomiso antes de su fecha efectiva para asegurarse de que sus registros se actualicen de forma rápida y eficiente. Usted y/o su Cónyuge/Pareja Doméstica, pueden — y deben — inscribirse en Medicare tres meses antes de cumplir los 65 años.

En los meses previos a este tiempo, usted debe investigar acerca de Medicare y sus planes relacionados.

LA COORDINACIÓN CON EL PLAN DE LA UEFT PARA JUBILADOS

Cuando usted llegue a ser elegible para Medicare, usted debe inscribirse en Medicare Partes A y B, pero no en la Parte D (El Fondo de Fideicomiso proporciona cobertura válida dentro de su programa de

medicamentos recetados).

Si usted y/o su Cónyuge/Pareja Doméstica tienen cobertura de Medicare, Medicare será su cobertura primaria. Este Plan será secundario a Medicare basado en la No-Duplicación de los Beneficios.

La inscripción en Medicare es necesaria a pesar de que usted esté también cubierto bajo el plan de Jubilados de la UEFT. Si no se inscribe en Medicare Partes A y B, usted será responsable de las reclamaciones totales o parciales que habrían sido pagadas bajo Medicare. Sus beneficios bajo el Plan de Salud de Jubilados de la UEFT se reducirán en beneficios estimados de Medicare, y los beneficios de la No-Duplicación todavía se aplicarán.

Si usted elige la opción de HMO bajo el Plan de Salud para los Jubilados bajo la UEFT y es elegible para Medicare, pero no se inscribe para Medicare Partes A y B, a usted se le dará de baja de la opción de HMO y será inscrito automáticamente en la opción de PPO con beneficios reducidos.

MEDICARE PARTE C Y D

Los Planes Medicare Advantage son

ofrecidos tanto por Kaiser como por Health Net. Si desea obtener más información sobre Medicare Parte C, incluyendo cómo inscribirse y lo que ofrecen, por favor, póngase en contacto con Kaiser o Health Net para obtener más información.

Con el fin de recibir cobertura de medicamentos recetados a través del Plan de Salud para Jubilados de la UEFT, usted no se puede inscribir en el programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

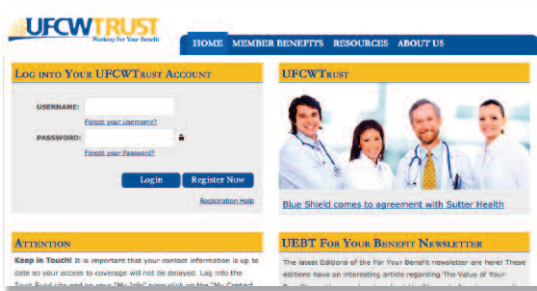
Si está inscrito en la Parte D, debe darse de baja de inmediato para evitar la cancelación de su cobertura de medicamentos con receta médica bajo el Plan, el día que su cobertura de la Parte D se active.

Si está inscrito en Kaiser Senior Advantage bajo el Plan de Salud para Jubilados de la UEFT y también se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, le darán de baja automáticamente de su plan Senior Advantage de Kaiser, tanto para la cobertura médica como para los medicamentos con receta.

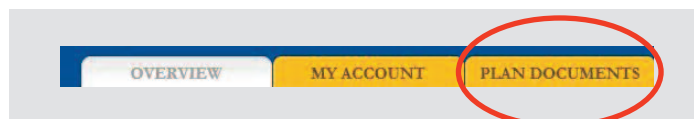
Aprenda más información acerca de sus beneficios de pensión visite ufcwtrust.com

Los Jubilados de la UEBT tienen acceso a información sobre sus Beneficios de Jubilación y Pensión en UFCWTRUST.COM.

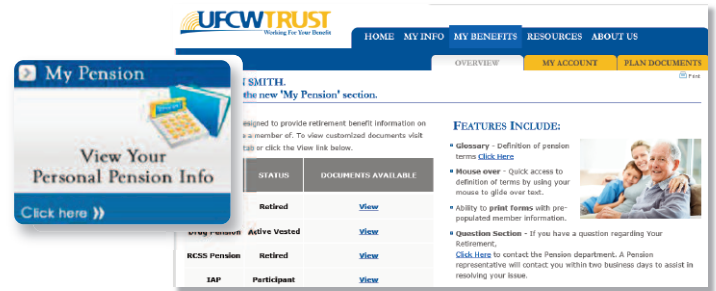
Acceda a su información personalizada siguiendo estos pasos:



1. ENTRE EN UFCWTRUST.COM. USTED LLEGARÁ A LA PÁGINA DE “MI INFORMACIÓN” (“MY INFO”). Se le mostrará su información personal. Confirme si su información personal es correcta y, si no es correcta, por favor, tómese el tiempo para actualizarla. Si necesita actualizar su dirección, números de teléfono o dirección de correo electrónico, usted puede hacer clic en la casilla de Mi Información de Contacto en la parte inferior derecha de la página para rellenar un formulario en línea de Cambio de Información de Contacto. Si necesita actualizar su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social o estado civil, puede ponerse en contacto con la Oficina del Fondo de Fideicomiso para actualizar sus datos según sea necesario.

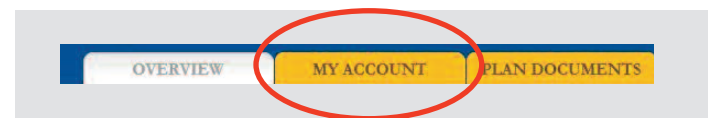


3. SELECCIONE LA PESTAÑA “PLAN DE DOCUMENTOS” (“PLAN DOCUMENTS”). Usted tendrá acceso a todos los documentos relacionados con los planes en los que es Miembro. Estos incluyen actualizaciones y avisos sobre cambios en sus beneficios, así como su Descripción Resumida del Plan y el Aviso Anual de Financiación.



2. SELECCIONE EL ÍCONO “MI PENSIÓN” (“MY PENSION”). Podrá ver un resumen de la información de su Beneficio de Retiro, incluyendo los fondos de los que usted es miembro, así como su estatus y enlaces a documentos personalizados.

También puede acceder a un glosario de términos de pensiones y enviar una pregunta al Departamento de Pensiones en Internet. Usted será contactado por un representante de pensiones dentro de dos días hábiles para poder ayudarlo a resolver su problema.



4. SELECCIONE LA PESTAÑA “MI CUENTA” (“MY ACCOUNT”). Si usted es un Jubilado que todavía no ha recibido la solicitud de Verificación anual de Pago de Pensiones, usted puede acceder aquí al formulario. También se puede acceder a sus declaraciones de impuestos 1099R y a la Verificación de los Documentos de Depósito.