



## La Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de PPO estará disponible en Internet

A partir del 1 de enero del 2019, los miembros de PPO y sus Cónyuges/Parejas de Hecho cubiertos podrán ver su Explicación de Beneficios (EOB) en Internet.

Para acceder a su EOB en Internet, simplemente inicie una sesión en **UFCWTRUST.COM**. En la información de Mi Página, seleccione el botón Mis Reclamaciones ubicado en la parte inferior de su pantalla. Allí podrá ver su EOB de reclamos de salud y su EOB de reclamos de licencia por enfermedad en cada pestaña correspondiente.

Tenga en cuenta que, si usted es Miembro de Kaiser HMO, su EOB vendrá de Kaiser, no de la Oficina del Fondo de Fideicomiso (TFO, por sus siglas en inglés), y no se mostrarán en el sitio de Internet del TFO.

(Por favor vea la página 2)

## EN ESTE EJEMPLAR

Las EOB de PPO pronto estarán en Internet  
**PÁGINAS 1–3**

Enero es el mes de la conciencia del glaucoma  
**PÁGINA 4**

Mantener la salud mental y comer bajo control  
**PÁGINA 5**

HRA para miembros de PPO  
**PÁGINAS 6 & 7**

Pregunte a su proveedor si los servicios son médicamente necesarios  
**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 teléfono del Departamento de Salud y Bienestar son de 7:30 de la mañana a 5:30 de la tarde, de Lunes a Viernes. O visítenos 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

# La Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de PPO estará disponible en Internet

(Continúa de la página 1)

Si usted está cubierto por el Plan PPO, cada vez que aproveche sus beneficios de salud y reciba servicios, ya sea un examen físico anual o una vacuna contra la gripe, el TFO crea una Explicación de Beneficios.

La EOB es una declaración que explica cómo se procesaron sus beneficios. Le ayuda a mantenerse informado sobre sus beneficios. **Una EOB no es una factura.**

## Cómo leer su EOB

Revise cuidadosamente su EOB para encontrar una descripción de los servicios que recibió, el monto facturado por dichos servicios, el monto que pagó el Plan, el monto de su coaseguro y cualquier monto que se haya aplicado para su deducible del año calendario. Es importante que usted revise detenidamente su EOB para ver si hay notas o explicaciones de las acciones que debe tomar.

Los Participantes deben obtener una EOB por cada servicio que reciben. Se le enviarán múltiples EOB si hay varios proveedores involucrados (por ejemplo: una cirugía

‘Es importante que usted revise detenidamente su EOB para ver si hay notas o explicaciones de las acciones que deba tomar.’

involucraría al hospital, al cirujano, a un anestesiólogo, a una o más enfermeras, etc.). Si no recibe una EOB del Fondo de Fideicomiso dentro de las cuatro a seis semanas posteriores a su servicio, comuníquese con su proveedor para asegurarse de que la reclamación se presente a tiempo.

En ocasiones, usted puede recibir una factura de su proveedor antes de recibir su EOB, pero su EOB generalmente llegará primero. Si usted recibe una factura, compare lo que su proveedor facturó con el monto que figura en su EOB para asegurarse de que coinciden. Si las dos cantidades no coinciden, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso llamando al (800) 552-2400.

La porción del paciente en la EOB puede incluir cualquier monto aplicado al deducible, copago, coaseguro y/o cargos no cubiertos. Usted puede ser responsable de la totalidad o una parte de los cargos por los servicios que recibe si visita a un proveedor fuera de la red o si recibe servicios médicos no cubiertos por el Plan, como los que se consideran experimentales o de investigación.

La siguiente página tiene una visita guiada a través de una EOB de muestra para ayudarlo a comprender toda la información disponible en estas declaraciones.

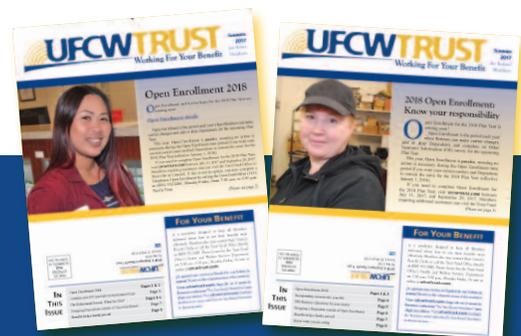


*For Your Benefit* es la publicación oficial de la UFCW & Employers Benefit Trust. Utilizando todos nuestros recursos, hemos logrado recompilar toda la información correcta referente a ciertos beneficios, pero este boletín informativo no incluye todas las disposiciones que lo gobiernan, sus limitaciones, 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](http://UFCWTRUST.COM)



## Comparta sus historias e ideas con la Oficina del Fondo

¿Le gustaría compartir una historia de cómo los beneficios de la UEBT marcaron una diferencia en su vida o para alguno de sus seres queridos?

¿Tiene algún tema relacionado con los beneficios del que quisiera poder aprender más en futuras ediciones de *For Your Benefit*?

Envíe su historia o ideas a [MemberProfile@ufcwtrust.com](mailto:MemberProfile@ufcwtrust.com). Podríamos comunicarnos con usted para obtener más información.

- 1 **Nombre y dirección** del Fondo de Fideicomiso que proporciona los beneficios.
- 2 **Nombre y dirección** del Participante. (Inicie una sesión en **UFCWTRUST.COM** para actualizar su información de contacto en cualquier momento).
- 3 **Información asegurada** enumera el nombre y el número de identificación del participante y el nombre del paciente.
- 4 **La información del proveedor** muestra el nombre del proveedor de atención médica, el número de reclamo del Fondo de Fideicomiso y el número de cuenta del paciente asignado por el proveedor.
- 5 **El Resumen de Pagos** resume la cantidad pagada al proveedor y/o al Participante. La porción del paciente es la cantidad que el paciente le debe al proveedor. Este monto incluye cualquier deducible, copago y/o coaseguro del paciente. También incluye cualquier monto cobrado en exceso de los beneficios máximos o por servicios no cubiertos. La Fecha de lanzamiento de la reclamación es la fecha en que se procesó el pago. Esta no es una factura.

- 6 **Fecha de Servicio** es la fecha en que el paciente recibió los servicios.
- 7 **Descripción** es un breve resumen de los servicios prestados.
- 8 **El Cargo** es el monto facturado por el proveedor por el servicio.
- 9 **El Descuento PPO** es la cantidad que usted y el Plan ahorraron al utilizar un proveedor de la red.
- 10 **No Cubierto** es el monto no cubierto por el Plan para un servicio o un monto que excede los cargos permitidos para un proveedor fuera de la red. Es posible que su proveedor pueda facturarle estos cargos.
- 11 **El monto cubierto** muestra los Cargos Permitidos para los servicios cubiertos.
- 12 **Deducción Aplicada** es el monto de los cargos cubiertos aplicados a su deducible por año calendario.
- 13 **El copago** es un monto fijo en dólares que paga por la atención médica cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.
- 14 **El Coaseguro** es su parte de los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la cantidad permitida para el servicio.
- 15 **Otro Seguro pagado** muestra el monto pagado por una aseguradora principal si el Paciente estaba cubierto por otro seguro.
- 16 **El Beneficio Total** indica el monto total pagado por el Plan.

- 17 **Todas las líneas** proporcionan información adicional sobre cómo se procesó la reclamación. Esta información es importante y puede incluir una solicitud de acción adicional por parte de un proveedor o del Participante.
- 18 **La Cuenta HRA** resume la cuenta de reembolso de salud del participante (HRA) para el año en curso (si el Participante está cubierto por un plan HRA). Muestra el saldo anterior, la cantidad aplicada según la reclamación actual y la cantidad restante en la cuenta HRA a partir de la fecha de impresión de la EOB. Las cuentas HRA solo se aplican a los Miembros Activos a menos que se retire con un saldo restante en su banco HRA, después de lo cual el saldo se puede usar para servicios hasta que se agote.
- 19 **El deducible y el desembolso directo hasta la fecha** resumen la acumulación de deducibles y desembolso del año hasta la fecha de la fecha en que se imprimió la EOB.

## CÓMO LEER SU EOB

**1** UFCW & Employers Benefit Trust  
P.O. Box 4100  
Concord, CA 94524-4100  
July 12, 2016

**313**

Explanation of Benefits  
Please keep this statement for your records

**2** Nombre y Dirección Del Participante

Insured Information	
Participant:	<b>3</b>
Participant ID:	
Patient:	
Patient ID:	

Provider Information	
Provider:	<b>4</b>
Claim #:	
Patient Acct No:	

Payment Summary	
Total Benefit:	<b>5</b>
Previously Paid:	
Overpayment Applied:	
Net Payment:	
Claim Released Date:	
Patient's Portion:	

Claim #	Service Date	Description	Charge	PPO Discount	Non-Covered	Deduct Covered	Co-Pay	Co-Ins	Other Ins. Paid	Total Benefit
1	05/19/2016	OFFICE VISIT	203.00	7.32	0.00	195.66	0.00	0.00	29.35	166.33
<b>Claim Total:</b>			203.00	7.32	0.00	195.66	0.00	0.00	29.35	166.33

**17** All Lines The allowed amount was reduced to the amount specified for this service in the health care network's fee schedule.

**18** HRA Account: The following information is based on ALL claims processed for this family as of this statement date: 07/12/2016

Year	Annual Funding	Previous Balance	Claim Deduction this claim	Current Balance
2016	1250.00	0.00	0.00	0.00
2015	1250.00	0.00	0.00	0.00
<b>Total HRA</b>				0.00

**19** Year-to-date Deductible and Out-of-Pocket:

The following information is based on ALL In-Network claims processed as of this statement date: 04/18/2016 for services in the 2016 calendar year

2016	Individual		Family	
	Year-to-Date	Remaining	Year-to-Date	Remaining
Deductible				
In-Network	389.04	510.96	1,289.04	560.96
Out-of-Pocket				
In-Network	0.00	2,000.00	381.85	5,618.15

\* Note: Deductible and Co-payment amounts do not apply to Out-of-Pocket limits.

Blue Shield of California, an independent member of the Blue Shield Association, provides administrative claims payment services only and does not assume any financial risk or obligation with respect to claims.



# Enero es Glaucoma Mes de la Concientización

Escrito por MedExpert

**E**l glaucoma es una enfermedad ocular con características específicas, como daño al nervio óptico y pérdida del campo visual. Si bien generalmente se asocia con un aumento de la presión dentro del ojo, identificado como presión intraocular (PIO), algunos pacientes con PIO de rango normal pueden desarrollar glaucoma.

La presión ocular normal varía de 12 a 22 mm Hg (milímetros de mercurio) y la presión ocular de más de 22 mm Hg se considera más alta de lo normal. La hipertensión ocular es el diagnóstico cuando la presión es más alta de lo normal pero la persona no muestra signos de glaucoma.

Si bien la presión ocular alta por sí sola no causa glaucoma, es un factor de riesgo. Las personas diagnosticadas con presión ocular alta deben someterse a un examen ocular completo y regular por parte de un profesional de la salud ocular para detectar signos de la aparición del glaucoma. El diagnóstico precoz y el tratamiento del glaucoma son la clave para prevenir la pérdida de la visión.

La pérdida de visión debida al glaucoma se produce cuando la presión ocular es demasiado alta para el individuo específico y daña el nervio óptico. Cualquier daño resultante no puede ser revertido. La visión periférica (lateral) generalmente se afecta primero. Los cambios en la visión pueden ser tan graduales que no se notan hasta que ya se ha producido una gran cantidad de pérdida de visión.

Con el tiempo, si el glaucoma no se trata, la visión central

también se reducirá y luego se perderá; esta es la forma en que la deficiencia visual debida al glaucoma se observa con mayor frecuencia.

Si se detecta a tiempo, el glaucoma se puede controlar y, con tratamiento médico y/o quirúrgico, la mayoría de las personas con glaucoma no perderán la vista.

La cirugía tradicional de glaucoma, como la trabeculectomía y los dispositivos de drenaje de glaucoma, son efectivos, pero están asociados con riesgos tales como visión doble, infecciones oculares, hinchazón de la córnea y PIO baja. Como resultado, muchos cirujanos demoran la cirugía de glaucoma hasta que los tratamientos menos invasivos, como los medicamentos y el tratamiento con láser, ya no son efectivos.

Los expertos en glaucoma están buscando cirugías alternativas para tratar el glaucoma. La cirugía de glaucoma mínimamente invasiva (MIGS, por sus siglas en inglés) se define mediante un enfoque micro-invasivo que causa un trauma tisular mínimo. MIGS se considera mucho más seguro y los pacientes se recuperan rápidamente. La literatura médica continúa debatiendo si los MIGS o la trabeculectomía tradicional son superiores.

Las decisiones finales sobre el tratamiento dependen de la experiencia del médico y de las características del paciente.

Para más información llame a MedExpert al (800) 999-1999.



## Mantener la salud mental y comer bajo control durante las vacaciones

Escrito por MedExpert

**L**a temporada de vacaciones debe estar llena de alegría y emoción! Aquí hay algunos trucos para evitar el estrés, la ansiedad y el exceso de comida durante las fiestas:

**Mantener una perspectiva positiva.** Gran parte de lo que contribuye a los problemas de salud durante las vacaciones se puede atribuir a la falta de luz solar y malos hábitos en vez de que la causa sea la época del año.

**Salga al aire libre.** No importa el clima, salga a caminar o correr. Tome el sol para evitar las trampas del trastorno afectivo estacional (SAD, por sus siglas en inglés), un trastorno que afecta a casi una de cada cinco personas durante los meses de invierno.

**Done su tiempo.** VSea voluntario en su iglesia local o programa comunitario. Las interacciones sociales elevan el ánimo de todos. Si la familia no está cerca, vaya a las casas de su vecino y comience su propio grupo “Holiday Potluck porque We Can.”

**Repita: “Soy una buena persona”** No se deslice en las viejas dinámicas familiares. Usted es una buena mamá o papá o hermano o hermana o hijo o hija.

**Y coma y beba, por alegría y sin arrepentirse.** Comience una fiesta con un vaso lleno de agua. Usted debe crear un objetivo de tener al menos un vaso o incluso dos vasos de agua antes de comenzar a beber alcohol. La mayoría de las personas están naturalmente nerviosas cuando comienza una fiesta y consumen alcohol para sentirse más cómodos. Si comienza con agua, saciará su sed, se dará la oportunidad de relajarse, llenarse un poco el estómago, disminuir la velocidad de los entremeses y consumir menos calorías al final de la noche.



## Cuentas de Reembolso de Salud para Miembros PPO

Una Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) es una cuenta para ayudar a los miembros elegibles a pagar su parte de los gastos de atención médica que no son pagados por el plan. Las HRA se establecerán para los Miembros PPO Premier, Ultra y Standard, elegibles el 1 de enero del 2019, en las siguientes cantidades:

### Plan Estandar

Empleado Individual, \$250;  
Empleado con Dependientes Inscritos, \$ 50.

Se agregará un crédito adicional de \$150 a su HRA en el 2019 si usted completa un Cuestionario de Riesgo para la Salud (HRQ) entre el 1 de febrero del 2019 y el 15 de marzo del 2019.

### Plan Ultra

Si usted está participando en el programa de bienestar (HCP):  
Empleado Individual, \$550;  
Empleado con Dependientes Inscritos, \$800.

Si usted no participa en el programa de bienestar (HCP): No hay créditos HRA para los Miembros Ultra que no participen en el programa de bienestar.

### Plan Premier

Si usted está participando en el programa de bienestar (HCP):  
Empleado Individual, \$700;  
Empleado con Dependientes Inscritos, \$1,250.

Si usted no está participando en el programa de bienestar (HCP): No hay créditos HRA para los Miembros Premier que no participen en el programa de bienestar.

(Por favor vea la página 7)



(Continúa de la página anterior)

La Oficina del Fondo de Fideicomiso (TFO) administrará las HRA y asignará créditos a cada cuenta elegible anualmente. Los Participantes Activos y los Cónyuges/Parejas de Hecho registradas en los planes Ultra o Premier PPO deben elegir participar en el programa de bienestar (HCP) y completar todos los Pasos de Acción necesarios para recibir créditos HRA.

### ¿A qué se puede aplicar mi saldo HRA?

Su saldo de la HRA se aplicará a los beneficios cubiertos en los que incurra su Plan UEBT para pagar los deducibles\* médicos, coaseguros, copagos médicos y copagos de medicamentos recetados preferidos. Si tiene una pregunta sobre si un gasto es reembolsable, llame al TFO.

A diferencia de una cuenta bancaria regular, usted no puede realizar depósitos en su HRA ni retirar fondos de ella. Su HRA no gana intereses y no se puede invertir. Las contribuciones de HRA son libres de impuestos para usted.

**Los créditos de HRA no utilizados se transfieren al próximo año, siempre que siga siendo elegible según el Plan.**

Si se jubila y tiene cobertura en virtud del plan de Salud

y Bienestar de Jubilados de la UEBT, su saldo de créditos HRA acumulados como Miembro Activo se utilizará para pagar los gastos elegibles hasta que se agote su HRA.

Para obtener detalles sobre lo que sucede con su cuenta HRA y sus créditos cuando usted tiene una interrupción en la cobertura o su cobertura finaliza, consulte la Descripción resumida de su plan (SPD).

### Exclusiones

Su HRA no puede utilizarse para reembolsar los siguientes gastos:

- Pagos de primas (como COBRA)
- Gastos excluidos del programa médico y de medicamentos recetados del plan (como procedimientos cosméticos y copagos para medicamentos no preferidos)
- Las cantidades que exceden los límites anuales en dólares del plan (por ejemplo, si su beneficio quiropráctico tiene un límite anual de \$500, no puede usar sus créditos HRA para pagar atención quiropráctica adicional.)

\*La No Duplicación de Beneficios establece que el Fondo de Fideicomiso no emitirá el pago cuando la cantidad permitida primaria exceda la cantidad permitida del Fondo de Fideicomiso.



## Pregunte a su proveedor si los servicios son médicamente necesarios

**L**a Necesidad Médica se define como “servicios y suministros de atención médica aceptados proporcionados por entidades de atención médica adecuados para la evaluación y el tratamiento de una enfermedad, afección, dolencia o lesión y de acuerdo con el estándar de atención aplicable.”

Ciertos servicios médicos no son rutinarios. Estos servicios requieren que un proveedor de atención médica presente los motivos médicos a Blue Shield of California (BSCA) y a Blue Shield of California para determinar si un servicio médico solicitado cumple con los criterios predeterminados para una enfermedad, afección, dolencia o lesión.

Si Blue Shield determina que los servicios no son médicamente necesarios, se rechazarán las reclamaciones de dichos servicios.

La revisión médica es completada por el personal de administración médica capacitado de BSCA. Este personal es supervisado por un director médico que toma la decisión final sobre la idoneidad de los tratamientos.

### Pre-autorización y más

Para ciertos servicios y tratamientos, los proveedores solicitarán una autorización previa de BSCA para garantizar que, una vez que se reciba la aprobación, se presten los servicios y se pueda esperar el pago de estos.

Para cualquier reclamo en el que se requirió una autorización, pero no se obtuvo, o si los servicios excedieron una autorización en términos de tiempo de estadía o nivel de tratamiento, los reclamos por esos días o servicios no autorizados tendrán su reclamo denegado

y no se pagará por ello. Se emitirá parte de la reclamación.

Los proveedores tienen el derecho de apelar las denegaciones de Necesidad Médica con BSCA. Nuevamente, el Director Médico toma la determinación final sobre la validez de estas apelaciones.

Los Miembros pueden apelar las determinaciones negativas de Blue Shield of California siguiendo el proceso de apelación. Consulte su Resumen de Descripción del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) para más detalles.

Si su proveedor de atención médica tiene preguntas sobre si un tratamiento es médicamente necesario o requiere una autorización previa, comuníquese con el Departamento de Administración Médica de Blue Shield of California al (800) 541-6652.