



## Cómo Ganar Dinero HRA En Todos Los Planes Niveles: ¡Miembros del Plan Estándar Actúen Ahora!

**M** **ie**mbros **E**stándar: Se agregará un crédito adicional de \$150 a su HRA en 2020 si completan un Cuestionario de Riesgo de Salud (HRQ) en línea (y \$50 más si su Cónyuge también completa el suyo) entre el 1 de febrero de 2020 y el 15 de marzo de 2020.

(Por favor vea la página 4)

### EN ESTE EJEMPLAR

Estándares: ¡Complete su HRQ y ahorre dinero!

**PÁGINAS 1&4**

Inscripción Abierta 2020: ¡Todavía tiene tiempo!

**PÁGINA 2**

Ahora disponible: Pagos con tarjeta de crédito en el TFO

**PÁGINA 3**

Nueva HRA para Miembros de Kaiser HMO Premier

**PÁGINA 5**

Nuevo programa de farmacia maneja el dolor de manera segura

**PÁGINA 6**

¡Envíe su Licencia por enfermedad de California en línea!

**PÁGINA 7**

PPO y HMO y Beneficios de Coordinación

**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 8 de la mañana a 5 de la tarde\*, de Lunes a Viernes. O visítenos en la red [WWW.UFCWTRUST.COM](http://WWW.UFCWTRUST.COM).

\*Nuevo horario a partir del 13 de enero de 2020

#### VALOR FUNDAMENTAL DEL FONDO: EMPATÍA

Escucharemos y valoramos  
los sentimientos de los demás

# Inscripción Abierta 2020: ¡todavía tiene tiempo!

Se **requiere** que todos los Miembros Activos de UEBT completen sus Pasos de Inscripción para ser elegibles y mantener la cobertura para ellos y sus dependientes inscritos (si corresponde) para el año del plan 2020.

**Si los Miembros Activos no completan los Pasos de Inscripción requeridos, ellos y sus inscritos Dependientes serán retirados de la cobertura para el Año del Plan 2020, efectivo a partir del 1 de enero de 2020.**

Para completar los Pasos de Inscripción necesarios, inicie una sesión en **UFCWTRUST.COM** y haga un clic en el botón “Carrito de compras,” ubicado en la página “Mi información.” Revise su cobertura y sus Dependientes cubiertos. Si hay ningún cambio en sus Portador o Dependientes actuales, puede hacer clic en el botón “Pasos de Inscripción Rápida,” si aún está disponible.

Si usted tiene cambios en sus Aseguradores, o desea agregar o eliminar Dependientes, deberá hacer clic en el botón “Pasos completos de inscripción” y realizar los cambios necesarios.

Cuando utilice cualquiera de los métodos, deberá completar una actualización de Otra Información de Seguro (OII) para usted y cualquier Dependiente cubierto.

## Obteniendo ayuda

Hay varias maneras en que los Miembros pueden obtener asistencia para completar sus Pasos de Inscripción. Los Miembros pueden acceder a tutoriales en línea en **UFCWTRUST.COM**, visitar las oficinas del Fondo de Fideicomiso o llamar a TFO al (800) 552-2400.

Los Miembros pueden visitar la Oficina del Fondo de Fideicomiso (TFO) en Roseville o Concord de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m., hora del Pacífico, para completar sus Pasos de Inscripción durante sus visitas sin cita previa.

Para cualquier otra pregunta, o para completar sus Pasos de Inscripción por teléfono, llame al TFO al (800) 552-2400 de lunes a viernes, entre las 8 a.m. y las 5 p.m.\*, hora del Pacífico. Si tiene preguntas sobre Pasos de Bienestar, puede llamar a MedExpert al (800) 999-1999, entre las 7 a.m. y las 7 p.m., hora del Pacífico.

**\*Nuevo horario a partir del 13 de enero de 2020**



*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**



## 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 un 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**. Podríamos comunicarnos con usted para obtener más información.



## Ya disponible: Pagos con tarjeta de crédito en la Oficina del Fondo de Fideicomiso

**L**as Oficinas del Fondo Fideicomiso en Concord y Roseville ahora aceptan pagos de primas médicas con tarjeta de crédito para los que acuden sin cita previa.

Las máquinas de tarjetas de crédito están disponibles en el mostrador de recepción de cada oficina. Todas las principales tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, American Express, Discover) serán aceptadas con una identificación válida emitida por el gobierno.

Puede pagar las tarjetas de crédito COBRA, Salud y Bienestar para Jubilados (RHW) y las primas de atención médica para Dependientes de Miembros Activos con tarjeta de crédito en las oficinas de Concord y Roseville. Todos los demás pagos al Fondo deben hacerse con cheque.

La Oficina del Fondo de Fideicomiso todavía permite que las primas de dependientes activos se paguen con tarjeta de crédito a través de **UFCWTRUST.COM**. Para hacerlo, inicie sesión en su cuenta, seleccione la pestaña “Recursos” y luego “Pago.” Asegúrese de seleccionar el mes por el que realiza el pago.

**Nota: Las primas COBRA o RHW no se pueden pagar en línea.**

# Cómo Ganar Dinero HRA En Todos Los Planes Niveles: ¡Miembros del Plan Estándar Actúen Ahora!

(Continúa de la página 1)

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 no pagados por el plan.

Las HRA se establecerán para los miembros elegibles PPO Premier, Ultra y Estándar el 1 de enero de 2020, en las siguientes cantidades:

## PLAN ESTÁNDAR

- Empleado individual, \$250;
- Empleado con dependientes inscritos, \$350.

## PLAN ULTRA

Si participa en el Programa de Bienestar (HCP):

- Empleado individual, \$550;
- Empleado con dependientes inscritos, \$800.

Si no participa en el Programa de bienestar (HCP):

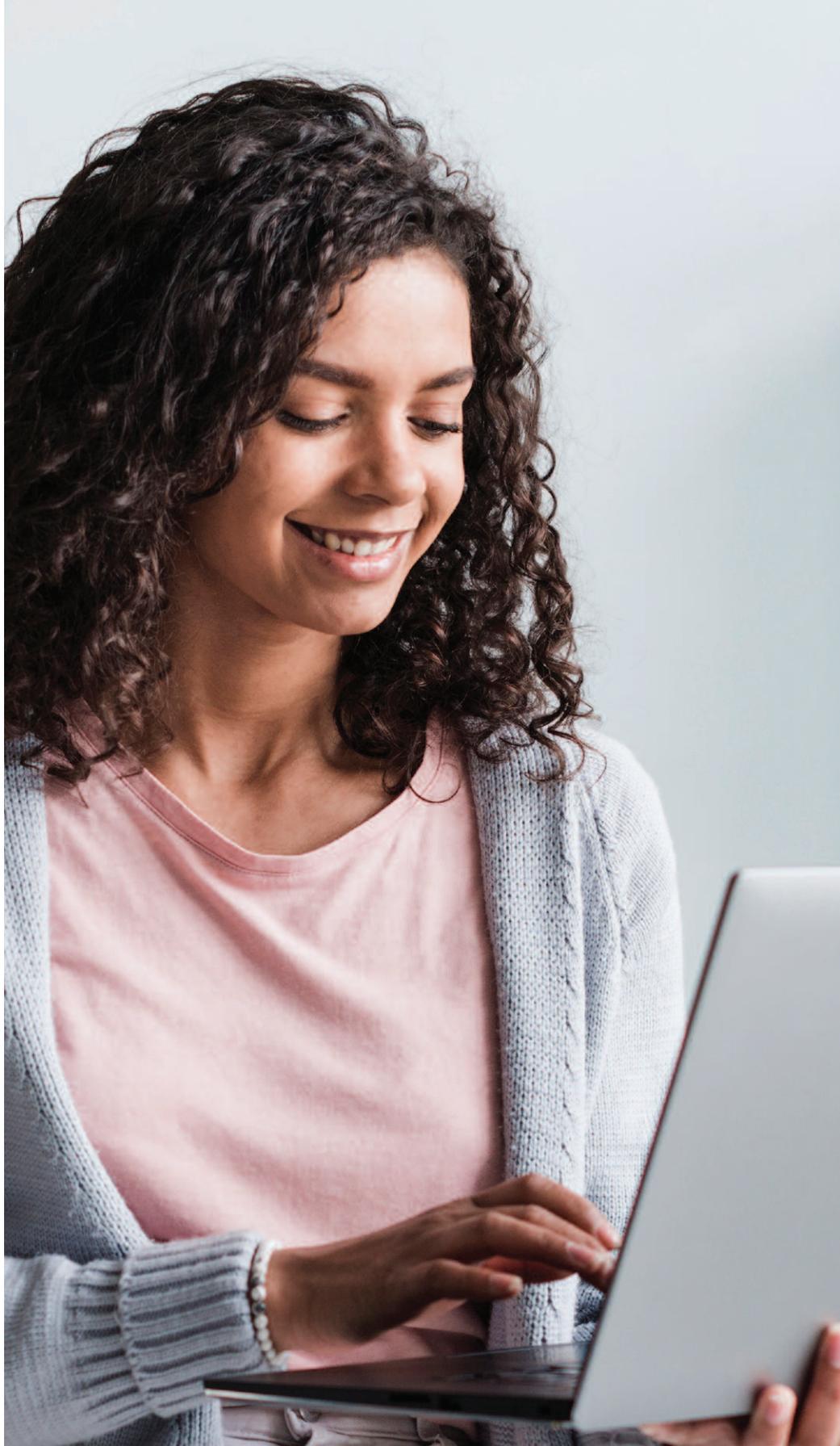
No hay créditos HRA para Miembros Ultra que no participen en el Programa de Bienestar.

## PLAN PREMIER

Si participa en el Programa de Bienestar (HCP):

- Empleado individual, \$700;
- Empleado con dependientes inscritos, \$1,250.

Si no participa en el Programa de Bienestar (HCP):



No hay créditos HRA para Miembros Premier que no participen en el Programa de Bienestar.

**Note:** No se emiten créditos HRA para Miembros Ultra o Premier que no

estén participando en el Programa de Bienestar (HCP). La finalización de su HRQ es parte de los Pasos de Bienestar necesarios para participar en el Programa de Bienestar (HCP).

# Nueva HRA para Miembros de Kaiser HMO Premier

De acuerdo con los requisitos de informes de ERISA, el artículo titulado “Nueva HRA para miembros Premier de Kaiser HMO” constituye un Resumen de Modificación de Material, que modifica la información contenida en la Descripción resumida del plan con respecto a la sección Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) que comienza en la página 26 de la Descripción del Plan de Resumen UEBT actual. Lea atentamente el artículo titulado “Nueva HRA para Miembros Premier de Kaiser HMO” en esta página y consérvelo con su Descripción resumida del plan y otra información del Plan. Si existe alguna discrepancia entre la Descripción resumida del plan y este Resumen de Modificación de Material, regirán las disposiciones de este Resumen de Modificación de Material. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de enmendar, modificar o terminar 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 al (800) 552-2400.

**E**l 1 de enero de 2020 se establecerá una HRA para los Miembros del Plan Premier inscritos en Kaiser, que hayan completado los Pasos de Inscripción 2020 y que sean elegibles y participen en el Programa de Bienestar UEBT (HCP) en 2020.

Por lo tanto, si usted es un Miembro del Plan Premier que eligió a Kaiser, y usted y su familia han completado los Pasos de Bienestar durante la Inscripción Abierta 2020 para permitirle participar en el Programa de bienestar UEBT (HCP) durante el Año del plan 2020, una HRA se establecerá para usted en el TFO a partir del 1 de enero de 2020.

Si usted se cambia del Plan PPO al Plan Kaiser mientras le quedan fondos en su HRA, no perderá estos fondos restantes de la HRA. Cualquier cantidad restante en su HRA cuando se cambie del Plan PPO a Kaiser se podrá usar mientras está cubierto por Kaiser.

Para poder utilizar los fondos de la HRA mientras está inscrito en Kaiser, usted y los miembros de su familia deben completar y firmar una Autorización HIPAA de Kaiser que le permite a Kaiser compartir información de reclamos con la TFO. **Tenga en cuenta que para utilizar cualquiera de los fondos de la HRA, cada Miembro Inscrito de la unidad familiar (Miembro más cualquier Cónyuge/ Pareja doméstica cubierta e Hijos Dependientes mayores de 18 años, si corresponde) deberá completar y enviar una Autorización HIPAA de Kaiser por separado a la TFO.** La TFO trabajará con Kaiser para obtener información sobre reclamos y enviará reembolsos cuando se utilicen los fondos de la HRA.

## Detalles de la HRA

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 Domésticas Registradas en los planes Ultra o Premier PPO participan en el Programa de Bienestar (HCP) al completar todos los requisitos de Pasos de Bienestar necesarios para recibir créditos anuales de HRA.

Su saldo de HRA se aplicará para pagar deducibles médicos\*, coseguros, copagos médicos y copagos de medicamentos recetados preferidos en beneficios cubiertos. Si tiene alguna pregunta sobre si un gasto es reembolsable a través de su HRA, llame a la TFO.

A diferencia de una cuenta bancaria normal, usted no puede realizar depósitos en su HRA ni retirar fondos de ella. Su HRA no genera intereses y no puede invertirse. Las contribuciones de HRA están exentas de impuestos.

**Los créditos HRA no utilizados se transfieren al próximo año, siempre que usted siga siendo elegible para el Plan, y complete un formulario de Autorización HIPAA de Kaiser.**

Si usted se jubila y tiene cobertura bajo el plan de Salud y Bienestar de Jubilados UEBT, su saldo de créditos HRA acumulados como Miembro Activo se usará para pagar los gastos elegibles hasta que se agote su HRA. Si deja de participar en el Plan de Bienestar (HCP) y tiene créditos HRA no utilizados, estos créditos se seguirán utilizando para gastos elegibles hasta que se agote su HRA.

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

*\* La No Duplicación de Beneficios establece que el Fondo de Fideicomiso no emitirá pagos cuando el monto principal permitido exceda el monto permitido del Fondo de Fideicomiso.*

## Exclusiones

Su HRA no se puede usar 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 por medicamentos no preferidos)
- Cantidades que exceden los límites anuales en dólares del Plan (por ejemplo, si su beneficio quiropráctico tiene un límite anual de \$500, usted no puede usar sus créditos HRA para pagar un cuidado quiropráctico adicional)
- El dinero de la HRA no se puede usar de manera retroactiva (es decir, los fondos para 2020 no se pueden usar en las reclamaciones de 2019)



## El nuevo programa de farmacia ayuda a que los Miembros se sientan seguros cuando enfrentan dolor

**A**lgunos Miembros del Plan UEBT pueden tomar medicamentos para controlar el dolor, ya sea por una lesión o procedimiento reciente o por una afección crónica.

Los medicamentos opioides se recetan ampliamente para tratar estos tipos de dolor, y cuando se manejan adecuadamente pueden proporcionar resultados positivos.

Sin embargo, los Miembros están en riesgo de adicción a estos medicamentos si no se administran adecuadamente. Para ayudar a prevenir la adicción y promover el uso seguro de medicamentos para el dolor, el Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM) de su plan de salud ha creado un nuevo programa para proteger a los Miembros al evitar la dosificación excesiva y las combinaciones peligrosas de medicamentos.

El Programa de Control del Dolor EnvisionCare ayudará a los Miembros a recibir los medicamentos para el dolor que necesitan mientras reduce el riesgo de abuso.

El programa aborda el abuso de opioides de tres maneras:

**Prescripción más inteligente.** Los Miembros nuevos en opioides recibirán cantidades más pequeñas para comenzar. Los medicamentos de menor concentración se administrarán primero como una opción, y se requerirá autorización previa para las recetas de dosis más altas.

**Guardias en la farmacia.** Los trabajadores de la farmacia se comunicarán con EnvisionRx sobre recetas frecuentes o altas de opioides para reducir el uso y evitar la distribución de combinaciones peligrosas de drogas.

**Comunicaciones mejoradas.** Una ventana de recarga abreviada para ciertos medicamentos y otros métodos ayudará a identificar a los Miembros que puedan necesitar intervención. El programa abordará la seguridad del Miembro a través de la comunicación con él o ella, el proveedor y la farmacia.

El programa EnvisionCare Pain Management tiene como objetivo combinar varios métodos para tratar eficazmente el dolor con opioides.



## ¡Envíe su licencia por enfermedad de California en línea!

**L**os Miembros pueden encontrar el saldo más preciso de sus horas bancarias de Licencia por Enfermedad en el sitio web de la Oficina del Fondo de Fideicomiso (TFO) en [UFCWTRUST.COM](http://UFCWTRUST.COM).

El formulario de solicitud de Licencia por Enfermedad de California ahora está disponible en el sitio web detrás del inicio de sesión, lo que permitirá a los Miembros presentar en línea automáticamente un reclamo por este beneficio.

### ¿Qué es el beneficio de Licencia por Enfermedad de California (SLC)?

La Licencia por Enfermedad de California es un

beneficio de licencia por enfermedad exigido por el estado de California. Es un beneficio anual y tiene un límite de 24 horas o tres días, lo que sea mayor (dependiendo de la cantidad de turnos que un miembro haya perdido).

Los Miembros pueden tomar la Licencia por Enfermedad pagada de California para los siguientes propósitos: su propio diagnóstico, atención o tratamiento de una afección de salud existente, o atención preventiva para un empleado o un familiar de un empleado. Los miembros de la familia incluyen al padre, hijo, cónyuge, pareja doméstica registrada, abuelo, nieto y hermano del empleado.

Los Miembros pueden solicitar la licencia por enfermedad de California por un mínimo de dos horas y no pueden solicitar fechas futuras. Para utilizar este beneficio, los Miembros deben estar empleados actualmente y haber estado empleados durante al menos 90 días naturales. En caso de que su empleador o el TFO paguen tiempo por enfermedad en virtud de la licencia por enfermedad de California, se deducirá de su banco de licencia por enfermedad. **Tenga en cuenta que si usted es un Cortador de Carne temporal, debe comunicarse con su propio empleador.**

**El Beneficio de Licencia por Enfermedad de California administrado por el Fondo de Fideicomiso reembolsa a los Miembros por tiempo de enfermedad elegible hasta un máximo de 24 horas o tres días por año, lo que sea mayor.** Su recibo de sueldo de su empleador puede indicar que tiene una cantidad diferente de Licencia por Enfermedad de California disponible. Además, la tasa salarial que figura en su recibo de sueldo como utilizada para fines del beneficio de Licencia por Enfermedad de California no es necesariamente la tasa salarial en el recibo de sueldo del Miembro. La tasa salarial de SLC la proporciona su Empleador.

Las horas de Licencia por Enfermedad de California se deducen de su banco de Licencia por Enfermedad. El número mínimo de horas que un Miembro puede solicitar por un reclamo de Licencia por Enfermedad de California es de dos horas.

Dependiendo de la cantidad de horas trabajadas y el Beneficio de Licencia por Enfermedad que acumule, el uso de su SLC o su Licencia por Enfermedad habitual de la industria puede afectar su elegibilidad para un Pago de Licencia por Enfermedad. Esto se debe a que los Miembros que usan el beneficio pueden no cumplir con el requisito de tener 360 horas acumuladas en su Banco de Licencia por Enfermedad al 31 de diciembre.

# PPO, HMO y Beneficios de Coordinación

**C**on los años, usted probablemente se haya familiarizado con el término “HMO,” pero ¿qué significa realmente? ¿No es cada seguro un HMO? ¿Por qué le debe importar?

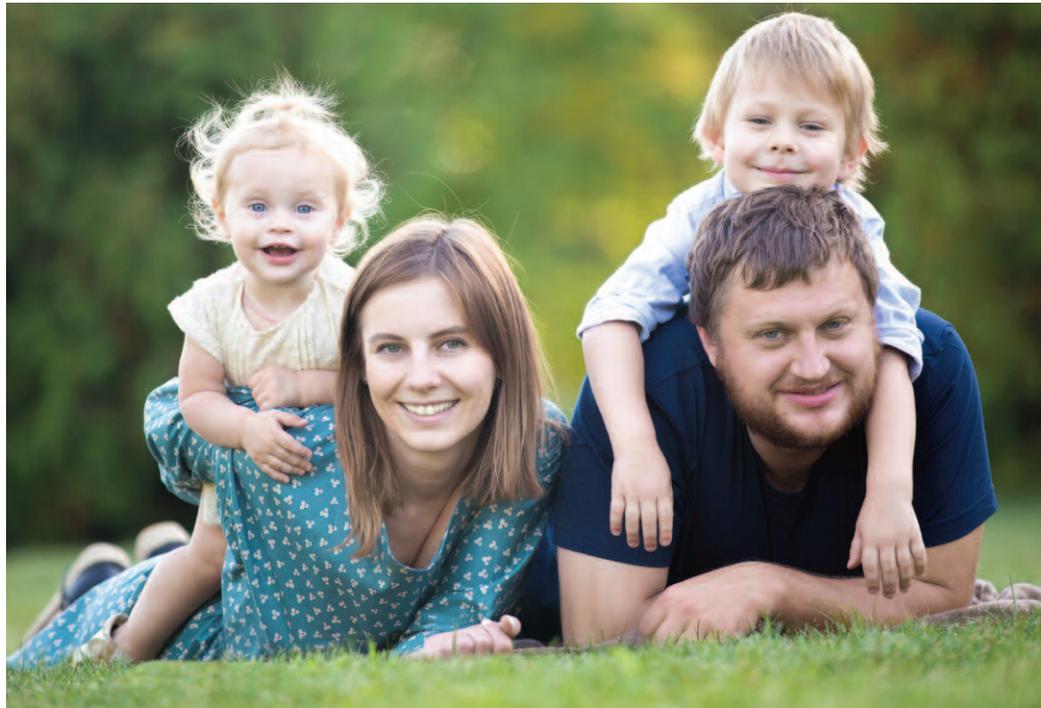
Las respuestas a estas preguntas afectan cómo usted entiende y usa su seguro. Comencemos con lo que es una HMO: una Organización para el Mantenimiento de la Salud (comúnmente conocida como HMO) es una red cerrada de médicos, hospitales e instalaciones entre las cuales usted elige un médico de atención primaria (PCP). Su PCP coordinará su atención y tratamientos y lo derivará a especialistas dentro de la red HMO cuando sea necesario. La red suele ser limitada y exclusiva para los Miembros de la HMO. Kaiser Permanente es un ejemplo de una HMO con la que muchos están familiarizados.

¿Cómo se compara una HMO con un plan PPO? Una PPO, u Organización de Proveedores Preferidos, es una red abierta con un mayor número de médicos, hospitales e instalaciones. Usted puede usar cualquier proveedor de su elección, pero generalmente pagará menos cuando use un proveedor dentro de la red en comparación con un proveedor fuera de la red.

Si un Miembro o un Dependiente cubierto por el plan UEPT también está cubierto por otro plan de salud, el UEPT aplica las reglas de Coordinación de Beneficios para determinar qué plan paga primario y qué plan paga secundario.

¿Cómo aplica el UEPT sus reglas de Coordinación de Beneficios (COB) cuando uno de los planes es una HMO? Al seguir estas reglas básicas, puede determinar qué seguro es primario (es decir, cuál pagará primero):

- **Si usted, el Miembro, tiene cobertura UEPT PPO y su Cónyuge también lo cubre en su propio plan de seguro de salud (HMO u otro), su plan PPO será el plan principal para sus reclamos.**
- Si tanto usted como su Cónyuge (o ex Cónyuge) cubren a sus Hijos Dependientes, la Regla de Cumpleaños de los padres determinará qué plan es el plan principal. La Regla de Cumpleaños dice que el plan del padre con el primer



cumpleaños en un año se usa como el plan principal.

Estos son algunos ejemplos de la Regla de Cumpleaños:

1. El Miembro (cumpleaños el 3 de enero) tiene el plan Blue Shield of CA PPO; su Cónyuge (cumpleaños el 28 de abril) tiene el plan Kaiser HMO a través de su empleo y tanto el Miembro como el Cónyuge cubren a sus Hijos Dependientes.

- El plan principal para el Miembro y los Hijos Dependientes es el plan Blue Shield of CA PPO.

- El plan principal para el Cónyuge es el plan Kaiser HMO.

- El Miembro y los Hijos Dependientes deben usar la red PPO siempre que sea posible.

- El Cónyuge debe usar la red Kaiser HMO.

2. El Miembro (cumpleaños el 2 de febrero) tiene el plan Blue Shield of CA PPO; su Cónyuge (cumpleaños el 28 de enero) tiene el plan Kaiser HMO y ambos cubren a sus Hijos Dependientes.

- El plan principal para el Miembro es el plan Blue Shield of CA PPO.

- El plan principal para el Cónyuge y los

Hijos Dependientes es el plan Kaiser HMO.

- El Miembro debe usar la red PPO siempre que sea posible.

- El Cónyuge y los Hijos Dependientes deben usar la red Kaiser HMO.

- **El plan Blue Shield of CA PPO es SIEMPRE principal para los Miembros Activos inscritos en el Plan PPO cuando:**

- El Miembro tiene el plan Blue Shield of CA PPO, su Cónyuge tiene el plan Kaiser HMO, y ambos se cubren entre sí en virtud de sus planes.

- El Miembro deberá usar un proveedor PPO dentro de la red para todos los servicios de atención médica.

- El Cónyuge deberá usar su red Kaiser HMO (o cualquier otro seguro) para sus servicios de atención médica.

Conocer y comprender estas reglas y cómo se le aplican a usted y a sus Dependientes Cubiertos puede ayudarlo a elegir los proveedores correctos, generando resultados en los reclamos de pagos más rentables para usted y su familia.