

# Southern California Lumber Industry Welfare Fund

Established Jointly by Employers and Local Unions

Telephone (562) 463-5080 ♦ (800) 824-4427 ♦ Facsimile (562) 463-5894

Noviembre 2019

**PARA: Todos los participantes elegibles en el Plan – Opciones del Plan Managed Care**

## **INSCRIPCION ABIERTA ANUAL**

Cada año, los participantes elegibles en el Fondo tienen la oportunidad de seleccionar entre los Planes Médicos ofrecidos por el Fondo de Salud. **Si usted desea cambiar su plan médico o plan dental en esta ocasión, el cambio cobrará vigencia el 1 de Enero, siempre y cuando que haya completado el formulario de inscripción y de selección de planes y lo haya regresado a la Oficina Administrativa antes de Noviembre 22. Si no desea hacer ningún cambio, no es necesario que someta la forma de inscripción en este momento.**

## **NUEVOS EMPLEADOS**

Si usted es un nuevo empleado o fue transferido a este plan, de otro plan de beneficios, usted debe completar una forma de inscripción y selección de plan. Usted debe completar y devolver la forma de Inscripción y Selección de Plan si usted desea tener la cobertura del dependiente. Si usted es elegible para beneficios dentales, usted será inscrito en el Plan Dental de beneficios fijos a menos que usted elija diferentemente en su forma de Inscripción y Selección de Plan. La elegibilidad para sus dependientes no puede ser verificada hasta que ellos hayan sido inscritos. **Usted tiene que proveer copias de documentación (acta de matrimonio y /o actas de nacimiento) para verificar y confirmar la elegibilidad de sus dependientes. En adición usted bah a tener que proveer el numero de seguro social para cada uno de sus dependientes.**

## **SELECCION DE PLANES MEDICOS**

La Junta de Sindicos ha diseñado el programa de beneficios para ofrecerle alternativas que le permitan elegir las coberturas que mejor se ajustan a las necesidades suyas y de su familia. Incluido en este aviso se encuentra una de ocho páginas Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) para cada opción de plan médico ofrecido por el Fondo. Los SBC's, junto con un Glosario Uniforme explicando los términos comúnmente utilizados en la cobertura de seguro de salud, la intención es ayudarle a elegir su cobertura y comparar los beneficios y términos de cada opción de plan médico en una manera fácil de entender. Las páginas siguientes contienen información que le ayudará a usted a tomar las mejores decisiones sobre sus beneficios de cuidado de salud. El Fondo le ofrece **dos** planes médicos para seleccionar:

- ▶ Kaiser (HMO)
- ▶ Plan Medico de Indemnidad Preferido

**Kaiser** tiene sus propios centros medicos, doctores, enfermeras y otros proveedores de servicios médicos. Con el **Plan Medico de Indemnidad Preferido**, usted puede escoger su doctor, hospital o centro medico; sin embargo el plan incluye deducible, cuotas y penalidades substanciales cuando no se siguen los procedimientos para contener los costos de el plan.

## **SELECCION DE PLANES DENTALES**

**IMPORTANTE: LOS BENEFICIOS DENTALES ESTÁN DISPONIBLES SÓLO SI SU EMPLEADOR PARTICIPA EN EL PROGRAMA DENTAL PAGANDO POR LAS CONTRIBUCIONES DENTALES.**

El Fondo le ofrece **dos** planes dentales para su selección:

- ▶ United Concordia
- ▶ Plan Dental de beneficios Fijos

**United Concordia** es un plan prepagado. Usted debe inscribirse en una oficina dental de United Concordia y recibir todo su tratamiento dental en esa oficina. Cada uno de sus dependientes puede escoger una oficina dental diferente. Con **el Plan Dental de Beneficios Fijos**, usted puede ir al dentista que usted quiera. Sin embargo hay limitaciones y los beneficios son pagados de acuerdo al beneficio fijo.

## **INSTRUCCIONES PARA INSCRIPCION**

Si decide cambiar de planes, por favor comuníquese con la Oficina Administrativa y solicite un paquete de inscripción. Al recibir el material, complete y devuelva el formulario de inscripción a la Oficina administrativa antes de **Noviembre 22, 2019**. Usted bah a recibir una carta de parte de la Oficina Administrativa confirmando los cambios de inscripción.

Usted puede solicitar a renunciar a la participación en el plan de Salud del fondo siempre y cuando puede probar que tiene otra cobertura de salud de grupo establecida. Con el fin de renunciar a la cobertura que se ofrece a través de este fondo de Salud debe completar un formulario de renuncia y presentar prueba de otra cobertura al Fondo. Información adicional y el formulario de renuncia están disponibles en la Oficina administrativa.

Por favor revise este material con mucha atención. La selección que usted haga ahora determinará los beneficios para el cuidado de su salud para el próximo año. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la selección y el procedimiento de inscripción, favor de llamar a la Oficina Administrativa al (562) 463-5080.