

Central States Joint Board Health & Welfare Trust Fund

245 Fencil Lane ~ Hillside, Illinois 60162 ~ 312-738-0822 o 1-800-258-6466

Tarifas Nuevas de Contribución Compuesta y Sistema Nuevo de Tarifas Escalonadas de Contribución Efectivo el 1^{ro} de enero, 2019

Estimado Participante:

Como la Junta Directiva para el Central States Joint Board Health & Welfare Trust Fund, nos complace proveerles a usted y a sus dependientes beneficios del cuidado de salud. Con el costo del cuidado de salud aumentando continuamente, sabemos lo importante que son estos beneficios para usted y su familia.

Como usted sabrá, cuando usted trabaja para un empleador que contribuye al Fondo, se hacen contribuciones al Fondo a su favor para darle a usted, y a cualquiera de sus dependientes elegibles, cobertura del Plan de Salud y Bienestar.

Sistema Nuevo de Tarifas Escalonadas de Contribuciones – Usted Tendrá que Elegir un Nivel de Cobertura

Si usted está cubierto bajo un acuerdo de negociaciones colectivas que ha adoptado el sistema nuevo de tarifas.

Usted tiene la opción de elegir:

- Cobertura para el Participante solamente;
- Cobertura para el Participante más hijos; o
- Cobertura para el Participante más el cónyuge;
- Cobertura para el Participante mas familia (la cual incluye cobertura para su cónyuge e hijos).

Como con cualquier cambio en su cobertura, si se agrega o cancela cobertura para un dependiente cierta documentación debe ser proporcionada. Por favor, tenga en cuenta que las tasas de cotización se revisan periódicamente y están sujetas a cambio en cualquier momento. También tenga en cuenta que si decide no optar cobertura durante la inscripción abierta en Diciembre que su tasa escalonada actual permanecerá para el año siguiente, salvo un caso calificado.

POR FAVOR OBSERVE: Las tarifas de contribución se determinan basándose en el costo de proveer cobertura. Cada empleador, por medio del proceso de negociaciones colectivas, determina si la cantidad de la contribución entera es pagada por el empleador o si es compartida entre el empleador y el participante. Sus tarifas de la contribución negociada colectivamente se indican en su formulario de registro.

Cobertura de Dependes para hijos hasta la edad de 26 años.

Individuos quienes la cobertura haiga terminado, o cobertura ha sido rechazada (o que no fueron elegibles para la cobertura), porque no esta disponible la cobertura de depende de hijos o que haiga terminado antes de llegar al los 26 años de edad son elegibles para inscribirse con Central States Joint Board del Fondo de Salud y Bienestar.

Individuos pueden solicitar inscripción para sus hijos durante el mes de Diciembre. Inscripción sera efectivo 1de Enero 2019. Para mas informacion ponerse en contacto con Lynette Allen Gerente del plan.(312) 738-0822 (800) 258-6466

El depende de hijos seran elegibles para cobertura hasta la edad de 26 años. Igual cuando ellos no vivan con usted o depender de usted para su respaldo.

Sin embargo el hijo depende si esta empleado no es elegible para beneficios si el o ella es elegible para recibir cobertura por su empleador o por el empleador de su conyuge.

Cobertura Anual

Generalmente, la cobertura que usted elija será efectiva en la fecha del 1^{ro} de enero y ese nivel de cobertura permanecerá en efecto hasta el 31 de diciembre de ese año (siempre que usted permanezca elegible a la cobertura). Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, usted puede cambiar su cobertura su elección de cobertura. Usted está permitido a:

- Añadir cobertura para sus dependientes elegibles si usted:
 - ◆ No registro a un dependiente elegible porque su dependiente tenia otra cobertura y la otra cobertura se termina (incluyendo una perdida de cobertura debido a alcanzar el máximo de un Plan); o
 - ◆ Se casa o adquiere un hijo dependiente nuevo (por medio de nacimiento, adopción, o colocación para adopción).
- Termina cobertura para sus dependientes elegibles si su:
 - ◆ Dependiente pierde la elegibilidad para la cobertura del Plan, tal como su hijo dependiente alcanzando la edad del limite o al terminar su estado de estudiante de tiempo completo, el fallecimiento de su cónyuge, o su divorcio de su cónyuge; o
 - ◆ El dependiente es cubierto bajo otro plan, incluyendo Medicare.

Usted tendrá que solicitar un cambio en la cobertura dentro de 60 días desde la fecha del evento que lo califica a para este registro especial (según se describe anteriormente). Si usted no le notifica a la Oficina del Fondo dentro de 60 días del evento, tendrá que esperar hasta el próximo período de registro en diciembre para solicitar un cambio. Por lo tanto, es muy importante que usted le notifique a la Oficina del Fondo tan pronto sea posible para solicitar un registro especial. Por ejemplo, si usted elige cobertura para el participante más cónyuge y usted se divorcia subsecuentemente, mientras que su ex cónyuge pueda ser elegible a elegir y pagar para el mismo por cobertura de continuación de COBRA, si usted no le notifica a la Oficina del Fondo dentro de 60 días, su tarifa de la contribución mensual **no se le reducirá** a la cantidad de participante solamente.

Tenga en Cuenta: Periodo de inscripción es del 1 de Diciembre al 31 de Diciembre, con un cambio de elección para ser efectivo el 1 de Enero del ano siguiente.

Lo que Necesita Hacer

Si usted es elegible al sistema nuevo de tarifas escalonadas de contribución, usted recibirá un formulario de registro. Durante este registro inicial, y cualquier registro subsiguiente:

- Considere sus opciones para determinar el nivel de cobertura que sea mejor para usted, y su familia, si es aplicable.
- Complete el formulario de registro y regréselo a su Departamento de Recursos Humanos.
- Enviar la inscripción completo a la oficina de fondo _____.

Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con la Oficina del Fondo.

Sinceramente,
Junta Directiva

Este anuncio sirve como un Resumen de Modificaciones de Materiales (SMM) y contiene puntos salientes de ciertos aspectos del Plan. Detalles completos están contenidos en los documentos que establecen las disposiciones del Plan. Si hay alguna diferencia entre los términos aquí y en los documentos que establecen el Plan, el lenguaje del documento gobernará. Los Fiduciarios se reservan el derecho de enmendar, modificar, o terminar el Plan en cualquier momento.

Central States Joint Board Health & Welfare Trust Fund

245 Fencil Lane ~ Hillside, Illinois 60162 ~ 312-738-0822 o 1-800-258-6466

Formulario de Registro

Por favor complete, firme, y regrese éste formulario a la Oficina del Fondo. Favor de imprimir toda la información.

Información del Empleado

Nombre Completo del Empleado: _____ #SS del Empleado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono de la Casa: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Compañía: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Genero M F

Elección del Nivel de Cobertura

Yo elijo el siguiente nivel de cobertura bajo el Central States Joint Board Health & Welfare Trust Fund:

Empleado Solamente, con una tarifa de contribución mensual de \$ _____

Empleado Más Hijos, con una tarifa de contribución mensual de \$ _____

Empleado Más Cónyuge, con una tarifa de contribución mensual de \$ _____

Empleado Más Familia (Cónyuge e Hijos), con una tarifa de contribución mensual de \$ _____

Información del Dependiente

Proporcione toda información para los dependientes elegibles que serán cubiertos bajo el Plan (añada información adicional atrás, si es necesario).

Nombre Completo (Primer, Segundo - Iniciales, Apellido)	Relación	Sexo		Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Marque si vive con Empleado
		F	M			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		__/__/__	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		__/__/__	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		__/__/__	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		__/__/__	<input type="checkbox"/>

Autorización del Empleado

Yo entiendo que si elijo no cubrir a un dependiente en este tiempo, no podré registrar a mi dependiente hasta el próximo período de registro, a menos que sea necesario un registro especial. Al seleccionar un nivel de cobertura, al firmar, y someter éste formulario, yo entiendo que ésta elección permanecerá en efecto hasta el final del año civil por la que éste formulario es firmado y yo autorizo la tarifa aplicable de contribución para esta cobertura, si la hay, que se descuenta de mi cheque de pago. **Por el presente, certifico que la información en éste formulario, es verídica, correcta, y completa, según mi entender. Yo entiendo que cualquier declaración intencionalmente falsa en éste formulario es un crimen federal que es castigado por multas o encarcelamiento.**

Nombre del Empleado (imprimir): _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

El completar éste formulario de registro no es una garantía de elegibilidad o beneficios.

_____ Initials of Company Representative for approval of enrollment form due to change, addition or open enrollment.

Divulgación acto del recién nacido

Planes de salud de grupo y emisores de seguros médicos generalmente no pueden, bajo la ley federal, restringir los beneficios para cualquier longitud de la estancia hospitalaria en relación con el parto para la madre del recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe las madres de los recién nacidos proveedor a cargo, previa consulta con la madre de alta o al recién nacido antes de las 48 horas (O 96 horas según sea aplicable). En todo caso, los planes y los emisores no podrán bajo la ley federal, requiere que el proveedor obtenga autorización del plan o el seguro emisor para la prescripción de una longitud de no permanecer más de 48 horas (O 96 horas).

WHCRA Aviso De Inscripción

Si ha tenido o va a tener una mastectomía usted puede tener derecho a ciertos beneficios bajo cáncer de la salud y los derechos de las mujeres actúan de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura será proporcionada en la forma determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, Para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo el Linfedema.

Estos beneficios se proporcionaran de conformidad con los mismos deducibles y coseguro aplicable a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Por lo tanto, se aplican las siguientes deducibles y coseguro:

El fondo cubre el 80% del costo razonable y habitual de procedimientos realizados dentro de la red y fuera del área tras un individuo cumple su \$ 700 dólares el año calendario deducible o después que la familia cumple un año calendario \$2,100 del deducible.