

# Beneficios de un vistazo

Actualización  
Junio 2023

## NORTHWEST LABORERS-EMPLOYERS HEALTH & SECURITY TRUST

La elegibilidad del banco de horas bajo el Plan de Beneficios de este Fideicomiso entrará en vigencia cuando usted satisfaga los requisitos de elegibilidad. Una vez que se cumplan los requisitos mínimos de elegibilidad de 350 horas, usted será elegible para los beneficios médicos y beneficios de prescripciones recetados proporcionados por el plan. Cobertura para odontología, visión, de vida y pérdida personal se hace efectiva una vez que usted ha cumplido el requerimiento de 1.000 horas. Un resumen de las reglas de elegibilidad del Banco de horas se puede encontrar en la parte posterior de este folleto.

Los beneficios de un vistazo ofrecen una breve descripción de los beneficios proporcionados por la oficina de beneficios del Trust. Una descripción completa de todos las reglas de elegibilidad, beneficios, definiciones, limitaciones y exclusiones se encuentra en el folleto oficial del plan, incluyendo los resúmenes de modificaciones de materiales. Recibirá un folleto del plan y una tarjeta de identificación en el correo durante su primer mes de elegibilidad.

La red de proveedores de Primera Blue Cross se puede encontrar en [premera.com/sharedadmin](http://premera.com/sharedadmin) o llamando al (800)-810-2583.

### BENEFICIOS MÉDICOS

### DENTRO DE LA RED

### FUERA DE LA RED

#### DEDUCIBLE ANUAL

Individual  
Familia

\$500  
\$1,500

\$500  
\$1,500

#### MÁXIMOS GASTOS DE BOLSILLO DE COBERTURA PARA MÉDICOS Y DE MEDICAMENTOS ESPECIALES

Individual  
Familia

\$4,500  
\$4,500

Ilimitado  
Ilimitado

#### MÁXIMO ANUAL

Ilimitado

Ilimitado

#### VISITAS AL CONSULTORIO MÉDICO

\$20 co-pago entonces  
85% después del deducible

\$20 co-pago entonces  
70% después del deducible

#### LABORATORIO Y RADIOLOGÍA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

85% después del deducible

70% después del deducible

#### SERVICIOS HOSPITALARIOS EN EL HOSPITAL

Los beneficios se reducirán \$150 si usted falla en pre-autorizar hospitalizaciones no emergencia

85% después del deducible

70% después del deducible

#### SALA DE EMERGENCIAS

El copago no se aplica si la visita está dentro de las 24 horas de una lesión accidental o por un enfermedad amenazadora

\$150 co-pago entonces  
85% después del deducible

\$150 co-pago entonces  
85% después del deducible

#### UPRISE - PROGRAMA DE ASISTENTE

DE MIEMBRO DE NWL - El Programa de Asistencia para Miembros de NWL - Entrenamiento y terapia a corto plazo, servicios financieros y legales, acceso a crisis 24/7 disponible.

100% sin deducible - 5 visitas por emisión, por miembro de la familia, por año

#### TELADOC

Médico y Dermatología – Salud Conductual para participantes mayores de 18 años. Los médicos certificados por la Junta proporcionan diagnóstico y tratamiento por teléfono o videollamada.

\$0 co-pago, sin deducible

#### CIRUGÍA AMBULATORIA

85% después del deducible

70% después del deducible

#### AMBULANCIA

Al hospital más cercano solamente

85% después del deducible

85% después del deducible

#### CUIDADO RUTINARIO Y PREVENTIVO

Un examen físico rutinario por año de calendario; exámenes anuales de cáncer, cuidado del bebé, inmunizaciones y vacunas.

100% sin deducible

70% después del deducible

**BENEFICIOS MÉDICOS****DENTRO DE LA RED****FUERA DE LA RED****EMBARAZO**

Parto, servicios para pacientes hospitalizados  
Y atención postnatal

85% después del deducible

70% después deducible

**PROGRAMA DE RECURSOS DE MATERNIDAD BESTBEGINNINGS**

Para los participantes elegibles, si usted se inscribe y completa la encuesta de embarazo dentro de las primeras 16 semanas de embarazo, ellos recién nacidos deducible anual será eximido por el año de nacimiento. Para inscribirse, descargue la aplicación BestBeginnings en el Tienda de aplicaciones de Google Play o Itunes. También ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente de Trust Office para solicitar una versión en papel de la encuesta.

**SERVICIOS DE TERAPIA****FÍSICA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

Hasta 100 días después de accidentes, accidente cerebrovascular o cirugía. Todas las demás condiciones, o después de los primeros 100 días, las visitas se limitan a 30 visitas por calendario año.

85% después del deducible

70% después del deducible

**TERAPIA CARDIOPULMONAR Y****REHABILITACIÓN DEL HABLA**

Sólo para restaurar el habla perdida después de una lesión o enfermedad

*NOTA: Las limitaciones enumeradas en los servicios de terapia no se aplican al tratamiento de las condiciones de desarrollo enumeradas en el manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM).*

85% después del deducible

70% después del deducible

85% después del deducible

70% después del deducible

**MANIPULACIONES ESPINALES**

24 visitas por año calendario-participantes  
12 visitas por año calendario-dependientes

85% después del deducible

70% después del deducible

\$25 máximo beneficio por visita

\$25 máximo beneficio por visita

**CUIDADO DE LA SALUD MENTAL**

Visitas a la oficina

Internado

\$20 co-pago entonces

85% después deducible

85% después deducible

\$20 co-pago entonces

70% después deducible

70% después deducible

**TRATAMIENTO DE USO DE SUSTANCIAS**

Visitas a la oficina

Internado

\$20 co-pago entonces

85% después del deducible

85% después del deducible

\$20 co-pago entonces

70% después del deducible

70% después del deducible

**LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**

*Este es una lista abreviada de exclusiones. Un Listado completo de beneficios, reglas de elegibilidad, limitaciones Y exclusiones está en el folleto.*

- Servicios no médicamente necesario
- Los servicios o suministros que son experimental o de investigación, con excepción a lo que es proveído por el Affordable Care Act
- Aborto (electivo)
- Infertilidad, incluyendo técnicas de asistencia a fertilización
- Reversión de esterilización voluntaria
- Cuidado custodial
- Educación o Pruebas vocacionales
- Programas de ejercicio
- Pérdida de cabello, excepto hasta una peluca siguiente la pérdida de cabello sea debido a quimioterapia
- Servicios de cosméticos y suministros
- Las complicaciones de tratamientos no cubiertos
- Cuidado y tratamiento, incluidos los medicamentos recetados para la obesidad, la pérdida de peso o el control dietético.
- Gastos relacionados con la donación de órganos destinatarios a no miembros
- Viaje y gastos de alojamiento
- Gastos de lesiones o enfermedad resultado de tomar voluntariamente o estar bajo la influencia de cualquier sustancia controlada, droga alucinógena o narcótico no administrado por el
- Lesión ocupacional o enfermedad
- Gastos relacionados con lesiones o enfermedades causada por un tercero donde hay oportunidad de recuperación
- Cobertura gubernamental. Cuidado y servicios por un programa o agencia financiado por gobierno
- Gastos relacionados con lesiones o enfermedades mientras participa en actos ilegales incluyendo DUI
- Manipulación espinal / atención quiropráctica; para condiciones no neuromusculares

## Resumen de los Beneficios de Prescripción Recetados

El Plan tiene contrato con un administrador de beneficios farmacéuticos, OptumRx para proporcionar recetas a un precio reducido a través de las farmacias minoristas participantes. OptumRx proporciona la opción de compra por correo de farmacia.

### FARMACIA PARTICIPANTE

### CO-PAGO GENÉRICO

### CO-PAGO DE MARCA

Hasta un suministro de 30 días o 100 unidad de docis \$5 \$15 más 15% del saldo

### FARMACIA NO PARTICIPANTE

### CO-PAGO GENÉRICO

### CO-PAGO DE MARCA

Hasta un suministro de 30 días o 100 unidad de dosis usted DEBE pagar por la prescripción y enviar una reclamación a OptumRx para Reembolso. \$15 más 50% del saldo \$15 más 50% del saldo

### OPCIÓN DE FARMACIA DE PEDIDO POR CORREO

### CO-PAGO GENÉRICO

### CO-PAGO DE MARCA

Para prescripciones de mantenimiento hasta 100 días o dosis de suministro unitaria de 300 Sin co-pago \$15 más 15% del saldo

### OPCIÓN DE BENEFICIOS DE FARMACIA MINORISTA – OptumRx

Una vez que usted sea elegible para los beneficios, usted puede localizar las farmacias minoristas en la red OptumRx visitando su sitio web en [www.optumrx.com](http://www.optumrx.com); o llame al servicio al cliente de OptumRx al (888)-354-0090.

### OPCIÓN DE BENEFICIOS DE FARMACIA MINORISTA – OptumRx

Los medicamentos recetados cubiertos, comprados en las farmacias no participantes serán reembolsados al 50% de los cargos cubiertos después de un copago de \$15. Usted debe pagar la prescripción en la farmacia y someter un formulario de reclamación con el recibo de prescripción a OptumRx, para su reembolso. Los formularios de reclamación se pueden obtener llamando al servicio al cliente de OptumRx al (888)- 354-0090.

### OPCIÓN DE BENEFICIO DE FARMACIA DE PEDIDO POR CORREO – OptumRx

Esta opción está disponible a través de OptumRx para medicamentos de mantenimiento (aquellos que se toman durante largos períodos de tiempo, como medicamentos a veces prescritos para enfermedades cardíacas, presión arterial alta, asma, etc.). Las recetas se rellenan enviando por correo o enviando la prescripción de su médico por fax a OptumRx. Para preguntas sobre la opción de pedido por correo, comuníquese con OptumRx al (888)-354-0090.

### PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y PARA DEJAR DE FUMAR TABACO COMPRADOS SOBRE EL MOSTRADOR

La oficina del Trust pagará 100% del costo de un número limitado de medicamentos de venta sobre el mostrador y productos para dejar de fumar aprobados por la FDA. Pueden aplicarse limitaciones.

- Aspirina: cuando es prescrito por un médico para la prevención de la enfermedad cardiovascular para los hombres y mujeres 55 a 79 años de edad.
- Ácido fólico: cuando es prescrito por un médico para las mujeres hasta la edad de 50.
- Cesación de Tabaco: productos aprobados por la FDA para dejar de fumar y prescritos por un médico, incluyendo medicamentos orales, inhalados, parches de nicotina o goma de mascar nicotina.

## Resumen de Beneficios Dentales

Los participantes con cobertura activa bajo el Northwest Laborers-Employers Health & Security Trust deben elegir entre el plan dental A y plan dental B. Se le dará la oportunidad de hacer su selección una vez que haya establecido- establecida elegibilidad para la completar una tarjeta de inscripción e indicar su elección. Si no hace una selección dentro de 90 días de su elegibilidad inicial, automáticamente se inscribirán en el plan dental B. No se le permitirá cambiar los planes dentales hasta que el próximo período de inscripción abierta. Cada año, la oficina del Trust abrirá un período de inscripción abierta durante el cual usted puede seleccionar una nueva opción de plan dental.

### BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS

La siguiente es una lista parcial de beneficios proporcionados por cada plan dental. Todos los beneficios proporcionados por el plan Dental Plan A y plan dental Plan B están sujetos a las limitaciones y exclusiones enumeradas por separado para cada plan en el folleto oficial del plan. Este Resumen es destinado sólo a proporcionar una lista de muestra de los copagos aplicables para el plan dental A y el plan dental B de beneficios para algunos procedimientos dentales comunes. Para obtener una copia del folleto del plan, comuníquese con la oficina de beneficios del Trust al (206)-282-3600 o llame gratis al (800)-826-2102, opción #2 entonces Option #2 otra vez.

### PLAN DENTAL A

WILLAMETTE DENTAL DE WASHINGTON INC., es una red de clínicas dentales en Washington, Oregón y Idaho que proporciona atención dental a los participantes inscritos y a sus dependientes elegibles. Si selecciona el Plan dental A para sus beneficios dentales, debe recibir atención dental en una de las clínicas de la red Willamette Dental. Los miembros de la familia no tienen que usar la misma clínica de Willamette Dental. El copago representa su gasto de bolsillo para los servicios dentales recibidos y se debe pagar en el momento del tratamiento.

Lo siguiente representa su gasto de bolsillo para cada procedimiento enumerado. Una lista completa de procedimientos y copagos está archivando con la oficina del Trust. Por favor, consulte el folleto del plan para obtener una lista completa del Plan A limitaciones y exclusiones. Para ver una lista completa de las clínicas y números telefónicos de Willamette, por favor visite [Willamettedental.com](http://Willamettedental.com) o llame a Willamette Dental al (855)-433-6825.

### CATEGORÍA DE BENEFICIOS

### CO-PAGO

#### VISITA A LA OFICINA

Tratamiento de emergencia (después de horas)

\$ 15.00

\$ 25.00

**SERVICIOS DIAGNÓSTICOS/RUTINARIOS/PREVENTIVOS/BÁSICOS**  
Exámenes, limpieza, tratamientos con fluoruro, radiografías, selladores,  
Mantenedores de espacio, escala periodontal/Prophy, restauraciones menores

Sin co-pago

#### CIRUGÍA ORAL

Extracciones rutinarias

Sin co-pago

Extracción de tejido blando, impacto óseo parcial y completo (por diente)

\$ 100.00

#### PRÓTESIS

Corona de acero inoxidable, primario

Sin co-pago

Coronas de metal o porcelana o 3/4

\$ 250.00

Dentaduras superiores o inferiores, completas o parciales

\$ 300.00

#### ENDODONCIA

Raíz bicúspide del

\$ 75.00

conducto radicular

\$ 150.00

anterior canal Raíz molar canal

\$ 225.00

#### ANESTESIA GENERAL

Primeros 30 minutos

\$ 100.00

#### ORTODONCIA

Clase 1, clase 2 y clase 3

\$2800.00

## PLAN DENTAL B

El Plan Dental B es administrado por Delta Dental of Washington. La siguiente es una lista parcial de los beneficios programados asignados. Si usted elige el Plan Dental B, usted puede ir a cualquier dentista y se le reembolsará de acuerdo con el calendario que se indica a continuación hasta un beneficio máximo de \$2.000 por año calendario. El máximo anual de \$2,000 no se aplica a ortodoncia o tratamiento preventivo y restauraciones menores para niños dependientes menores de 18 años. Bajo el Plan Dental B, su costo de bolsillo será la diferencia entre el cargo del dentista y la asignación programada. Para obtener una lista completa de los beneficios, limitaciones y exclusiones se recomienda que por favor vea el Folleto Oficial del Plan del Folleto. Usted se ahorrará dinero cuando elija un dentista que está en la red de Delta Dental porque los dentistas en la red cobran una tarifa con descuento para los servicios dentales. Para obtener una lista completa de beneficios, limitaciones y exclusiones, consulte el folleto oficial del Plan, o llame a Delta Dental of Washington a 206-522-2300 o 800-554-1907.

### CATEGORÍA DE BENEFICIOS

### BENEFICIO PROGRAMADO

#### PROCEDIMIENTO/DIAGNÓSTICO

Exámenes (dos por año) examen oral periódico	\$ 45.00
Radiografías intraorales completas de la boca, incluyendo dos mordida (una vez cada año de calendario)	\$ 104.00
Radiografías de Mordida-dos películas	\$ 35.00

#### PREVENTIVO

Prophy (limpieza y escalado) (dos cada año calendario) de 14 años o más	\$ 89.00
---	----------

#### RESTAURACIONES MENORES

Amalgama-dos superficiales	\$ 120.00
resina compuesta-dos superficie	\$ 138.00

#### RESTAURACIONES MAYORES

Corona-porcelana con metal (oro)	\$ 658.00
Corona – oro	\$ 651.00

#### ENDODONCIA

Pulpotomy	\$ 103.00
Root canal – incluye plan de tratamiento completo excepto la restauración final -Bicúspide	\$ 663.00

#### PERIODONCIA

Mantenimiento periodontal (limitado a uno cada 3 meses)	\$ 118.00
---	-----------

#### CIRUGÍA ORAL

Extracciones (incluye anestesia local y atención postoperatoria rutinaria)	
Diente único (sin complicaciones)	\$ 106.00
Diente erupcionado (Extirpado quirúrgicamente)	\$ 201.00
Diente impactado – tejido blando	\$ 205.00

#### PROSTODONCIA

Dentaduras superiores completas	\$1121.00
Dentaduras inferiores completas	\$1015.00
Bridgework/porcelana fusionada con oro Póntico	\$ 667.00

#### OTROS PROCEDIMIENTOS DENTALES

Anestesia general, primeros 30 minutos	\$ 276.00
Mantenedores de espacio/fijos, tipo de banda	\$ 221.00

#### ORTODONCIA (efectivo 4/1/19)

50% del costo permitido, hasta un máximo de por vida de \$2000. Los beneficios pagados bajo el beneficio de ortodoncia no se aplican a la máxima anual de \$2,000.	\$2,000.00
---	------------

## Resumen De Beneficios del Cuidado de la Visión

El Northwest Laborers-Employers Health & Security Trust mantiene un contrato con VSP para proporcionarle un plan de cuidado de la vista cómodo. Una vez que cumpla con los requisitos de elegibilidad para los beneficios de cuidado de la vista, el plan médico para participantes ilegibles permite un examen para el bien de la visión y un par de lentes de prescripción cada año de calendario; los marcos se permiten cada otro año. VSP maneja todas las reclamaciones de visión. Si no utiliza un proveedor de VSP, las notificaciones deben enviarse a VSP para su procesamiento. Su costo de bolsillo será mayor si utiliza un proveedor que no es un proveedor de VSP.

Para preguntas sobre los beneficios del cuidado de la vista o el uso de proveedores que no son VSP, visite [VSP.com](http://VSP.com) o llame al (800)-877-7195.

### COBERTURA CON UN MÉDICO VSP

### CO-PAGO

#### EXAMEN RUTINARIO DE LA VISIÓN

Uno cada año calendario

\$10

#### LENTE DE PRESCRIPCIÓN GRADUADAS

Un conjunto (2 lentes) cada año calendario de visión única, Lentes trifocales forradas bifocales y forradas lentes progresivas estándar.

Sin co-pago

Lentes de policarbonato para niños dependientes

Sin co-pago

\* 35-40% de ahorro en todas las opciones de lentes no cubiertas

#### MARCOS

Uno cada otro año calendario es autorizado

Sin co-pague hasta \$130.00

\$130.00 asignado para una amplia selección de marcos 20% de descuento en la cantidad autorizada.

- O -

#### LENTE DE CONTACTO

Un par cada año de calendario

Sin co-pago de hasta \$130 de subsidio

(\$130 asignación de contactos y el examen de lentes de contacto)

**Nota:** Si elige lentes de contacto, será elegible para un beneficio de marcos de lentes un año de calendario a partir de la fecha en que se obtuvieron los lentes de contacto.

## RESUMEN DE LAS REGLAS DE ELEGIBILIDAD DEL BANCO DE HORAS ACTIVAS

- La elegibilidad se determina sobre la base de un sistema de banco de horas.
- Para la elegibilidad inicial para cobertura médica y de medicamentos recetados, se debe acumular un mínimo de 350 horas en un período de 6 meses. Si 350 Horas no son acumulado en los primero seis meses la oficina del Trust se verá a la subsecuente a mirar a periodos de 6 meses hasta que se cumpla el requisito de 350 horas.
- La elegibilidad inicial será efectiva el primer día del segundo mes después de la acumulación de 350 horas.
- Una vez establecido el requisito mínimo de elegibilidad, se deducirán 300 horas por el primer mes de elegibilidad y 130 horas se deducirán del banco de horas del empleado para cada mes de cobertura subsiguiente.
- Para la elegibilidad inicial dental, visión, tiempo perdido y de vida y tiempo por pérdida personal un mínimo de 1.000 horas es requerido en el Banco de horas (antes de la deducción de horas para la cobertura médica y de medicamentos recetados). Cobertura dental, la visión, de tiempo perdido, y de vida y pérdida personal el primer día del segundo mes después de la acumulación de las 1.000 horas.
- Un empleado seguirá siendo cubierto siempre que hay 130 horas o más en Banco de horas.
- Un banco de horas máximas de seis meses consecutivos de cobertura prepago puede ser acumulado y continuará hasta (780 horas).
- Si las horas en el Banco de horas caen a menos de 130, estas horas permanecen en el Banco de horas durante 10 meses a partir de la última fecha de elegibilidad, después de lo cual se perderá el Banco de horas. En caso de que se pierda el Banco de horas, un empleado volverá a ser elegible tan pronto como complete el requisito inicial de elegibilidad para nuevos empleados como observó arriba.

## RENUNCIA

**Este Beneficios de un Vistazo proporciona información general acerca del Northwest Laborers-Employers Health & Security Trust. Para obtener más información, consulte el folleto del plan y las actualizaciones de beneficios disponibles en [www.Zenith-American.com](http://www.Zenith-American.com) o llamando a Zenith American Solutions. Para preguntas sobre el Plan Dental B, comuníquese con Delta Dental de Washington al 800-554-1907. En caso de información contradictoria, el documento del plan y el folleto del plan gobiernan. Trust Office-206-282-3600 o llame gratis al: 800-826-2102**