



Laborers Quarterly

LABORERS FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.

59 years of serving Northern California Laborers and their families.

In this issue...

Important Notices Regarding Your Benefits
(page 4)

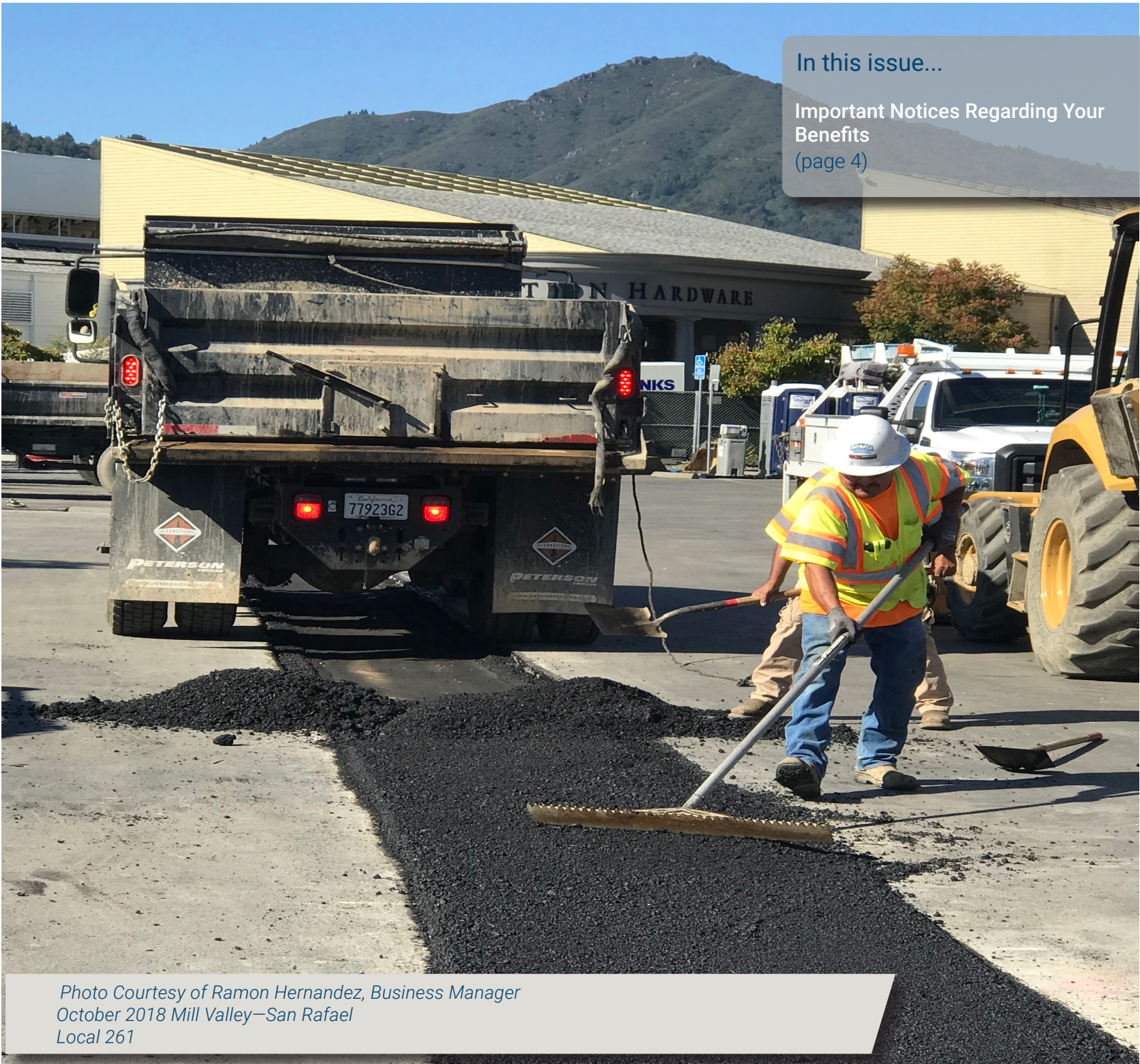


Photo Courtesy of Ramon Hernandez, Business Manager
October 2018 Mill Valley—San Rafael
Local 261

Q4-2022

Issue 32

lfao.org

Trust Fund Calendar



Dental and Vision Open Enrollment

Remember the months to change your plan are December 1st through February 28th.

Fourth Quarter 2022

October

3rd Annuity Statements
25th Vacation Payout
26th November Pension benefit
31st October Annuity benefit

November

22nd December Pension benefit
24th Closed: *Thanksgiving*
25th Closed: *Day after Thanks.*
30th November Annuity benefit

December

1st Dental/Vision enroll begins
16th Pension Statement
22nd January Pension benefit
26th Closed: *Christmas Observed*
30th December Annuity benefit

First Quarter 2023

January

1st Kaiser plan year begins
2nd Closed: *New Year's Day*
26th February Pension benefit
31st January Annuity benefit

February

20th Closed: *Presidents Day*
23rd March Pension benefit
28th February Annuity benefit

March

1st Health plan year starts
28th April Pension benefit
31st March Annuity benefit

Second Quarter 2023

April

24th Vacation Payout - *Direct Deposit Only*
25th May Pension benefit
28th April Annuity benefit

May

26th June Pension benefit
29th Closed: *Memorial Day*
31st May Annuity benefit

June

27th July Pension benefit

Third Quarter 2023

July

4th Closed: *Independence Day*
26th August Pension benefit
31st Pension Credit year ends

August

1st Pension Credit year begins
28th Sept. Pension benefit

September

4th Closed: *Labor Day*
26th October Pension benefit
30th Sept. Annuity benefit

BENEFIT = Paper check mail date or direct deposit date.

IMPORTANT: Benefit dates are projections and may vary.

Are You Changing Your Dental And/Or Vision Plan? Dental/Vision Plan Participants Only

Remember the months to change your plan are December 1st through February 28th. Any change in dental and/or vision enrollment you make will be effective March 1st. For a complete comparison of plans, and for dental and vision plan enrollment forms, please visit lfao.org.

* **BrightNow!** Select a BrightNow! Dentist who provides all services including referrals to specialists.

DeltaCare USA Select a DeltaCare USA dentist who provides all services including referrals.

* **UnitedHealthcare Dental** A UnitedHealthcare dentist you choose provides services, including referrals.

Anthem Dental Complete Select any dentist, but out of pocket costs are higher if using a non-participating dentist.

** Does not apply to Retirees.*



Kaiser Vision Essentials

- \$15 exam copay, \$10 if retired
- Lenses every 12 months
- Frames every 24 months
- Pay frame balance after \$145 allowance

Anthem Blue View Vision

- Copays: \$10 exam, \$20 lenses, \$10 if retired
- Exam/lenses every 12 months
- Frames every 24 mos. (Retired - 12 mos.)
- Pay frame balance after \$145 allowance

Women's Health and Cancer Rights Act of 1998

Annually, the Laborers Health and Welfare Trust Fund is required to provide Plan Participants with a notification that applies to breast cancer patients who elect to have reconstructive surgery in connection with a mastectomy.

Under federal law, group health plans, insurers, and HMOs providing medical and surgical benefits in connection with a mastectomy must provide benefits for reconstructive surgery in consultation with the attending physician for:

- Reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- Surgery and reconstruction of the other breast to provide symmetrical appearance;
- Prosthesis and treatment of physical complications at all stages of the mastectomy, including lymphedemas;
- Any physical complications at all stages of mastectomy, including lymphedema.

This coverage is subject to the Plan's deductible, coinsurance, and copayment provisions. You can find more information about the Women's Health and Cancer Rights Act (WHCRA) by visiting the U.S. Department of Labor website: www.dol.gov/general/topic/health-plans/womens.

Access the Member Portal Using Your Smartphone!

Use the Member Portal to check your benefits 24/7. This interactive tool allows you to check your work history, Health & Welfare eligibility, Vacation & Annuity account balances and much more.

To get started, simply visit lfao.org and click on "Member Portal." You can also access the Member Portal using your smartphone by scanning the QR Code on this page. To set up an account, you will need an email address, internet connection, smart phone, tablet or PC.



MemberXG

Login or register for an account to access your benefits 24/7



Use your smartphone to scan here

Important Notices Regarding Your Benefits

This issue of the Quarterly contains 5 Notices about important changes to your Benefit Plans. Below, you will find a brief introduction to each notice and the page you should turn to in this Quarterly to read the full notice. Please take a moment to read each notice carefully. As always, please contact the Trust Fund Office at 707-864-2800, if you have questions.



Increased Accrual Rate and Supplemental Pensioner Check

Important improvements have been made to the Pension Plan. Effective for Hours Worked in Covered Employment on and after August 1, 2022, the percentage-crediting factor has increased from 4.00 % to 4.25% for Employer Contributions up to \$2.16 per hour.

Please Read the Notice on Page 4

New Prescription Drug Maximum

The Trust Fund has great news regarding your prescription drug benefit. Effective for prescriptions purchased on or after October 1, 2022, the annual dollar maximum on retail and mail order prescription drugs has increased from \$20,000 per individual per calendar year to a \$35,000 per individual per calendar year.

Please Read the Notice on Page 6

Annual Funding Notice - 2021 Plan Year

The Annual Funding Notice includes important information about the funding status of the Pension plan (the "Plan") for the plan year beginning June 1, 2021, and ending May 31, 2022. It also includes general information about the benefit payments guaranteed by the Pension Benefit Guaranty Corporation ("PBGC"), a federal insurance agency.

All traditional pension plans (called "defined benefit pension plans") must provide this notice every year regardless of their funding status. This notice does not mean that the Plan is terminating. It is provided for informational purposes and you are not required to respond in any way. This notice is required by federal law and contains important information you should know.

Please Read the Notice on Page 7

Notice of Creditable Coverage - for Medicare Participants Only

The Notice of Creditable Prescription Drug Coverage is for individuals with Medicare and shares important information about your coverage, and coverage available to you.

If you or any of your eligible family members are currently eligible for Medicare—or will become eligible within the next 12 months—read this notice carefully and keep it in an accessible place. If you or an eligible family member are not currently eligible for Medicare or will not become eligible for Medicare within the next 12 months, you may disregard this notice.

Please Read the Notice on Page 11

Plan Improvements and New and Revised Definitions to the Plan

In December 2020 the No Surprises Act was signed into law protecting patients who receive emergency care from Air Ambulances, Hospitals, and from Independent Freestanding Emergency Departments. Effective, June 1, 2022, the Plan is implementing a number of important improvements in compliance with this important piece of legislation.

Please Read the Notice on Page 14



Important Announcement

DATE: September 14, 2022

TO: Active and Retired Participants

FROM: Board of Trustees
Laborers Pension Trust Fund for Northern California

SUBJECT: **Pension Plan Benefit Improvements –**
Increased Accrual Rate and Supplemental Pensioner Check to Eligible Retirees

The Board of Trustees is pleased to inform you of the following improvements made to the Pension Plan.

1. AMOUNT OF REGULAR PENSION (BENEFIT ACCRUAL FORMULA)

Effective for Hours Worked in Covered Employment on and after August 1, 2022, the percentage-crediting factor has increased from 4.00 % to 4.25% for Employer Contributions up to \$2.16 per hour.

Example: Here is a comparison of what the benefit accrual for the August 1, 2022, through July 31, 2023, Plan Credit Year would look like using the prior percentage-crediting factor versus the new one. In both cases, it assumes that the Participant works 1,700 Hours in Covered Employment. The Plan recognizes up to \$2.16 per hour for benefit calculation purposes.

	Hours Worked	Benefit Accrual Contribution Rate	Total Benefit Accrual Contributions	Percentage – Crediting Factor	Total Accrued Monthly Benefit
Prior Formula	1,700	\$2.16/hour	\$3,672.00	4.00%	\$ 146.88
New Formula	1,700	\$2.16/hour	\$3,672.00	4.25%	\$156.06

NOTE: This is a 6.25% increase over the prior accrual rate.

If you have not incurred a Separation from Covered Employment (as defined in Plan Section 6.07), your accrued benefit when you retire will be the sum of the following:

- \$95.00 for each Benefit Unit (or a proportionate amount for each fraction of a Benefit Unit) earned as a result of employment before August 1, 1986; plus
- 3.30% of Contributions made for Hours Worked in Covered Employment after July 31, 1986, and before August 1, 2003, excluding any Contributions made in a Plan Credit Year during which the Participant failed to earn .50 Benefit Unit; plus

- 2.30% of Contributions made for Hours Worked in Covered Employment after July 31, 2003, and before July 1, 2005, excluding any Contributions made in a Plan Credit Year during which the Participant failed to earn .50 Benefit Unit; plus
- 2.30% of the first \$2.16 per hour in Contributions made for Hours Worked in Covered Employment after June 30, 2005, and before August 1, 2019, excluding any Contributions made in a Plan Credit Year during which the Participant failed to earn .50 Benefit Unit; plus
- 3.30% of the first \$2.16 per hour in Contributions made for Hours Worked in Covered Employment after July 31, 2019, and before August 1, 2020, excluding any Contributions made in a Plan Credit Year during which the Participant failed to earn .50 Benefit Unit; plus
- 4.00% of the first \$2.16 per hour in Contributions made for Hours Worked in Covered Employment after July 31, 2020, and before August 1, 2022, excluding any Contributions made in a Plan Credit Year during which the Participant failed to earn .50 Benefit Unit; plus
- 4.25% of the first \$2.16 per hour in Contributions made for Hours Worked in Covered Employment after July 31, 2022, excluding any Contributions made in a Plan Credit Year during which the Participant failed to earn .50 Benefit Unit.

If you have incurred a Separation from Covered Employment, benefits accrued prior to the Separation are “frozen” based on the benefit formula in effect at the time of the Separation. Based on your work history, you could have one or more Separations from Covered Employment.

When you retire, your accrued benefit may be subject to adjustments for early or delayed retirement and/or elected payment form.

2. SUPPLEMENTAL CHECK FOR ELIGIBLE PENSIONERS

Pensioners will receive a one-time supplemental payment of \$500 in December 2022 if:

- The Pensioner is in pay status (not deceased or suspended) as of November 1, 2022; and
- The Pensioner was a member in good standing with a Northern California Local Union affiliated with the Laborers International Union of North America continuously from October 1, 2021, through October 31, 2022.

No supplemental payment shall be paid to any Beneficiaries or Dependents, and no Participant will receive more than one supplemental payment, under this amendment.

In accordance with ERISA reporting requirements, this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan. Please keep it with your Summary Plan Description.



Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.

5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588 | Telephone: 707-864-2800 or 800-244-4530

Important Announcement

Please provide a copy of this Announcement to your Spouse and eligible children enrolled in the plan.

DATE: September 7, 2022

TO: All Retired Plan Participants, including eligible Dependents and COBRA Beneficiaries, enrolled in the Direct Payment Plan

FROM: Board of Trustees

SUBJECT **Health & Welfare Plan Benefit Improvements –**
Increase in Annual Dollar Maximum on Prescription Drugs

This Notice is intended to advise you of certain material modifications that have been made to the Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California. **This information is VERY IMPORTANT to you and your dependents.** Please take the time to read it carefully.

Increase to the Annual Dollar Maximum on Prescription Drugs Effective October 1, 2022

The Board of Trustees is pleased to let you know that effective for prescriptions purchased on or after October 1, 2022, the annual dollar maximum on retail and mail order prescription drugs has increased from \$20,000 per individual per calendar year to a \$35,000 per individual per calendar year. All other copays and maximums will remain the same.

If you should have questions about this Important Announcement contact the Trust Fund Office, Monday through Friday, 8:00 AM to 5:00 PM. If you have questions about the Affordable Care Act, visit www.healthcare.gov.

Sincerely,

Board of Trustees
Laborers Health and Welfare Trust Fund
For Northern California

Receipt of this notice does not constitute a determination of your eligibility. If you wish to verify eligibility, or if you have any questions regarding the Plan Changes, contact the Trust Fund Office.

In accordance with ERISA reporting requirements, this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

Keep this Important Announcement with your Health and Welfare Plan Booklets

- *March 2016 Retired Plan Rules and Regulations*
- *June 2016 Retired Plan Summary Plan Description*

**ANNUAL FUNDING NOTICE**

For

Laborers Pension Trust Fund for Northern California

2021 Plan Year

June 1, 2021 – May 31, 2022

Introduction

This notice includes important information about the funding status of your multiemployer pension plan (the “Plan”). It also includes general information about the benefit payments guaranteed by the Pension Benefit Guaranty Corporation (“PBGC”), a federal insurance agency. All traditional pension plans (called “defined benefit pension plans”) must provide this notice every year regardless of their funding status. This notice does not mean that the Plan is terminating. It is provided for informational purposes and you are not required to respond in any way. This notice is required by federal law. This notice is for the Plan Year beginning June 1, 2021 and ending May 31, 2022 (“2021 Plan Year”).

How Well Funded Is Your Plan

The law requires the administrator of the Plan to tell you how well the Plan is funded, using a measure called the “funded percentage.” The Plan divides its assets by its liabilities on the Valuation Date for the Plan Year to get this percentage. In general, the higher the percentage, the better funded the plan. The Plan’s funded percentage for the 2021 Plan Year and each of the two preceding Plan Years is shown in the chart below. The chart also states the value of the Plan’s assets and liabilities for the same period.

	Funded Percentage		
Plan Year	2021	2020	2019
Valuation Date	June 1, 2021	June 1, 2020	June 1, 2019
Funded Percentage	101.5%	102.2%	97.4%
Value of Assets	\$3,926,188,929	\$3,507,491,045	\$3,193,720,342
Value of Liabilities	\$3,868,793,110	\$3,430,853,865	\$3,279,765,209

Year-End Fair Market Value of Assets

The asset values in the chart above are measured as of the Valuation Date. They also are “actuarial values.” Actuarial values differ from market values in that they do not fluctuate daily based on changes in the stock or other markets. Actuarial values smooth out those fluctuations and can allow for more predictable levels of future contributions. Despite the fluctuations, market values tend to show a clearer picture of a plan’s funded status at a given point in time. The asset values in the chart below are market values and are measured on the last day of the 2021 Plan Year. The chart also includes the year-end market value of the Plan’s assets for each of the two preceding Plan Years.

Plan Year End	May 31, 2022	May 31, 2021	May 31, 2020
Fair Market Value of Assets	\$4,353,544,616 ¹	\$4,118,599,412	\$3,419,467,665

¹ Unaudited figure, subject to change.

Endangered, Critical, or Critical and Declining Status

Under federal pension law, a plan generally is in “endangered” status if its funded percentage is less than 80 percent. A plan is in “critical” status if the funded percentage is less than 65 percent (other factors may also apply). A plan is in “critical and declining” status if it is in critical status and is projected to become insolvent (run out of money to pay benefits) within 15 years (or within 20 years if a special rule applies). If a pension plan enters endangered status, the trustees of the plan are required to adopt a funding improvement plan. Similarly, if a pension plan enters critical status or critical and declining status, the trustees of the plan are required to adopt a rehabilitation plan. Funding improvement and rehabilitation plans establish steps and benchmarks for pension plans to improve their funding status over a specified period of time. The plan sponsor of a plan in critical and declining status may apply for approval to amend the plan to reduce current and future payment obligations to participants and beneficiaries. The Plan was not in endangered, critical, or critical and declining status in the 2021 Plan Year.

Participant Information

The total number of participants and beneficiaries covered by the Plan on the valuation date was 40,092. Of this number, 21,574 were current employees 9,948 were retired and receiving benefits, 8,570 were retired or no longer working for the employer and have a right to future benefits, and 2,003 were beneficiaries and receiving benefits.

Funding & Investment Policies

Every pension plan must have a procedure to establish a funding policy for plan objectives. A funding policy relates to how much money is needed to pay promised benefits. The funding policy of the Plan is summarized as follows: The Plan is funded by monthly contributions made by signatory employers pursuant to collective bargaining agreements with the Northern California District Council of Laborers.

Pension plans also have investment policies. These generally are written guidelines or general instructions for making investment management decisions. The investment policy of the Plan is summarized as follows: The Plan is guided by an investment policy with a stated purpose, assigned responsibilities, reasonable philosophy and prudent investment objectives. Defined ranges are established for the investment portfolio’s asset allocation. Guidelines are also established to monitor individual investment managers’ actions, performance and administrative practices.

Under the Plan’s investment policy, the Plan’s assets were allocated among the following categories of investments, as of the end of the Plan Year. These allocations are percentages of total assets:

Asset Allocations	Percentage
1. Stocks	25.9
2. Investment grade debt instruments	27.1
3. High-yield debt instruments	9.9
4. Real estate	7.3
5. Other	29.8

Events Having a Material Effect on Assets or Liabilities

By law, this notice must contain a written explanation of new events that have a material effect on plan liabilities or assets. This is because such events can significantly impact the funding condition of a plan. For the Plan Year beginning on June 1, 2022, and ending on May 31, 2023, we are not aware of any event that would have a material effect on the Plan's assets or liabilities.

Right to Request a Copy of the Annual Report

Pension plans must file annual reports with the US Department of Labor. The report is called the "Form 5500." These reports contain financial and other information. You may obtain an electronic copy of your Plan's annual report by going to www.efast.dol.gov and using the search tool. Annual reports also are available from the US Department of Labor, Employee Benefits Security Administration's Public Disclosure Room at 200 Constitution Avenue, NW, Room N-1513, Washington, DC 20210, or by calling 202-693-8673. You may also obtain a copy of the Plan's annual report by making a written request to the plan administrator or by visiting www.lfao.org. Annual reports do not contain personal information, such as the amount of your accrued benefit. You may contact your plan administrator if you want information about your accrued benefits. Your plan administrator is identified below under "Where to Get More Information."

Summary of Rules Governing Insolvent Plans

Federal law has a number of special rules that apply to financially troubled multiemployer plans that become insolvent, either as ongoing plans or plans terminated by mass withdrawal. The plan administrator is required by law to include a summary of these rules in the annual funding notice. A plan is insolvent for a plan year if its available financial resources are not sufficient to pay benefits when due for that plan year. An insolvent plan must reduce benefit payments to the highest level that can be paid from the plan's available resources. If such resources are not enough to pay benefits at the level specified by law (see "Benefit Payments Guaranteed by the PBGC," below), the plan must apply to the PBGC for financial assistance. The PBGC will loan the plan the amount necessary to pay benefits at the guaranteed level. Reduced benefits may be restored if the plan's financial condition improves.

A plan that becomes insolvent must provide prompt notice of its status to participants and beneficiaries, contributing employers, labor unions representing participants, and PBGC. In addition, participants and beneficiaries also must receive information regarding whether, and how, their benefits will be reduced or affected, including loss of a lump sum option.

Benefit Payments Guaranteed by the PBGC

The maximum benefit that the PBGC guarantees is set by law. Only benefits that you have earned a right to receive and that cannot be forfeited (called vested benefits) are guaranteed. There are separate insurance programs with different benefit guarantees and other provisions for single-employer plans and multiemployer plans. Your Plan is covered by PBGC's multiemployer program. Specifically, the PBGC guarantees a monthly benefit payment equal to 100 percent of the first \$11 of the Plan's monthly benefit accrual rate, plus 75 percent of the next \$33 of the accrual rate, times each year of credited service. The PBGC's maximum guarantee, therefore, is \$35.75 per month times a participant's years of credited service.

Example 1: If a participant with 10 years of credited service has an accrued monthly benefit of \$600, the accrual rate for purposes of determining the PBGC guarantee would be determined by dividing the monthly benefit by the participant's years of service ($\$600/10$), which equals \$60. The guaranteed amount for a \$60 monthly accrual rate is equal to the sum of \$11 plus \$24.75 ($.75 \times \$33$), or \$35.75. Thus, the participant's guaranteed monthly benefit is \$357.50 ($\35.75×10).

Example 2: If the participant in Example 1 has an accrued monthly benefit of \$200, the accrual rate for purposes of determining the guarantee would be \$20 (or $\$200/10$). The guaranteed amount for a \$20 monthly accrual rate is equal to the sum of \$11 plus \$6.75 ($.75 \times \$9$), or \$17.75. Thus, the participant's guaranteed monthly benefit would be \$177.50 ($\17.75×10).

The PBGC guarantees pension benefits payable at normal retirement age and some early retirement benefits. In addition, the PBGC guarantees qualified preretirement survivor benefits (which are preretirement death benefits payable to the surviving spouse of a participant who dies before starting to receive benefit payments). In calculating a person's monthly payment, the PBGC will disregard any benefit increases that were made under a plan within 60 months before the earlier of the plan's termination or insolvency (or benefits that were in effect for less than 60 months at the time of termination or insolvency). Similarly, the PBGC does not guarantee benefits above the normal retirement benefit, disability benefits not in pay status, or non-pension benefits, such as health insurance, life insurance, death benefits, vacation pay, or severance pay.

For additional information about the PBGC and the pension insurance program guarantees, go to the Multiemployer Page on PBGC's website at www.pbgc.gov/multiemployer. Please contact your employer or plan administrator for specific information about your pension plan or pension benefit. PBGC does not have that information. See "Where to Get More Information About Your Plan," below.

Where to Get More Information

For more information about this notice, you may contact the Plan Administrator at the following address:

Plan Administrator
Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.
5672 Stoneridge Drive | Suite 100
Pleasanton, CA 94588
707-864-2800

For identification purposes, the official Plan number is 001 and the Plan sponsor's name and employer identification number of "EIN" is 94-6277608.

This Annual Funding Notice is being sent to:

- Plan Participants, Pensioners, and Beneficiaries
- Northern California Laborers Local Unions
- Laborers International Union – Pacific Southwest Region
- Contributing Employers
- Employer Associations
- Pension Benefit Guaranty Corporation (PBGC)



Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.

5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588 | Telephone: 707-864-2800 or 800-244-4530

NOTICE OF CREDITABLE PRESCRIPTION DRUG COVERAGE

This document serves as your Notice of Creditable Prescription Drug Coverage, as required by law. Keep it in a safe place for future use.

To: All Participants of the Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California

Re: Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California

This notice is for individuals with Medicare. If you or any of your eligible family members are currently eligible for Medicare—or will become eligible within the next 12 months—read this notice carefully and keep it where you can find it. *If you or an eligible family member are not currently eligible for Medicare or will not become eligible for Medicare within the next 12 months, you may disregard this notice.*

This notice has information about your current prescription drug coverage with the Laborers Health and Welfare Trust Fund and prescription drug coverage available to individuals *with* Medicare. It also explains options you have under Medicare's Prescription Drug Program (i.e., Medicare Part D), which may help you decide whether or not you want to enroll in Medicare Part D.

IMPORTANT POINTS TO KEEP IN MIND:

1. Medicare prescription drug coverage first became available in 2006 to all individuals eligible for Medicare. Coverage was made available through Medicare Prescription Drug Plans and Medicare Advantage Plans that offer prescription drug coverage, such as Kaiser Permanente Senior Advantage. All Medicare Prescription Drug Plans provide at least a *standard* level of coverage set by Medicare. Some plans may offer more coverage for a higher monthly premium.
2. The Laborers Health and Welfare Trust Fund has determined that the prescription drug coverage provided by the Direct Payment Plan is "creditable." Creditable means that the value of the prescription drug benefits offered by the Direct Payment Plan is, on average for all plan participants, at least as good as standard Medicare prescription drug coverage. That means the Direct Payment Plan is expected to pay as much in prescription drug coverage as the standard Medicare prescription drug coverage.
3. Retired Laborers and Dependents enrolled in the Kaiser Permanente Senior Advantage Plan offered through the Laborers Health and Welfare Trust Fund:
 - As enrollees in a Medicare Advantage Plan, i.e., Kaiser Permanente Senior Advantage, you are *automatically enrolled* in a Medicare Prescription Drug Plan.

Note: If you enroll in another individual Medicare Prescription Drug Plan, you will be disenrolled from your current Kaiser Permanente Senior Advantage Plan. You may not be enrolled in a secondary Medicare Prescription Drug Plan in addition to what is offered through the Kaiser Permanente Senior Advantage Plan. If you are interested in another Medicare Prescription Drug Plan, you should call the Trust Fund Office to see what effect it will have on your current medical coverage before you make the decision.

4. Remember, if you are a retired Laborer, you must enroll in Medicare Parts A and B once you are eligible for Medicare. If you do not, you will not receive the maximum hospital and medical benefits, regardless of which health plan you choose.

Because your existing prescription drug coverage under the Direct Payment Plan is, on average, at least as good as standard Medicare prescription drug coverage, you can keep your prescription drug coverage under the Direct Payment Plan and you do not need to enroll in the Medicare Prescription Drug Program (Medicare Part D). If you decide to enroll in Medicare Part D coverage at some future time, you will not be required to pay a higher premium because you had a Prescription Drug Plan (i.e., under the Direct Payment Plan) that was “creditable.” As long as you are enrolled in a *creditable* Prescription Drug Plan when you first become eligible for Medicare and you maintain that coverage, you will not be penalized with a higher premium once you do enroll in Medicare Part D coverage. **Exception** - See Below: “What happens if you lose or drop coverage in the Laborers Health and Welfare Trust Fund...”

Individuals can enroll in a Medicare Prescription Drug Plan when they first become eligible for Medicare and every year thereafter between **October 15th and December 7th**. Beneficiaries whose group coverage expires may be eligible for a Special Enrollment Period to sign up for Medicare prescription drug coverage.

YOUR CHOICES IF YOU ARE ENROLLED IN THE DIRECT PAYMENT PLAN ARE:

1. **DO NOTHING.** You can keep your current prescription drug coverage with the Laborers Health and Welfare Trust Fund - Direct Payment Plan. You do not have to enroll in a Medicare Prescription Drug Plan.
2. **ENROLL IN ONE MEDICARE PART D PLAN.** You can keep your current prescription drug coverage under the Direct Payment Plan and enroll in *one* Medicare Prescription Drug Plan (remember, this does not apply if you are enrolled in the Kaiser Permanente Senior Advantage Plan). If you decide to enroll in a Medicare Prescription Drug Plan, you should understand that you must pay the Part D premium out of your own pocket. Further, there will be no reduction in the monthly premium you pay for hospital/medical/prescription drug coverage through the Trust Fund. The Trust Fund will not separate the cost of prescription drug coverage from the total premium you pay for the Direct Payment Plan. If you are interested in enrolling in a Medicare Prescription Drug Plan, you should compare your current coverage, including the drugs covered, with the coverage and cost of individual Medicare Prescription Drug Plans in your area.

WHAT HAPPENS IF YOU LOSE OR DROP COVERAGE IN THE LABORERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND AND YOU DO NOT ENROLL IN A MEDICARE PART D PRESCRIPTION DRUG PLAN?

If you lose or drop your coverage in the Laborers Health and Welfare Trust Fund and you do not enroll in a Medicare Prescription Drug Plan, you may be required to pay a higher premium as explained below:

If you lose or drop coverage in the Laborers Health and Welfare Trust Fund and you wait 63 days or longer before enrolling in a prescription drug coverage that is at least as good as Medicare’s prescription drug coverage, your monthly premium will increase at least 1% per month for every month you did not have that coverage.

For example, if 19 months pass without your having creditable prescription drug coverage, your monthly premium for Medicare (Part D) prescription drug coverage will be at least 19% higher than what you would have paid had you obtained coverage before the 63-day lapse. In addition, you may be required to wait until the next October to enroll.

FOR MORE INFORMATION CONCERNING THIS NOTICE OR YOUR CURRENT PRESCRIPTION DRUG COVERAGE, CONTACT THE TRUST FUND OFFICE.

You will receive this notice annually and at other times in the future (such as before the next period you can enroll in Medicare prescription drug coverage, or if the coverage provided by the Laborers Health and Welfare - Direct Payment Plan changes). You may also request a copy of this notice at any time.

MORE INFORMATION CONCERNING YOUR OPTIONS UNDER MEDICARE PRESCRIPTION DRUG COVERAGE:

More detailed information on Medicare plans that offer prescription drug coverage is available in the Medicare and You handbook. All persons enrolled in Medicare will receive a copy of the handbook in the mail each year from Medicare. Medicare beneficiaries may also be contacted directly by Medicare-approved Prescription Drug Plans. For more information on Medicare Prescription Drug Plans:

- Visit www.medicare.gov.
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see your copy of the Medicare & You handbook for the telephone number) for personalized help.
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

For people with limited income and resources, extra help paying for a Medicare Prescription Drug Plan is available. Information about this extra help is available from the Social Security Administration (SSA) online at www.socialsecurity.gov, or by calling 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Keep this notice. *If you enroll in one of the new Medicare-approved Prescription Drug Plans, you may be required to provide a copy of this notice when you enroll to show that you are not required to pay a higher premium.*

Date: September 14, 2022

Name of Sender: Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California

Contact: Mr. Bryan Berthiaume, Fund Manager

Address: 5672 Stoneridge Drive | Suite 100 | Pleasanton CA, 94588

Phone Number: 707-864-2800 or 1-800-244-4530 (toll free in Northern California)

In all cases, the Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California reserves the right to modify benefits at any time, in accordance with applicable law.



Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.

5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588 | Telephone: 707-864-2800 or 800-244-4530

IMPORTANT ANNOUNCEMENT

Please provide a copy of this Announcement to your Spouse and eligible children enrolled in the Plan

DATE: September 28, 2022

TO: Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California Active, Retired, and Special Plan Participants and Dependents, including COBRA Beneficiaries

FROM: Board of Trustees

SUBJECT: Plan Improvements and New and Revised Definitions to the Plan

This Notice is intended to advise you of certain material modifications that have been made to the Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California. This information is **VERY IMPORTANT** to you and your dependents, please take the time to read it carefully.

IMPROVEMENTS TO BENEFITS FOR CERTAIN SERVICES FROM NON-PPO PROVIDERS

Effective June 1, 2022

The No Surprises Act was signed into law in December 2020. This Act protects patients who receive emergency services at a hospital, at an independent freestanding emergency department and from air ambulances. In addition, the law protects patients who receive emergency services from a Non-PPO provider at an in-network facility. Effective June 1, 2022, patients receiving these services will only be responsible for paying their in-network cost sharing and cannot be balance billed by the provider or facility for emergency services. Also, effective June 1, 2022, the Plan is implementing several improvements to comply with the No Surprises Act.

Emergency Services

Emergency Services are covered:

- Without the need for a prior authorization determination, even if the services are provided out-of-network;
- Without regard to whether the health care provider furnishing the Emergency Services is a PPO provider or a PPO emergency facility, as applicable, with respect to the services;
- Without imposing any administrative requirement or limitation on out-of-network Emergency Services that is more restrictive than the requirements or limitations that apply to Emergency Services received from PPO providers and PPO emergency facilities;
- Without imposing cost-sharing requirements on out-of-network Emergency Services that are greater than the requirements that would apply if the services were provided by a PPO provider or a PPO emergency facility;
- By calculating the cost-sharing requirement for out-of-network Emergency Services as if the total amount that would have been charged for the services was equal to the Recognized Amount for the services; and

- By counting any cost-sharing payments made by the participant or beneficiary with respect to the Emergency Services toward any in-network deductible or in-network out-of-pocket maximums applied under the plan (and the in-network deductible and in-network out-of-pocket maximums are applied) in the same manner as if the cost-sharing payments were made with respect to Emergency Services furnished by a PPO provider or a PPO emergency facility.

Your cost sharing amount for Emergency Services from Non-PPO Providers will be based on the lesser of billed charges from the provider or the Qualified Payment Amount (QPA).

Non-Emergency Items or Services from a Non-PPO Provider at a PPO Facility

With regard to non-emergency items or services that are otherwise covered by the Plan, if the covered non-emergency items or services are performed by a Non-PPO provider at a PPO facility, the items or services are covered by the plan:

- With a cost-sharing requirement that is no greater than the cost-sharing requirement that would apply if the items or services had been furnished by a PPO provider,
- By calculating the cost-sharing requirements as if the total amount that would have been charged for the items and services by such Non-PPO provider were equal to the Recognized Amount for the items and services.
- By counting any cost-sharing payments made by the participant or beneficiary toward any in-network deductible and in-network out-of-pocket maximums applied under the plan (and the in-network deductible and out-of-pocket maximums must be applied) in the same manner as if such cost-sharing payments were made with respect to items and services furnished by a PPO provider.
- Non-emergency items or services performed by a Non-PPO provider at a PPO facility will be covered based on your out-of-network coverage if:
 - ✓ At least 72 hours before the day of the appointment (or three (3) hours in advance of services rendered in the case of a same-day appointment), the participant or dependent is supplied with a written notice, as required by federal law, that the provider is a Non-PPO provider with respect to the Plan, of the estimated charges for your treatment and any advance limitations that the Plan may put on your treatment, of the names of any PPO providers at the facility who are able to treat you, and that you may elect to be referred to one of the PPO providers listed; and
 - ✓ The participant or dependent gives informed consent to continued treatment by the Non-PPO provider, acknowledging that the participant or beneficiary understands that continued treatment by the Non-PPO provider may result in greater costs to the participant or beneficiary.
- The notice and consent exception does not apply to Ancillary services and items or services furnished as a result of unforeseen, urgent medical needs that arise at the time an item or service is furnished, regardless of whether the Non-PPO provider satisfied the notice and consent criteria, and therefore these services will be covered:
 - ✓ With a cost-sharing requirement that is no greater than the cost-sharing requirement that would apply if the items or services had been furnished by a PPO provider,
 - ✓ With cost-sharing requirements calculated as if the total amount charged for the items and services were equal to the recognized amount for the items and services, and
 - ✓ With cost-sharing counted toward any in-network deductible and in-network out of pocket maximums, as if such cost-sharing payments were with respect to items and services furnished by a PPO provider.

Your cost sharing amount for Non-emergency Services at PPO Facilities by Non-PPO Providers will be based on the lesser of billed charges from the provider or the QPA.

Air Ambulance Services

If you receive Air Ambulance services that are otherwise covered by the Plan, from a Non-PPO provider, those services will be covered by the Plan as follows:

- The Air Ambulance services received from a Non-PPO provider will be covered with a cost-sharing requirement that is no greater than the cost-sharing requirement that would apply if the services had been furnished by a PPO provider.
- In general, you cannot be balance billed for these items or services. Your cost-sharing will be calculated as if the total amount that would have been charged for the services by a PPO provider of Air Ambulance services were equal to the lesser of the Qualifying Payment Amount or the billed amount for the services.
- Any cost-sharing payments you make with respect to covered Air Ambulance services will count toward your Network (PPO) deductible and Network (PPO) out-of-pocket maximum in the same manner as those received from a PPO provider.

Payments to Non-PPO Providers and Facilities

The Plan will make an initial payment or provide notice of denial of payment for Emergency Services, Non-Emergency Services at PPO Facilities by Non-PPO Providers, and Air Ambulance Services within 30 calendar days of receiving a clean claim from the Non-PPO provider. The 30-day calendar period begins on the date the plan receives the information necessary to decide a claim for payment for the services.

If a claim is subject to the No Surprises Act, the participant cannot be required to pay more than the cost-sharing under the Plan, and the provider or facility is prohibited from billing the participant or dependent in excess of the required cost-sharing.

The Plan will pay a total plan payment directly to the non-PPO provider that is equal to the amount by which the Out-of-Network Rate for the services exceeds the cost-sharing amount for the services, less any initial payment amount.

External Review

An Adverse Benefit Determination that is related to an Emergency Service, Non-Emergency Service provided by a Non-PPO provider at a PPO facility, and/or Air Ambulances services, as covered under the federal No Surprises Act, is eligible for External Review. Please see the External Review procedures in the SPD/Plan Document for further information.

Continuity of Coverage

If you are a Continuing Care Patient, and the contract with your PPO provider or facility terminates, or your benefits under a group health plan are terminated because of a change in terms of the providers' and/or facilities' participation in the plan:

1. You will be notified in a timely manner of the contract termination and of your right to elect continued transitional care from the provider or facility; and
2. You will be allowed up to ninety (90) days of continued coverage at Network cost sharing to allow for a transition of care to a Network provider.

Incorrect PPO Provider Information

A list of PPO providers is available to you without charge by visiting the website or by calling the phone number on your ID card. The network consists of providers, including hospitals, of varied specialties as well as general practice, who are contracted with the Plan or an organization contracting on its behalf.

If you obtain and rely upon incorrect information about whether a provider is a PPO provider from the Plan or its administrators, the Plan will apply PPO cost-sharing to your claim, even if the provider was Non-PPO.

Complaint Process

If you believe you've been wrongly billed, or otherwise have a complaint under the No Surprises Act or the Health Plan Transparency Rule, you may contact the Fund Office or the Employee Benefit Security Administration's (EBSA's) toll free number at 1-866-444-3272.

Repeal of Emergency Department Payment Rules

The Plan provision concerning payment for Emergency Room services, as required by the Affordable Care Act, is repealed for services provided on or after January 1, 2022, and replaced with the No Surprises Act requirements.

NEW AND REVISED DEFINITIONS OF THE PLAN Effective June 1, 2022

Air Ambulance means medical transport by a rotary wing air ambulance, as defined in 42 CFR 414.605, or fixed wing air ambulance, as defined in 42 CFR 414.605, for patients.

Ancillary Services are, with respect to a PPO health care facility:

- Items and services related to emergency medicine, anesthesiology, pathology, radiology, and neonatology, whether provided by a physician or non-physician practitioner,
- Items and services provided by assistant surgeons, hospitalists, and intensivists;
- Diagnostic services, including radiology and laboratory services and subject to exceptions specified by the Secretary; and
- Items and services provided by a Non-PPO provider if there is no PPO provider who can furnish such item or service at such facility.

Cost Sharing means the amount a participant or beneficiary is responsible for paying for a covered item or service under the terms of the plan. Cost sharing generally includes copayments, coinsurance, and amounts paid towards deductibles, but does not include amounts paid towards premiums, balance billing by Non-PPO providers, or the cost of items or services that are not covered under the plan.

Cost Sharing Amount for Emergency and Non-emergency Services at PPO Facilities performed by Non-PPO Providers, and air ambulance services from Non-PPO providers will be based on the Recognized Amount.

Continuing Care Patient means an individual who, with respect to a provider or facility:

1. is undergoing a course of treatment for a serious and complex condition from the provider or facility;
2. is undergoing a course of institutional or inpatient care from the provider or facility;
3. is scheduled to undergo non-elective surgery from the provider, including receipt of postoperative care from such provider or facility with respect to such a surgery;
4. is pregnant and undergoing a course of treatment for the pregnancy from the provider or facility; or

5. is or was determined to be terminally ill (as determined under section 1861(dd)(3)(A) of the Social Security Act) and is receiving treatment for such illness from such provider or facility.

Emergency Medical Condition means a medical condition, including mental health condition or substance use disorder, manifested by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that a prudent layperson who possesses an average knowledge of health and medicine could reasonably expect the absence of immediate medical attention to result in serious impairment to bodily functions, serious dysfunction of any bodily organ or part, or placing the health of a woman or her unborn child in serious jeopardy.

Emergency Services means the following:

1. An appropriate medical screening examination that is within the capability of the emergency department of a hospital or of an independent freestanding emergency department, as applicable, including ancillary services routinely available to the emergency department to evaluate such emergency medical condition; and
2. Within the capabilities of the staff and facilities available at the hospital or the independent freestanding emergency department, as applicable, such further medical examination and treatment as are required to stabilize the patient (regardless of the department of the hospital in which such further examination or treatment is furnished).

Emergency Services furnished by a Non-PPO provider or Non-PPO emergency facility (regardless of the department of the hospital in which such items or services are furnished) also include post stabilization services (services after the patient is stabilized) and as part of outpatient observation or an inpatient or outpatient stay related to the emergency medical condition, until:

- The provider or facility determines that the participant or beneficiary is able to travel using nonmedical transportation or nonemergency medical transportation; or
- The participant or beneficiary is supplied with a written notice, as required by federal law, that the provider is a Non-PPO provider with respect to the Plan, of the estimated charges for your treatment and any advance limitations that the Plan may put on your treatment, of the names of any PPO providers at the facility who are able to treat you, and that you may elect to be referred to one of the PPO providers listed; and
- The participant or beneficiary gives informed consent to continued treatment by the Non-PPO provider, acknowledging that the participant or beneficiary understands that continued treatment by the Non-PPO provider may result in greater cost to the participant or beneficiary.

Health Care Facility (for non-emergency services) is each of the following:

1. A hospital (as defined in section 1861(e) of the Social Security Act);
2. A hospital outpatient department;
3. A critical access hospital (as defined in section 1861(mm)(1) of the Social Security Act); and
4. An ambulatory surgical center described in section 1833(i)(1)(A) of the Social Security Act

Independent Freestanding Emergency Department is a health-care facility (not limited to those described in the definition of health care facility) that is geographically separate and distinct from a hospital under applicable State law and provides Emergency Services.

No Surprises Act means the federal No Surprises Act (Public Law 116-260, Division BB).

Non-PPO Emergency Facility means an emergency department of a hospital, or an independent freestanding emergency department (or a hospital, with respect to Emergency Services as defined), that does not have a contractual relationship directly or indirectly with a group health plan or group health insurance coverage offered by a health insurance issuer, with respect to the furnishing of an item or service under the plan or coverage respectively.

Non-PPO provider means a health care provider who does not have a contractual relationship directly or indirectly with the Plan with respect to the furnishing of an item or service under the Plan.

Out-of-Network Rate with respect to items and services furnished by a Non-PPO provider, Non-Network emergency facility or Non-PPO provider of ambulance services, means one of the following:

- the amount the parties negotiate;
- the amount approved under the independent dispute resolution (IDR) process; or
- if the state has an All-Payer Model Agreement, the amount that the state approves under that system

Qualifying Payment Amount (QPA) means the amount calculated using the methodology described in 29 CFR 716-6(c).

Recognized Amount means (in order of priority) one of the following:

1. An amount determined by an applicable All-Payer Model Agreement under section 1115A of the Social Security Act;
2. An amount determined by a specified state law; or
3. The lesser of the amount billed by the provider or facility or the Qualifying Payment Amount (QPA)

For air ambulance services furnished by Non-PPO providers, **Recognized Amount** is the lesser of the amount billed by the provider or facility or the Qualifying Payment Amount (QPA).

Serious and Complex Condition means with respect to a participant, beneficiary, or enrollee under the Plan one of the following:

1. in the case of an acute illness, a condition that is serious enough to require specialized medical treatment to avoid the reasonable possibility of death or permanent injury;
2. in the case of a chronic illness or condition, a condition that is—
 - ✓ life-threatening, degenerative, potentially disabling, or congenital; and
 - ✓ requires specialized medical care over a prolonged period of time.

Termination includes, with respect to the Continuation of Care benefit, the expiration or nonrenewal of the contract, but does not include a termination of the contract for failure to meet applicable quality standards or for fraud.

If you should have questions about this Important Announcement, contact the Trust Fund Office, Monday through Friday, 8:00 AM to 5:00 PM.

Sincerely,

Board of Trustees
Laborers Health and Welfare Trust Fund
for Northern California

Receipt of this notice does not constitute a determination of your eligibility. If you wish to verify eligibility, or if you have any questions regarding the Plan changes, contact the Trust Fund Office.

In accordance with ERISA reporting requirements, this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

Keep this Important Announcement with
your Health and Welfare Plan Booklets



Get the care you need at no cost to you

Your Laborers Direct Payment Health Plan has got you covered!

You work hard to support your family, and getting the care you need hasn't always been affordable. That's why your Laborers Direct Payment Health Plan provides a full range of care through Transcarent **at no cost to you.**

EXPERIENCE DIFFERENT:



Have a health question?

Talk to a real human health guide, 24/7.



Need a second opinion?

Connect with doctors and nurses that can help you understand medical conditions and treatment options.



Considering Surgery?

With Transcarent Surgery Care, you pay \$0 for surgery.



Experiencing joint, back or muscle pain?

Get care that fits your schedule with Virtual Physical Therapy.



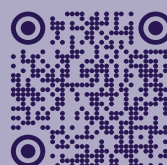
Not feeling well?

Chat with a doctor in under 60 seconds with Telehealth.



Looking for providers?

Check your symptoms and find quality providers.



Scan the QR code to
download the app and
activate your benefits

or talk to a Health Guide today!



(855) 265-9804



member.transcarent.com

Transcarent is not currently available to employees enrolled in the Kaiser health plan, Anthem Medicare Advantage (MA) plan, or to Retired Direct Payment Plan members covered by Medicare.



Employee Assistance Program (EAP)

With EAP, you and your family can access:

- mental health services
- legal consultations
- financial consultations
- and more!

800-834-3773
CLAREMONTEAP.COM

CLAREMONT
Powered by  uprisehealth

Programa de Asistencia al Empleador (EAP)

Con EAP, usted, y su familiar pueden acceder:

- servicios de salud metnal
 - consultas legales
 - consultas financieras
 - y más!
- 

Calendario del Fondo de Fideicomiso



Incripciones abiertas para Planes Dentales y de la Visión

Recuerde que los meses para cambiar su plan comienzan desde el 1 de diciembre hasta el 28 de febrero.

Cuarto Trimestre 2022

Octubre	Noviembre	Diciembre
3 Estados de cuenta de Anualidad 25 Pago de Vacación 26 Pensión de Noviembre 31 Anualidad de Octubre	22 Pensión de Diciembre 24 Oficina Cerrada: <i>Día de Acción de Gracias</i> 25 Oficina Cerrada: <i>Día Después de Acción de Gracias</i> 30 Anualidad de Noviembre	1º Incripción abierta para plan Dental/Visión 16 Estados de cuenta de Pensión 22 Pensión de Enero 26 Oficina Cerrada: <i>Observación del Día Navidad</i> 30 Anualidad de Diciembre

Primer Trimestre 2023

Enero	Febrero	Marzo
1º Comienza el plan de año de Kaiser 2º Oficina Cerrada: <i>Día de Año Nuevo</i> 26 Pensión de Febrero 31 Anualidad de Enero	20 Oficina Cerrada: <i>Día de los Presidente</i> 23 Pensión de Marzo 28 Anualidad de Febrero	1º Comienza el plan de año de salud 28 Pensión de Abril 31 Anualidad de Marzo

Segundo Trimestre 2023

Abril	Mayo	Junio
24 Pago de Vacación - Déposito Directo Solamente 25 Pensión de Mayo 28 Anualidad de Abril	25 Pensión de Junio 29 Oficina Cerrada: <i>Día Conmemorativo</i> 31 Anualidad de Mayo	27 Pensión de Julio

Tercer Trimestre 2023

Julio	Agosto	Septiembre
4 Oficina Cerrada: <i>Día de la Independencia</i> 26 Pensión de Agosto 31 Concluye el Año del Plan de Pensión	1º Comienza el Año de Pensión Crediticio 28 Pensión de Septiembre	4 Oficina Cerrada: <i>Día Laboral</i> 26 Pensión de Octubre 30 Anualidad de Septiembre

IMPORTANTE: Las fechas de beneficios son proyecciones futuras y pueden variar.

¿Está Cambiando su Plan Dental y/o Visión?

Participantes Dental/Visión Solamente

Recuerde que los meses para cambiar su plan comienzan desde el 1 de diciembre hasta el 28 de febrero. Cualquier cambio a su inscripción dental y/o visión que usted haga entrará en vigencia el 1 de marzo. Para obtener una comparación completa de los planes y los formularios de inscripción para planes dentales y de la vista, visite lfao.org.

* **BrightNow!** Seleccione BrightNow! Dentistas que ofrecen todo tipo de servicio y referidos a especialistas.

DeltaCare USA Seleccione DeltaCare USA, dentistas que ofrecen todo tipo de servicios y referidos.

* **UnitedHealthcare Dental** A UnitedHealthcare, el dentista que usted seleccione le proveerá servicios y referidos.

Anthem Dental Complete Seleccione cualquier dentista, pero los gastos de su bolsillo serán más altos con dentistas No-Participante.

* No aplica a miembros Jubilados.



Kaiser Vision Essentials

- \$15 copago para examen, \$10 si es jubilado
- Lentes cada 12 meses
- Marcos cada 24 meses
- Saldo del balance del marco a partir de \$145

Anthem Blue View Vision

- Copago: \$10 examen, \$20 lentes, \$10 si es jubilado
- Examen/lentes cada 12 meses
- Marcos cada 24 meses (Jubilados - cada 12 meses)
- Saldo del balance del marco a partir de \$145

Ley de Derechos y Cáncer de la Mujer de 1998

Esta notificación anual se aplica a los pacientes con cáncer de mama que decidan someterse a una cirugía reconstructiva relacionada con una mastectomía.

Bajo ley federal, los planes de salud grupal, las aseguradoras y las HMO que proporcionan beneficios médicos y quirúrgicos en conexión con una mastectomía deben proporcionar beneficios para la cirugía reconstructiva en consulta con el médico tratante para:

- Reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para proporcionar apariencia simétrica;
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.
- Cualquier complicación física en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Esta cobertura está sujeta a las disposiciones de deducible, coseguro y copago del Plan. Puede ver mas informacion sobre la ley de Derechos y Cancer de la Mujer de 1998 (WHCRA) visitando el sitio de web del U.S. Department of Labor: www.dol.gov/general/topic/health-plans/womens.

¡Acceda al Portal del Socio con su smartphone!

Utilice el Portal para Miembros para consultar sus beneficios las 24/7. Esta herramienta interactiva le permite verificar su historial de trabajo, elegibilidad de Salud y Bienestar, saldos de cuentas de Vacaciones y Anualidades y mucho más.

Para comenzar, simplemente visite lfao.org y haga clic en "Portal de miembros". También puede acceder al Portal para miembros utilizando su teléfono inteligente escaneando el código QR en esta página. Para configurar una cuenta, necesitará una dirección de correo electrónico, conexión a Internet, teléfono inteligente, tableta o PC.



Portal de Miembros

Inicie sesión o regístrese para obtener una cuenta para acceder a sus beneficios 24/7



Use su teléfono inteligente para escanear aquí

Anuncios Importantes Sobre sus Beneficios

Esta edición de la publicación trimestral contiene 5 avisos sobre cambios importantes en sus Planes de Beneficios. A continuación, encontrará una breve introducción a cada aviso y la página a la que debe dirigirse en esta revista trimestral para leer el aviso completo. Por favor, tómese un momento para leer cada aviso detenidamente. Como siempre, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso al 707-864-2800, si tiene preguntas.



Aumento de la Tasa de Acumulación y Cheque Suplementario para los Jubilados

Se han introducido importantes mejoras en el Plan de Pensión. A partir de las horas trabajadas en un Empleo Cubierto el 1 de agosto de 2022, el factor de acreditación porcentual ha aumentado del 4.00% al 4.25% para las contribuciones del empleador hasta \$2.16 dólares por hora.

Por favor, lea el aviso en la página 25

Nuevo Máximo de Medicamentos

El Fondo de Fideicomiso tiene una gran noticia con respecto a su beneficio de medicamentos recetados. A partir del 1 de octubre de 2022, el máximo anual en dólares de los medicamentos recetados al por menor y por correo ha aumentado de \$20,000 dólares por individuo por año calendario a \$35,000 dólares por individuo por año calendario.

Por favor, lea el aviso en la página 27

Aviso Anual de Financiamiento - Año del Plan 2021

La Notificación Anual de Financiamiento incluye información importante sobre el estado de financiamiento del Plan de Pensión (el "Plan") para el año del plan que comienza el 1 de junio de 2021 y termina el 31 de mayo de 2022. También incluye información general sobre los pagos de beneficios garantizados por la Pension Benefit Guaranty Corporation ("PBGC"), una agencia federal de seguros.

Todos los planes de pensiones tradicionales (denominados "planes de pensiones de prestación definida") deben proporcionar este aviso cada año, independientemente de su estado de financiación. Este aviso no significa que el Plan vaya a finalizar. Se proporciona con fines informativos y usted no está obligado a responder de ninguna manera. Este aviso es obligatorio por la ley federal y contiene información importante que debe conocer.

Por favor, lea el aviso en la página 28

Aviso de Cobertura Acreditable - Sólo para Participantes de Medicare

La Notificación de Cobertura Acreditable de Medicamentos Recetados es para personas con Medicare y comparte información importante sobre su cobertura, y la cobertura disponible para usted.

Si usted o alguno de los miembros de su familia que reúnen los requisitos son actualmente elegibles para Medicare -o serán elegibles dentro de los próximos 12 meses- lea este aviso cuidadosamente y guárdelo en un lugar accesible. Si usted o un miembro de su familia que reúne los requisitos no son actualmente elegibles para Medicare o no serán elegibles para Medicare dentro de los próximos 12 meses, puede hacer caso omiso de este aviso.

Por favor, lea el aviso en la página 32

Mejoras del Plan y Definiciones Nuevas y Revisadas del Plan

En diciembre de 2020 se firmó la Ley "No Surprises", que protege a los pacientes que reciben atención de emergencia de las ambulancias aéreas, los hospitales y los servicios de emergencia independientes. A partir del 1 de junio de 2022, el Plan está implementando una serie de mejoras importantes en cumplimiento de esta importante ley.

Por favor, lea el aviso en la página 35



Anuncio importante

FECHA: 14 de septiembre de 2022

TO: Participantes Activos y Jubilados

DE: Junta de Fideicomisarios
Fondo de Fideicomiso de la Pensión de los Obreros para el Norte de California

ASUNTO: **Mejoras al Beneficio del Plan de Pensión –**
Aumento de la Tasa de Acumulación y Cheque Suplementario para los Jubilados Elegibles

La Junta de Fideicomisarios se complace en informarle de las siguientes mejoras realizadas al Plan de Pensión.

1. CANTIDAD DE LA PENSIÓN REGULAR (FÓRMULA DE ACUMULACIÓN DE BENEFICIOS)

Efectivo para las Horas Trabajadas en un Empleo Cubierto en o antes del 1 de agosto de 2022, el factor de crédito porcentual ha aumentado del 4.00 % al 4.25 % para las Contribuciones del Empleador hasta \$2.16 por hora.

Ejemplo: Este es un ejemplo de cómo sería la acumulación de beneficios para el Año de Crédito del Plan del 1 de agosto de 2022 al 31 de julio de 2023 utilizando el factor de crédito porcentual anterior y nuevo. En ambos casos, se supone que el Participante trabaja 1,700 horas en un Empleo Cubierto. El Plan reconoce \$2.16 por hora para propósitos de cálculo de beneficios.

	Horas Trabajadas	Tasa de Contribución de Acumulación de Beneficios	Contribuciones Totales de Acumulación de Beneficios	Factor de Crédito	Acumulación Total del Beneficio Mensual
Fórmula Anterior	1,700	\$2.16/hour	\$3,672.00	4.00%	\$146.88
Nueva Fórmula	1,700	\$2.16/hour	\$3,672.00	4.25%	\$156.06

NOTA: Esto es un aumento de 6.25% más que la tarifa acumulación anterior.

Si no ha incurrido en una Separación del Empleo Cubierto (como se define en la Sección 6.07 del Plan), su beneficio acumulado cuando se jubile será la suma de lo siguiente.

- \$95.00 por cada Unidad de Beneficio (o una cantidad proporcional por cada fracción de Unidad de Beneficio) obtenida como resultado del empleo antes del 1 de agosto de 1986; más
- 3.30% de las Contribuciones hechas por las Horas Trabajadas en un Empleo Cubierto después del 31 de julio de 1986 y antes del 1 de agosto de 2003, excluyendo cualquier Contribución hecha en un Año de Crédito del Plan durante el cual el Participante no ganó .50 de Unidad de Beneficio; más



Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.

5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588 | Telephone: 707-864-2800 or 800-244-4530

- 2.30% de las Contribuciones hechas por las Horas Trabajadas en Empleo Cubierto después del 31 de julio de 2003 y antes del 1 de julio de 2005, excluyendo cualquier Contribución hecha en un Año de Crédito del Plan durante el cual el Participante no ganó .50 Unidad de Beneficio; más
- 2.30% de los primeros \$2.16 por hora en Contribuciones hechas por Horas Trabajadas en Empleo Cubierto después del 30 de junio de 2005 y antes del 1 de agosto de 2019, excluyendo cualquier Contribución hecha en un Año de Crédito del Plan durante el cual el Participante no ganó .50 de Unidad de Beneficio; más
- 3.30% de los primeros \$2.16 por hora en Contribuciones hechas por Horas Trabajadas en Empleo Cubierto después del 31 de julio de 2019 y antes del 1 de agosto de 2020, excluyendo cualquier Contribución hecha en un Año de Crédito del Plan durante el cual el Participante no ganó .50 de Unidad de Beneficio; más
- 4.00% de los primeros \$2.16 por hora en Contribuciones hechas por Horas Trabajadas en Empleo Cubierto después del 31 de julio de 2020 y antes del 1 de agosto de 2022, excluyendo cualquier Contribución hecha en un Año de Crédito del Plan durante el cual el Participante no ganó .50 de Unidad de Beneficio; más
- 4.25% de los primeros \$2.16 por hora en Contribuciones hechas por Horas Trabajadas en Empleo Cubierto después del 31 de julio de 2022, excluyendo cualquier Contribución hecha en un Año de Crédito del Plan durante el cual el Participante no ganó .50 de Unidad de Beneficio.

Si ha incurrido en una Separación del Empleo Cubierto, los beneficios acumulados antes de la Separación se "congelan" según la fórmula de beneficios vigente en el momento de la Separación. Según su historial laboral, podría tener una o más Separaciones del Empleo Cubierto.

Cuando se jubile, su beneficio acumulado puede estar sujeto a ajustes por jubilación anticipada y/o forma de pago elegida.

2. CHEQUE COMPLEMENTARIO PARA LOS PENSIONISTAS QUE REÚNEN LOS REQUISITOS

Los pensionistas recibirán un pago suplementario único de \$500 en diciembre de 2022 si:

- El Pensionista está en estado de pago (no fallecido o suspendido) al 1 de noviembre de 2022; y
- El Pensionista fue miembro en regla de un Sindicato Local del Norte de California afiliado al Laborers International Union of North America continuamente desde el 1 de octubre de 2021 hasta el 31 de octubre de 2022.

No se pagará ningún pago suplementario a ningún Beneficiario o Dependiente, y ningún Participante recibirá más de un pago suplementario, bajo esta enmienda.

De acuerdo con los requisitos de información de ERISA, este documento sirve como su Resumen de Modificaciones Importantes del Plan. Guárdelo con la Descripción resumida del Plan.



Anuncio Importante

Por favor, entregue una copia de este Anuncio a su Cónyuge y a los hijos elegibles inscritos en el Plan

DATE: 7 de septiembre de 2022

TO: Todos los participantes del Plan de Jubilación, incluidos los dependientes y los beneficiarios de COBRA, inscritos en el Plan de Pago Directo

FROM: Junta de Fideicomisarios

SUBJECT **Mejoras en las Prestaciones del Plan de Salud y Bienestar -**
Aumento del Máximo Anual en Dólares de los Medicamentos Recetados

El propósito de este aviso es informarle de ciertas modificaciones materiales que se han realizado al Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California. **Esta información es MUY IMPORTANTE para usted y sus dependientes.** Por favor, tómese el tiempo de leerla cuidadosamente.

Aumento del Importe Máximo Anual de los Medicamentos de Venta con Receta A Partir del 1 de octubre de 2022

La Junta de Fideicomisarios se complace en informarle que, a partir del 1 de octubre de 2022, el máximo anual en dólares de los medicamentos recetados al por menor y por correo ha aumentado de \$20,000 por individuo por año calendario a \$35,000 por individuo por año calendario. Todos los demás copagos y máximos continuarán siendo los mismos.

Si usted tiene preguntas sobre este anuncio importante, póngase en contacto con la Oficina del Fondo de Fideicomiso, de lunes a viernes, de 8:00 AM a 17:00 PM. Si tiene preguntas sobre la Ley de Asistencia Asequible, visite www.healthcare.gov.

Sinceramente,

Junta de Fideicomisarios
Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de
los Obreros para el Norte de California

La recepción de esta notificación no constituye una determinación de su elegibilidad. Si desea verificar su elegibilidad, o si tiene alguna pregunta sobre los cambios del Plan, póngase en contacto con la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

De acuerdo con los requisitos de información de ERISA, este documento sirve como su Resumen de Modificaciones Importantes del Plan.

Guarde este importante anuncio junto a sus folletos del Plan de Salud y Bienestar

- *Marzo de 2016 Normas y reglamentos del Plan de Jubilados*
- *Junio de 2016 Descripción resumida del Plan de Jubilados*



AVISO ANUAL DE FINANCIAMIENTO

Para

Año del Plan 2021

Fondo Fideicomiso de la Pensión de los Obreros para el Norte de California

1º de junio de 2021 – 31 de mayo de 2022

Introducción

Esta notificación incluye información importante sobre el estado de la financiación de su plan de pensión de múltiples empleadores (el "Plan"). También incluye información general sobre los pagos de beneficios garantizados por la "Pension Benefit Guaranty Corporation" ("PBGC"), una agencia federal de seguros. Todos los planes tradicionales de pensión (llamados "planes de beneficios definidos de pensión") deben proporcionar este aviso cada año, independientemente de su estado de financiación. Este aviso no significa que el Plan está terminando. Se proporciona con fines informativos y no están obligados a responder de ninguna manera. Este aviso es requerido por la ley federal. Este aviso es para el Año del Plan que comienza 1º de junio de 2021 y termina el 31 de mayo de 2022 ("Año del Plan 2021").

Que Tan Bien Financiado esta su Plan

La ley requiere que el administrador del Plan le diga que tan bien se financia el Plan, mediante una medida llamada el "porcentaje financiado." El Plan divide sus activos por parte de sus pasivos en la Fecha de Valoración para el Año del Plan para obtener este porcentaje. En general, cuanto mayor sea el porcentaje, mejor financiado el plan. El porcentaje financiado del Plan para el Año del Plan 2021 y cada uno de los dos años de planes anteriores se muestran en la tabla a continuación. La tabla también indica el valor de los activos y pasivos del Plan para el mismo período.

Porcentaje Financiado			
Año del Plan	2021	2020	2019
Fecha de Valuación	1º de junio de 2021	1º de junio de 2020	1º de junio de 2019
Porcentaje Financiado	101.5%	102.2%	97.4%
Valor de los Activos	\$3,926,188,929	\$3,507,491,045	\$3,193,720,342
Valor de los Pasivos	\$3,868,793,110	\$3,430,853,865	\$3,279,765,209

Valor Justo de Mercado de los Activos al Final del Año

Los valores del activo fijo en la tabla anterior se miden a partir de la fecha de valoración. También son "valores actuariales." Los valores actuariales son diferentes de los valores del mercado en que no fluctúan diariamente en función de los cambios en las acciones u otros mercados. Los valores actuariales suavizan esas fluctuaciones y pueden permitir niveles más predecibles de las aportaciones futuras. A pesar de las fluctuaciones, los valores de mercado tienden a mostrar una imagen más clara del estado financiado por un plan en un momento dado. Los valores de los activos en la tabla siguiente son valores de mercado y se miden en el último día del Año del Plan 2021. La tabla también incluye el valor de mercado de fin de año de los activos del Plan para cada uno de los dos Años de los Planes anteriores.

Fin de Año del Plan	31 de mayo de 2022	31 de mayo de 2021	31 de mayo de 2020
Valor Justo al Mercado de los Activos	\$4,353,544,616 ¹	\$4,118,599,412	\$3,419,467,665

¹ Figura no auditada, sujeto a cambio

Estado En Peligro de Extinción, Crítico o Crítico y Decreciente

Bajo la ley federal de pensión, un plan generalmente está en estado de "peligro" si su porcentaje financiado es inferior al 80 por ciento. Un plan está en estado "crítico" si el porcentaje financiado es inferior al 65 por ciento (también se pueden aplicar otros factores). Un plan está en estado "crítico y decreciente" si está en estado crítico y se prevé que sea insolvente (se quede sin dinero para pagar los beneficios) dentro de los 15 años (o dentro de 20 años si se aplica una regla especial). Si un plan de pensión entra en peligro, los fideicomisarios del plan son equidos para adoptar un plan de mejora de financiación. Del mismo modo, si un plan de pensión entra en estado crítico o en estado crítico y decreciente, los fideicomisarios del plan están obligados a adoptar un plan de rehabilitación. Los planes de mejora y rehabilitación de la financiación establecen medidas y puntos de referencia para los planes de pensión para mejorar su estado de financiación durante un período de tiempo especificado. El patrocinador del plan de un plan en estado crítico y en decreciente puede solicitar la aprobación para modificar el plan para reducir las obligaciones de pago actuales y futuras a los participantes y beneficiarios. El Plan no estaba en peligro, crítico o en estado crítico y decreciente en el Año del Plan 2021.

Información del Participante

El número total de participantes y beneficiarios cubiertos por el Plan en la fecha de valoración era 40,092. De esta cifra, 21,574 eran empleados actuales, 9,948 se jubilaron y recibían beneficios, 8,570 se jubilaron o ya no trabajan para el empleador y tienen derecho a beneficios futuros, y 2,003 eran beneficiarios y recibían beneficios.

Políticas de Financiación e Inversión

Cada plan de pensión debe tener un procedimiento para establecer una política de financiación para los objetivos del plan. Una política de financiación se refiere a la cantidad de dinero que se necesita para pagar los beneficios prometidos. La política de financiación del Plan se resume de la siguiente manera: El Plan se financia con contribuciones mensuales realizadas por los empleadores signatarios de conformidad con los acuerdos de negociación colectiva con el Consejo de Obreros del Distrito del Norte de California.

Los planes de pensión también tienen políticas de inversión. Por lo general, son directrices escritas o instrucciones generales para tomar decisiones de gestión de inversiones. La política de inversión del Plan se resume de la siguiente manera: El Plan se guía por una política de inversiones con un propósito declarado, responsabilidades asignadas, filosofía razonable y objetivos de inversión prudentes. Se establecen rangos definidos para la asignación de activos de la cartera de inversiones. También se establecen directrices para monitorear las acciones, el rendimiento y las prácticas administrativas de los gerentes de inversión individuales.

Bajo la política de inversión del Plan, los activos del Plan se reparten entre las siguientes categorías de inversiones, a partir de finales de Año del Plan. Estas asignaciones son porcentajes del total de activos:

Asignaciones de Activos	Porcentaje
1. Inversiones	25.9
2. Instrumentos de Deuda a Grado de Inversión	27.1
3. Instrumentos de Deuda de Alto Rendimiento	9.9
4. Propiedad Inmueble	7.3
5. Otro	29.8

Eventos que Tienen Efecto Significativo en Activos y Pasivos

Por ley, esta notificación debe contener una explicación escrita de nuevos eventos que tengan un efecto significativo sobre los pasivos o activos del plan. Esto se debe a que este tipo de eventos pueden afectar significativamente la condición de financiación del plan. Para el Año del Plan que comienza el 1º de junio de 2022 hasta el 31 de mayo de 2023, no tenemos conocimiento de cualquier evento que tendría un efecto significativo en los activos o pasivos del Plan.

Derecho a Solicitar una Copia del Informe Anual

Los planes de pensión deben presentar informes anuales ante el Departamento de Trabajo de Estados Unidos. El informe se llama el "Formulario de 5500." Estos informes contienen información financiera y de otro tipo. Usted puede obtener una copia electrónica del informe anual de su plan yendo a www.efast.dol.gov y utilizando la herramienta de búsqueda. Los informes anuales también están disponibles en el Departamento de Trabajo de US Department of Labor, Employee Benefits Security Administration's Public Disclosure Room localizado en 200 Constitution Avenue, NW, Room N-1513, Washington, DC 20210, o llamando al 202-693-8673. También puede obtener una copia del informe anual del Plan al hacer una solicitud por escrito al administrador del plan o visitando www.norcalaborers.org. Los informes anuales no contienen información personal, como la cantidad de su beneficio acumulado. Puede ponerse en contacto con el administrador del plan si desea obtener Información acerca de sus beneficios acumulados. Su administrador del plan se identifica más adelante en "Dónde obtener más información."

Resumen de las Reglas que Rigen los Planes Insolventes

La ley federal tiene una serie de reglas especiales que se aplican a los planes de empleadores múltiples con problemas financieros que se declaran insolventes, ya sea como planes en curso o planes terminados por retiro masivo. El administrador del plan es requerido por la ley a incluir un resumen de estas reglas en el aviso de financiamiento anual. Un plan es insolvente para un año del plan si sus recursos financieros disponibles no son suficientes para pagar los beneficios cuando se deben aportar para ese año del plan. Un plan insolvente debe reducir los pagos de beneficios al nivel más alto que se pueden pagar con los recursos disponibles del plan. Si estos recursos no son suficientes para pagar beneficios al nivel especificado por la ley (vea "Pagos de Beneficios Garantizados por la PBGC," a continuación), el plan debe aplicar a la PBGC para recibir asistencia financiera. El PBGC prestará al plan la cantidad necesaria para pagar beneficios en el nivel garantizado. Beneficios reducidos se pueden restaurar si la condición financiera del plan mejora.

Un plan que se declara insolvente debe dar un aviso inmediatamente de su estado a los participantes y beneficiarios, empleadores contribuyentes, las uniones que representan a los participantes, y PBGC. Además, los participantes y los beneficiarios también deben de recibir información acerca de si, y cómo, sus beneficios serán reducidos o afectados, incluyendo la pérdida de una opción de un pago completo.

Pagos de Beneficios Garantizados por el PBGC

El beneficio máximo que garantiza el PBGC está establecido por la ley. Sólo los beneficios que se han ganado el derecho a recibir y que no se pueden perder (llamados beneficios adquiridos) están garantizados. Existen programas de seguro separados con diferentes garantías de beneficios y otras provisiones para planes de empleadores individuales y planes de empleadores múltiples. Su plan está cubierto por el programa de empleadores múltiples de la PBGC. En concreto, la PBGC garantiza un beneficio mensual equivalente a 100 por ciento de los primeros \$11 de la tasa de acumulación de beneficios mensual del Plan, más el 75 por ciento de los primeros \$33 de la tasa de acumulación, multiplicado por cada año de servicio acreditado. La garantía máxima de PBGC, por lo tanto, es de \$35.75 por mes multiplicado por los años de un participante de servicio acreditado.

Ejemplo 1: Si un participante con 10 años de servicio acreditado tiene un acumulado beneficio mensual de \$600, la tasa de acumulación el cual determina la garantía de PBGC se determina dividiendo el beneficio mensual por los años de los participantes de servicio ($\$600/10$), que es igual a \$60. La cantidad garantizada para un índice acumulado mensual de \$60 es igual a la suma de \$11 más \$24.75 ($0.75 \times \$33$), o \$35.75. Por lo tanto, el beneficio mensual garantizado del participante es \$357.50 ($\35.75×10).

Ejemplo 2: Si el participante en el Ejemplo 1 tiene un beneficio mensual acumulado de \$200, la tasa de acumulación para determina la garantía sería de \$20 (o $\$200/10$). La cantidad garantizada para un índice acumulado mensual de \$20 es igual a la suma de \$11 más \$6.75 ($.75 \times \$9$), o \$17.75. Por lo tanto, el beneficio mensual garantizado del participante sería \$177.50 ($\17.75×10).

El PBGC garantiza beneficios de pensión pagados a la edad normal de jubilación y algunos beneficios de jubilación anticipada. Además, el PBGC garantiza beneficios de prejubilación para un sobreviviente que califica (que son beneficios de prejubilación de fallecimiento que se pagan al cónyuge sobreviviente de un participante que fallece antes de empezar a recibir pagos de beneficios). Al calcular el pago mensual de una persona, el PBGC en cuenta ningún aumento de beneficios que se haya hecho bajo un plan dentro de los 60 meses anteriores a la terminación o suspensión de pagos del plan (o beneficios que estaban en vigor durante menos de 60 meses en el momento de la terminación o insolvencia). Del mismo modo, el PBGC no garantiza beneficios por encima del beneficio normal de jubilación, beneficios por discapacidad que no están en pago, o los beneficios no de pensión, como el seguro de salud, seguro de vida, beneficios por fallecimiento, pago de vacaciones, o la indemnización por despido.

Para obtener información adicional sobre el PBGC y las garantías de los programas de seguros de pensión, ir a la página de empleadores múltiples en el sitio web de PBGC al www.pbgc.gov/multiemployer. Por favor, póngase en contacto con su empleador o administrador del plan para obtener información específica acerca de su plan de pensión o beneficio de pensión. PBGC no tiene esa información. Consulte la sección "Dónde obtener más información sobre su Plan," a continuación.

Dónde obtener más información

Para obtener más información sobre este aviso, puede comunicarse con:

Administrador del Plan

Laborers Fund Administrative Office of Northern California, Inc.
5672 Stoneridge Drive | Suite 100
Pleasanton, CA 94588
707-864-2800

A efectos de identificación, el número oficial del Plan es 001 y el nombre del patrocinador del Plan y el número de identificación del empleador de "EIN" es 94-6277608.

Este Aviso Anual de Financiamiento está siendo enviada a:

- Participantes del plan, Jubilados y Beneficiarios vía la Publicación Trimestral
- Uniones de Obreros del Norte de California
- Laborers International Union – Pacific Southwest Region
- Empleadores Contribuyentes, vía correo postal
- Asociaciones de Empleadores, vía correo postal
- Pension Benefit Guaranty Corporation



NOTIFICACIÓN DE COBERTURA ACREDITABLE DE RECETAS MÉDICAS

Este documento es la Notificación de Cobertura Acreditable de Recetas Médicas que exige la ley.

Guardelo en un lugar seguro para uso futuro.

A: Todos los Participantes del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California

Asunto: Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California

Esta notificación es para las personas que tienen Medicare. Si usted, o cualquiera de sus familiares elegibles son elegibles ahora o se harán elegibles a Medicare en el próximo año, por favor lea esta Notificación con cuidado y guárdela donde pueda encontrarla luego. *Si usted o un miembro de su familia no están elegibles a Medicare en el próximo año, puede desatender esta notificación.*

Esta notificación tiene información sobre su actual cobertura de recetas médicas con el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros y la cobertura de recetas médicas que está a disposición de las personas que tienen Medicare. También explica las opciones que tiene con el programa de recetas médicas de Medicare (la Parte "D" de Medicare) que pudiera ayudarle a decidir si quiere o no quiere participar en la Parte D de Medicare.

PUNTOS IMPORTANTES QUE DEBE TENER PRESENTES:

1. La cobertura de recetas médicas de Medicare se puso a disposición de todas las personas que eran elegibles para Medicare por vez primera en 2006. La cobertura estuvo disponible por medio de los planes de recetas médicas de Medicare y de los Planes Advantage de Medicare que ofrecen cobertura de recetas médicas, como Kaiser Permanente Senior Advantage. Todos los planes de recetas médicas de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura que fija Medicare. Algunos planes pudieran ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. El Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros ha determinado que la cobertura de recetas médicas proporcionada por el Plan de Pago Directo es "acreditable". Acreditable significa que el valor de los beneficios de recetas médicas que ofrece el Plan de Pago Directo es, en promedio para todos los participantes del plan, al menos tan bueno como la cobertura de recetas médicas estándar de Medicare. Esto significa que se espera que el Plan de Pago Directo pague tanto en cobertura de recetas médicas como la cobertura de recetas médicas estándar de Medicare.
3. Obreros Jubilados y Dependientes Inscritos en el Plan de Kaiser Senior Advantage, ofrecido por El Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros:
 - Como persona inscrita en un Plan Advantage de Medicare i.e. Senior Advantage), automáticamente queda inscrito en el plan de recetas médicas de Medicare.

Precaución: Si se inscribe en otro Plan de Recetas Médicas individual de Medicare, se cancelaría su inscripción en su actual Plan Kaiser Permanente Senior Advantage. Usted no puede ser inscrito en un Plan de Recetas Médicas secundario además de lo que es ofrecido por aquellos Planes. Si tiene interés en otro Plan de Recetas Médica de Medicare, usted debería llamar la Oficina de Fondo para ver lo que lo efectúa tendrá en su cobertura médica corriente antes de que usted tome la decisión.

4. Recuerde, que si usted es un Obrero jubilado o un dependiente de un Obrero jubilado, deberá inscribirse en las Partes A y B de Medicare una vez que sea elegible a Medicare. Si no lo hace, no recibirá el máximo en beneficios de hospital y médicos, sin importar cuál plan de salud escoja.

Debido a que su cobertura de recetas médicas actual es, bajo el Plan de Pago Directo, en promedio, al menos tan buena como la cobertura de recetas médicas estándar de Medicare, podrá conservar su cobertura de recetas médicas con el Plan de Pago Directo y no necesitará inscribirse en un programa de Recetas (Médica la Parte D de Medicare). Si decide inscribirse en la cobertura médica en la Parte D de Medicare en algún momento futuro, no tendrá obligación de pagar una prima mayor porque tenía un plan de recetas médicas (bajo el Plan de Pago Directo) que era “acreditable.” Siempre y cuando esté inscrito en un plan de recetas médicas acreditable cuando sea elegible por vez primera para Medicare, y mantiene esta cobertura, no se le sancionará con una prima mayor una vez que se inscriba en la Parte D de Medicare. **Excepción:** vea adelante: “Que pasa si usted pierde o cancela su cobertura en el Plan de los Obreros.”

Que las personas pueden inscribirse en el plan de recetas médicas de Medicare cuando sean elegibles por vez primera a Medicare y cada año posterior entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre**. Los beneficiarios cuya cobertura de grupo termine pudieran ser elegibles a un período de inscripción especial para apuntarse en la cobertura de recetas médicas de Medicare.

SUS OPCIONES SI ESTÁ INSCRITO EN EL PLAN DE PAGO DIRECTO SON:

1. **NO HACER NADA.** Puede conservar su cobertura actual de recetas médicas con el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros Plan de Pago Directo. No tiene que inscribirse en un Plan de Recetas Médicas de Medicare.
2. **INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE LA PARTE D DE MEDICARE.** Podrá conservar su cobertura actual de recetas médicas bajo el Plan de Pago Directo e inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare. (Recuerde que este no se aplica si usted inscriba en un Plan de Recetas médicas de Medicare HMO mencionado anteriormente). Si decide inscribirse en el Plan de Recetas Médicas de Medicare, debe entender que tiene que pagar la prima por la Parte D de su propio bolsillo. Además, no habrá ninguna reducción en la prima mensual que pague por la cobertura de hospital, médica y de recetas médicas por medio del Fondo de Fideicomiso. El Fondo de Fideicomiso no separará el costo de la cobertura de recetas médicas de la prima total que usted paga por el Plan de Pago Directo. Si le interesa inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare, debe comparar su cobertura actual, incluyendo las medicinas que se cubren con el costo de los planes de recetas médicas individuales de Medicare en su área.

¿QUÉ SUCEDE SI PIERDO O CANCELO LA COBERTURA EN EL PLAN DE FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE OBREROS Y NO ME INSCRIBA EN UN PLAN DE RECETAS MÉDICAS DE LA PARTE D DE MEDICARE?

Si cancela o pierde su cobertura en el Plan del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar y no se inscribe en un plan de recetas médicas de Medicare, pudiera tener obligación de pagar una prima mayor como se explica enseguida:

Si pierde la cobertura con los Obreros y se espera 63 días o más antes de inscribirse en una cobertura de recetas médicas que sea al menos tan buena como la cobertura de recetas médicas de Medicare, su prima mensual aumentará al menos en 1% al mes por cada mes en que no tenga la cobertura.

Por ejemplo, si deja pasar 19 meses sin tener cobertura acreditable de recetas médicas, su prima mensual por la cobertura de recetas médicas (Parte D) de Medicare será al menos 19% más alta de la que hubiera pagado si hubiera obtenido la cobertura antes de que pasaran 63 días. Además, pudiera tener obligación de esperarse hasta el mes de octubre siguiente para inscribirse.

PARA MÁS INFORMACIÓN RESPECTO A ESTA NOTIFICACIÓN O SU ACTUAL COBERTURA DE RECETAS MÉDICAS, CONTACTE LA OFICINA DEL FONDO:

Recibirá esta Notificación anualmente y en otros momentos futuros (por ejemplo antes del siguiente período en que pueda inscribirse en la cobertura de recetas médicas de Medicare o si cambia la cobertura de este plan de Salud y Bienestar, Plan de Pago Directo, de los Obreros). También podrá solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento.

MÁS INFORMACIÓN RESPECTO A SUS OPCIONES BAJO LA COBERTURA DE RECETAS MÉDICAS DE MEDICARE:

El manual Medicare and You tiene más información sobre los planes de Medicare que ofrecen la cobertura de recetas médicas. Todas las personas inscritas en Medicare recibirán una copia del manual por correo cada año directamente de Medicare. Los beneficiarios de Medicare también pudieran ser contactados directamente por los planes de recetas médicas aprobados por Medicare. Para más información sobre los planes de recetas médicas de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa de Asistencia Estatal con el Seguro de Salud para recibir ayuda personalizada (Vea el número telefónico en el manual Medicare and You).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). LOS USUARIOS DEL SISTEMA TTY DEBEN LLAMAR AL 1-877-486-2048.

En el caso de personas que tengan ingreso y recursos limitados, se dispone de ayuda extra para pagar los planes de recetas médicas de Medicare. La información sobre esta ayuda extra está disponible de la Administración del Seguro Social (SSA) en Internet en www.socialsecurity.gov, o llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: *Guarde esta Notificación.* Si se inscribe en uno de los nuevos planes de recetas médicas aprobados por Medicare, pudiera tener obligación de presentar una copia de esta Notificación al inscribirse para mostrar que no tiene obligación de pagar una prima más alta.

Fecha: 14 de Septiembre, 2022

Nombre del Remitente: Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California

Contacto: Sr. Bryan Berthiaume, Fund Manager

Dirección: 5672 Stoneridge Drive | Suite 100 | Pleasanton CA, 94588

Número de Teléfono: 707-864-2800 ó Gratis al 1-800-244-4530

En todos los casos, el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California se reserva el derecho de modificar los beneficios en cualquier momento de acuerdo con la ley aplicable.



Anuncio Importante

Por favor, entregue una copia de este anuncio a su Cónyuge y a los hijos elegibles inscritos en el Plan

FECHA: 28 de septiembre de 2022

A: Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para los Participantes y Dependientes del Plan Activo, Jubilado y Especial para el Norte de California, incluidos los beneficiarios de COBRA

De: Junta de Fideicomisarios

ASUNTO: Mejoras al Plan y Definiciones Nuevas y Revisadas del Plan

Este aviso tiene por objeto informarle de ciertas modificaciones materiales que se han realizado en el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California. Esta información es **MUY IMPORTANTE** para usted y sus dependientes. Por favor, tómese el tiempo de leerla cuidadosamente.

MEJORAS EN LAS PRESTACIONES DE DETERMINADOS SERVICIOS DE PROVEEDORES NO-PPO EFECTIVO A PARTIR DEL 1 DE JUNIO DE 2022

La Ley Sin Sorpresas se promulgó en diciembre de 2020. Esta ley protege a los pacientes que reciben servicios de urgencia en un hospital, en un servicio de urgencias independiente y en ambulancias aéreas. Además, la ley protege a los pacientes que reciben servicios de urgencias de un proveedor No-PPO en un centro de la red. A partir del 1 de junio de 2022, los beneficiarios que reciban estos servicios sólo serán responsables del pago de los costos compartidos dentro de la red y no podrán ser facturados de parte del proveedor o centro por el saldo de los servicios de emergencia. Además, a partir del 1 de junio de 2022, el Plan está implementando una serie de mejoras para cumplir con la Ley de No Sorpresas.

Servicios de Emergencia

Servicios de Emergencia que están cubiertos:

- Sin necesidad de una determinación de autorización previa, incluso si los servicios se prestan fuera de la red;
- Sin tener en cuenta si el proveedor de atención médica que presta los servicios de emergencia es un proveedor de la PPO o un centro de emergencias de la PPO, según corresponda, con respecto a los servicios;
- Sin imponer ningún requisito o limitación administrativa a los Servicios de Emergencia fuera de la red que sea más restrictiva que los requisitos o limitaciones que se aplican a los Servicios de Emergencia recibidos de proveedores de la PPO y de centros de emergencia de la PPO;
- Sin imponer requisitos de reparto de costos a los servicios de emergencia fuera de la red que sean mayores que los requisitos que se aplicarían si los servicios fueran prestados por un proveedor de la PPO o un centro de emergencia de la PPO;
- Calculando el requisito de participación en los gastos para los servicios de urgencia fuera de la red como si el importe total que se hubiera cobrado por los servicios fuera igual al importe reconocido para los servicios; y
- Contando cualquier pago de costo compartido realizado por el participante o beneficiario con respecto a los Servicios de Emergencia hacia cualquier deducible dentro de la red o máximos de desembolso dentro de la red aplicados bajo

el plan (y se aplica el deducible dentro de la red y los máximos de desembolso dentro de la red) de la misma manera que si los pagos de costo compartido se hicieran con respecto a los Servicios de Emergencia prestados por un proveedor PPO o un centro de emergencia PPO.

El importe de los gastos compartidos para los Servicios de Emergencia prestados por Proveedores No-PPO se basará en el menor de los cargos facturados por el proveedor o en el Importe de Pago Calificado (QPA).

Artículos o Servicios que No son Emergencias de un Proveedor No-PPO en un centro PPO

Con respecto a los artículos o servicios que no son de emergencia y que están cubiertos por el Plan, si los artículos o servicios cubiertos que no son de emergencia son realizados por un proveedor no PPO en un centro PPO, los artículos o servicios están cubiertos por el plan:

- Con un requisito de participación en los gastos que no es mayor que el requisito de participación en los gastos que se aplicaría si los artículos o servicios hubieran sido suministrados por un proveedor de la PPO,
- Calculando los requisitos de participación en los gastos como si el importe total que se hubiera cobrado por los artículos y servicios por parte de dicho proveedor no PPO fuera igual al importe reconocido por los artículos y servicios.
- Contando cualquier pago de gastos compartidos realizado por el participante o beneficiario para cualquier deducible dentro de la red y los máximos de gastos de bolsillo dentro de la red aplicados bajo el plan (y los deducibles dentro de la red y los máximos de gastos de bolsillo deben ser aplicados) de la misma manera que si dichos pagos de gastos compartidos se hicieran con respecto a los artículos y servicios proporcionados por un proveedor PPO.
- Los artículos o servicios que no sean de emergencia prestados por un proveedor no PPO en un centro PPO estarán cubiertos en base a su cobertura fuera de la red si:
 - ✓ Al menos 72 horas antes del día de la cita (o tres (3) horas antes de la prestación de los servicios en el caso de una cita para el mismo día), el participante o dependiente recibe una notificación por escrito, según lo exigido por la ley federal, de que el proveedor es un proveedor No-PPO con respecto al Plan, de los cargos estimados para su tratamiento y de cualquier limitación anticipada que el Plan pueda poner en su tratamiento, de los nombres de cualquier proveedor PPO en el centro que pueda tratarlo, y de que puede elegir ser derivado a uno de los proveedores PPO enumerados; y
 - ✓ El participante o dependiente da su consentimiento informado para continuar el tratamiento con el proveedor No-PPO, reconociendo que el participante o beneficiario entiende que el tratamiento continuado con el proveedor No-PPO puede resultar en mayores costos para el participante o beneficiario.
- La excepción de notificación y consentimiento no se aplica a los servicios auxiliares y a los artículos o servicios prestados como resultado de necesidades médicas imprevistas y urgentes que surgen en el momento en que se presta un artículo o servicio, independientemente de que el proveedor No-PPO haya cumplido los criterios de notificación y consentimiento, y por lo tanto estos servicios estarán cubiertos:
 - ✓ Con un requisito de participación en los gastos que no es mayor que el que se aplicaría si los artículos o servicios hubieran sido suministrados por un proveedor de la PPO,
 - ✓ Con requisitos de participación en los gastos calculados como si el importe total cobrado por los artículos y servicios fuera igual al importe reconocido por los artículos y servicios, y
 - ✓ Con la participación en los gastos contabilizada para cualquier deducible de la red y los máximos de bolsillo de la red, como si dichos pagos de participación en los gastos fueran con respecto a los artículos y servicios prestados por un proveedor de la PPO.

El importe de los gastos compartidos para los servicios que no sean de emergencia en centros de la PPO prestados por proveedores que no sean de la PPO se basará en el menor de los cargos facturados por el proveedor o el QPA.

Servicios de Ambulancia Aérea

Si usted recibe servicios de Ambulancia Aérea que de otra manera están cubiertos por el Plan, de un proveedor No-PPO, esos servicios serán cubiertos por el Plan de la siguiente manera:

- Los servicios de Ambulancia Aérea recibidos de un proveedor No-PPO serán cubiertos con un requisito de costo compartido que no es mayor que el requisito de costo compartido que se aplicaría si los servicios hubieran sido prestados por un proveedor PPO.
- En general, no se le puede facturar el saldo de estos artículos o servicios. Su costo compartido se calculará como si la cantidad total que se habría cobrado por los servicios por un proveedor de la PPO de servicios de Ambulancia Aérea fuera igual a la menor de la Cantidad de Pago Calificado o la cantidad facturada por los servicios.
- Cualquier pago de costo compartido que usted haga con respecto a los servicios de Ambulancia Aérea cubiertos contará para su deducible de la Red (PPO) y el máximo de desembolso de la Red (PPO) de la misma manera que los recibidos de un proveedor de la PPO.

Pagos a Proveedores y Facilidades No-PPO

El Plan realizará un pago inicial o una notificación de denegación de pago para los Servicios de Emergencia. Servicios que no sean de emergencia en centros de la PPO prestados por proveedores que no sean de la PPO y servicios de ambulancia aérea en un plazo de 30 días naturales a partir de la recepción de una reclamación limpia del proveedor que no sea de la PPO. El período de 30 días naturales comienza en la fecha en que el plan recibe la información necesaria para decidir una reclamación de pago por los servicios.

Si una reclamación está sujeta a la Ley de No Sorpresas, no se puede exigir al afiliado que pague más del costo compartido por el Plan, y el proveedor o centro tiene prohibido facturar al afiliado o al dependiente por encima del costo compartido requerido.

El Plan abonará directamente al proveedor no-PPO un pago total del plan igual a la cantidad en la que la tarifa fuera de la red por los servicios supere el importe del costo compartido por los servicios, menos cualquier importe de pago inicial.

Revisión Externa

Una Determinación Adversa de Beneficios que esté relacionada con un Servicio de Emergencia, un Servicio que no sea de Emergencia prestado por un proveedor no- PPO en un centro de la PPO, y/o servicios de Ambulancias Aéreas, tal y como se contempla en la Ley Federal Sin Sorpresas, es elegible para la Revisión Externa. Para más información, consulte los procedimientos de Revisión Externa en el Documento SPD/Plan.

Continuidad de la Cobertura

Si usted es un paciente de atención continuada, y el contrato con su proveedor o centro de la PPO finaliza, o sus beneficios bajo un plan de salud de grupo se terminan debido a un cambio en los términos de la participación de los proveedores y/o centros en el plan:

1. Se le notificará oportunamente la terminación del contrato y su derecho a elegir la atención transitoria continuada del proveedor o centro; y
2. Se le concederán hasta noventa (90) días de cobertura continuada a costo compartido de la Red para permitir la transición de la atención a un proveedor de la Red.

Información Incorrecta del Proveedor PPO

Puede obtener una lista de proveedores de la PPO sin costo alguno visitando la página web o llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación. La red está formada por proveedores, incluidos los hospitales, de diversas especialidades, así como de medicina general, que tienen contrato con el Plan o con una organización que contrata en su nombre.

Si obtiene y se basa en información incorrecta sobre si un proveedor es un proveedor PPO por parte del Plan o de sus administradores, el Plan aplicará la participación en los gastos de la PPO a su reclamación, aunque el proveedor fuera No-PPO.

Proceso de Reclamación

Si cree que se le ha facturado erróneamente, o si tiene alguna otra queja en virtud de la Ley Sin Sorpresas o de la Norma de Transparencia de los Planes de Salud, puede ponerse en contacto con la Oficina del Fondo o con el número gratuito de la Administración de Seguridad de las Prestaciones de los Empleados (EBSA): 1-866-444-3272.

Derogación de las Normas de Pago de los Servicios de Emergencias

La disposición del Plan relativa al pago de los servicios de la Sala de Emergencias, tal y como exige la Ley de Atención Asequible, queda derogada para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2022 y se sustituye por los requisitos de la Ley Sin Sorpresas.

DEFINICIONES NUEVAS Y REVISADAS DEL PLAN A PARTIR DEL 1 DE JUNIO DE 2022

Ambulancia Aérea significa el transporte médico por una ambulancia aérea de ala rotatoria, tal como se define en 42 CFR 414.605, o una ambulancia aérea de ala fija, tal como se define en 42 CFR 414.605, para los pacientes.

Servicios Auxiliares son, con respecto a un centro sanitario de la PPO:

- Artículos y servicios relacionados con la medicina de urgencias, la anestesiología, la patología, la radiología y la neonatología, tanto si los presta un médico como si no lo es,
- Artículos y servicios prestados por cirujanos asistentes, personal médico e personal de cuidado intensivo;
- Servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de radiología y de laboratorio y sujeto a excepciones especificadas por el Secretario; y
- Artículos y servicios prestados por un proveedor no perteneciente a la PPO si no hay ningún proveedor de la PPO que pueda suministrar dicho artículo o servicio en dicho centro.

Costo Compartido es la cantidad que un participante o beneficiario debe pagar por un artículo o servicio cubierto según los términos del plan. El costo compartido incluye generalmente los copagos, el coseguro y los importes pagados para los deducibles, pero no incluye los importes pagados para las primas, la facturación de saldos por parte de los proveedores que no pertenecen a la PPO, ni el costo de los artículos o servicios que no están cubiertos por el plan.

Cantidad de Costos Compartidos para los servicios de emergencia y no emergencia en centros PPO realizados por proveedores no PPO y los servicios de ambulancia aérea de proveedores no PPO se basará en el importe reconocido.

Paciente de atención continuada significa una persona que, con respecto a un proveedor o centro

1. está recibiendo un tratamiento por una enfermedad grave y compleja por parte del proveedor o centro;
2. se somete a un curso de atención institucional o de hospitalización por parte del proveedor o centro;
3. está programado para someterse a una intervención quirúrgica no electiva por parte del proveedor, incluida la recepción de cuidados postoperatorios por parte de dicho proveedor o centro con respecto a dicha intervención quirúrgica;
4. está embarazada y se somete a un tratamiento para el embarazo por parte del proveedor o centro; o

5. tiene o se ha determinado que tiene una enfermedad terminal (según el artículo 1861(dd)(3)(A) de la Ley de Seguridad Social) y está recibiendo tratamiento para dicha enfermedad por parte de dicho proveedor o centro.

Condición Médica de Emergencia significa una condición médica, incluida una condición de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias, manifestada por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor severo), de tal manera que una persona prudente que posea un conocimiento medio de la salud y la medicina podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resultara en un deterioro grave de las funciones corporales, una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o que pusiera en grave peligro la salud de una mujer o de su hijo no nacido.

Se entiende por **Servicios de Emergencia** lo siguiente:

1. Un examen médico apropiado que esté dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un hospital o de un departamento de emergencias independiente, según sea el caso, incluyendo los servicios auxiliares de los que dispone habitualmente el departamento de emergencias para evaluar dicha condición médica de emergencia; y
2. Dentro de las posibilidades del personal y de las instalaciones disponibles en el hospital o en el servicio de urgencias independiente, según corresponda, el examen médico y el tratamiento adicionales necesarios para estabilizar al paciente (independientemente del servicio del hospital en el que se preste dicho examen o tratamiento adicional).

Los servicios de emergencia prestados por un proveedor o un centro de emergencias que no pertenezca a la OPC (independientemente del departamento del hospital en el que se presten dichos artículos o servicios) también incluyen los servicios posteriores a la estabilización (servicios prestados después de que el paciente se haya estabilizado) y como parte de la observación ambulatoria o de una estancia de hospitalización o ambulatoria relacionada con la condición médica de emergencia, hasta que:

- El proveedor o centro determine que el participante o beneficiario puede viajar utilizando un transporte no médico o un transporte médico no urgente; o
- El participante o beneficiario reciba una notificación por escrito, tal como lo exige la ley federal, de que el proveedor es un proveedor que no pertenece a la PPO con respecto al Plan, de los cargos estimados para su tratamiento y de cualquier limitación por adelantado que el Plan pueda poner en su tratamiento, de los nombres de cualquier proveedor de la PPO en el centro que pueda tratarlo y de que usted puede elegir ser derivado a uno de los proveedores de la PPO que se mencionan; y
- El participante o beneficiario da su consentimiento informado para que el proveedor no perteneciente a la PPO continúe el tratamiento, reconociendo que el participante o beneficiario entiende que la continuación del tratamiento por parte del proveedor no perteneciente a la PPO puede suponer un mayor costo para el participante o beneficiario.

Centro de Salud (para servicios que no son emergencias) es cada uno de los siguientes:

1. Un hospital (como se define en la sección 1861(e) de la Ley de la Seguridad Social);
2. Un departamento de ambulatorio del hospital;
3. Un hospital de acceso crítico (como se define en la sección 1861(mm)(1) de la Ley de Seguridad Social); y
4. Un centro quirúrgico ambulatorio descrito en la sección 1833(i)(1)(A) de la Ley de Seguridad Social

Departamento de Servicios de Emergencias Independiente es un centro de salud (no limitado a los descritos en la definición de centro de salud) que está geográficamente separado y es distinto de un hospital según la legislación estatal aplicable y que proporciona servicios de urgencias.

Ley Sin Sorpresas significa la Ley Federal Sin Sorpresas (Ley Pública 116-260, División BB).

Facilidades de Emergencias No-PPO es una facilidad o centro de emergencias de un hospital o un departamento de emergencias independiente (o un hospital, con respecto a los servicios de emergencias, tal y como se definen), que no tiene una relación contractual directa o indirecta con un plan de salud de grupo o una cobertura de seguro de salud de grupo ofrecida por un emisor de seguros de salud, con respecto al suministro de un artículo o servicio bajo el plan o la cobertura respectivamente.

Proveedor No-PPO: proveedor médico que no tiene una relación contractual directa o indirecta con el Plan con respecto al suministro de un artículo o servicio en el marco del Plan.

La Tarifa Fuera de la Red con respecto a los artículos y servicios realizados por un proveedor No-PPO, un centro o facilidad de emergencias Fuera de la Red o un proveedor de servicios de ambulancia No-PPO, significa uno de los siguientes:

- La cantidad que las partes negocien;
- La cantidad aprobada bajo el proceso de resolución independiente de conflictos (IDR); o
- si el estado cuenta con un acuerdo modelo para todos los contribuyentes, el importe que el estado apruebe en virtud de ese Sistema

Por Importe de Pago Admisible (QPA) se entiende el importe calculado según la metodología descrita en el 29 CFR 716-6(c).

Cantidad Reconocida significa (por orden de prioridad) una de las siguientes:

1. Una cantidad determinada por un Acuerdo Modelo para Todos los Contribuyentes aplicable en virtud de la sección 1115A de la Ley de Seguridad Social;
2. Una cantidad determinada por una ley estatal específica; o
3. El menor de los importes facturados por el proveedor o el centro o el importe de pago admisible (QPA)

En el caso de los servicios de ambulancia aérea prestados por proveedores no-PPO, la Cantidad Reconocida es la menor de las cantidades facturadas por el proveedor o centro o la Cantidad de Pago Calificada (QPA).

Afección Grave y Compleja significa, con respecto a un participante, beneficiario o inscrito en el Plan, una de las siguientes:

1. en el caso de una enfermedad aguda, una afección lo suficientemente grave como para requerir un tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de muerte o lesión permanente;
2. en el caso de una enfermedad o afección crónica, una afección que sea
 - ✓ que pone en peligro la vida, es degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita, y
 - ✓ requiera una atención médica especializada durante un periodo prolongado.

La Terminación incluye, con respecto a la prestación de Continuación de la Atención, la expiración o no renovación del contrato, pero no incluye la terminación del contrato por incumplimiento de las normas de calidad aplicables o por fraude.

Si tiene preguntas sobre este Anuncio Importante, póngase en contacto con la Oficina del Fondo Fiduciario, de lunes a viernes, de 8:00 AM a 5:00 PM.

Sinceramente,

Junta de Fideicomisarios
Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros
para el Norte de California

La recepción de esta notificación no constituye una determinación de su elegibilidad. Si desea verificar su elegibilidad, o si tiene alguna pregunta sobre los cambios del Plan, póngase en contacto con la Oficina del Fondo Fiduciario.

De acuerdo con los requisitos de información de ERISA, este documento sirve como su Resumen de Modificaciones Importantes del Plan.

Conserve este Anuncio Importante junto con sus folletos del Plan de Salud y Bienestar



Obtén la atención que necesitas sin costo para ti

¡Tu Plan de Salud de Pago Directo de los Obreros te respalda!

Trabajas duro para mantener a tu familia, y conseguir la atención médica que necesitas no siempre es accesible. Por eso, tu Plan de Salud de Pago Directo de los Obreros te ofrece una gama completa de cuidados a través de Transcarent **sin costo para ti**.

UNA EXPERIENCIA DIFERENTE:



¿Tienes una pregunta sobre tu salud?

Habla con una guía de salud humana, al 24/7.



¿Necesitas una segunda opinión?

Consulta con médicos y enfermeras que pueden ayudarte a entender tus condiciones médicas y opciones de tratamiento.



¿Estás pensando en operarte?

Con Transcarent Surgery Care, pagas \$0 por tu cirugía.



¿Sufres dolores articulares, de espalda o musculares?

Recibe cuidados adaptados a tu horario con la Fisioterapia Virtual.

Actualmente, Transcarent no está disponible para los empleados inscritos en el plan de salud de Kaiser, en el plan Anthem Medicare Advantage (MA) ni para los afiliados al Plan de Pago Directo de Jubilados cubiertos por Medicare.



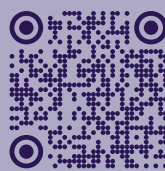
¿No te sientes bien?

Chatea con un médico en menos de 60 segundos con Telesalud.



¿Estás buscando proveedores?

Revisa tus síntomas y localiza proveedores de calidad.



Escanea el código QR para descargar la aplicación y activar tus beneficios

o habla con una Guía de Salud hoy mismo.



(855) 265-9804



member.transcarent.com

Important Contacts & Directions to the Trust Fund Office/ Contactos Importantes y Direcciones de la Oficina del Fondo de Fideicomiso

5672 Stoneridge Drive, Suite 100, Pleasanton, CA 94588

707-864-2800 | 800-244-4530

Open Monday - Friday, 8am - 5pm

Email - customerservice@lfao.org | Website - lfao.org

Anthem Blue Cross PPO

Medicare Advantage Plan: 833-848-8729

BridgeHealth: 855-265-9804

Doctor Search: www.anthem.com/ca

Urgent Care: www.meemolabs.com/wellpoint/ca.php

Anthem Dental Complete

877-567-1804

Future Moms Program

866-664-5404

Blue View Vision

866-723-0515

Kaiser Permanente

800-464-4000

www.kaiserpermanente.org

LiveHealth Online

24/7 888-548-3432

www.livehealthonline.com

OptumRx - Will Change in 2023

Mail Order 844-601-9793

Pharmacy Help 844-601-9793

www.optumrx.com

Claremont EAP

800-834-3773 - M-F, 8-5

24/7 for clinical emergencies

www.claremonteap.com

Bright Now! Dental

888-274-4486

www.brightnow.com

Delta Care USA

800-422-4234

www.deltadentalins.com

UnitedHealthcare Dental

800-999-3367

www.myuhcdental.com

Transcarent

855-265-9804

www.transcarent.ai

TRAINING CENTER

1001 Westside Dr, San Ramon, CA 94583

www.norcaltc.org | info@norcaltc.org

Switchboard: 925-828-2513

Email: training@norcaltc.org

Apprenticeship: apprenticeship@norcaltc.org

DIRECTIONS/DIRECCIONES

From/De Sacramento: I-80 West/Oeste

Take exit for Stoneridge Drive → Turn left → Arrive at 5672 Stoneridge Drive

Tome la salida hacia Stoneridge Drive → Haga una izquierda → Llegue a 5672 Stoneridge Drive

From/De San Francisco: I-80 East/Este

Take Folsom St to I-80 E → Right at Market St turns right and becomes 10th St → Left onto Folsom St → Take I-580 E to Hacienda Dr. Take exit 46 from I-580 E → Continue onto I-580 E → Right take exit 46 for Hacienda Drive toward Dublin Boulevard → Right onto Hacienda Drive → Left onto Gibraltar Drive → Left onto Stoneridge Drive → Arrive at 5672 Stoneridge Drive

Tome Folsom St hasta la I-80 E → Derecha en Market St, gire a la derecha y se convierta en 10th St → Izquierda en Folsom St → Tome la I-580 E hasta Hacienda Dr. Tome la salida 46 desde la I-580 E → Continúe por la I-580 E → Derecha salida 46 hacia Hacienda Drive hacia Dublin Boulevard → Derecha en Hacienda Drive → Izquierda en Gibraltar Drive → Izquierda en Stoneridge Drive → Llegue a 5672 Stoneridge Drive





Laborers Funds Administrative Office
of Northern California, Inc.
5672 Stoneridge Drive, Suite 100
Pleasanton, CA 94588

DISCLAIMER

The Laborers Quarterly is published with the intent of providing information about the various benefits available to eligible participants and how to effectively use those benefits. There are exclusions and limitations in all benefit plans, so carefully read each plan's Rules and Regulations. Health and Welfare Plan rules should be reviewed before seeking medical care. Your rights as a Plan participant are ultimately determined by the Rules and Regulations of the various benefit plans. If you have any questions about the contents and information in this publication, please contact the Trust Fund Office.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Nuestra revista trimestral, se publica con la intención de proporcionar información sobre los diferentes beneficios disponibles a los participantes elegibles y cómo usar esos beneficios eficazmente. Hay exclusiones y limitaciones en todos los planes de beneficios, así que lea atentamente nuestras diferentes Reglas y Regulaciones del plan. Las reglas del plan de Salud y Bienestar deben revisarse antes de solicitar atención médica. Sus derechos como participante del plan se determinan finalmente por las Reglas y Regulaciones de los diferentes planes de beneficios. Si tiene alguna pregunta sobre la información de esta publicación, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso.