

BUILDING YOUR BENEFITS



FOX VALLEY & VICINITY LABORERS

HEALTH AND WELFARE AND PENSION FUNDS

Boone • Kane • Kendall • McHenry

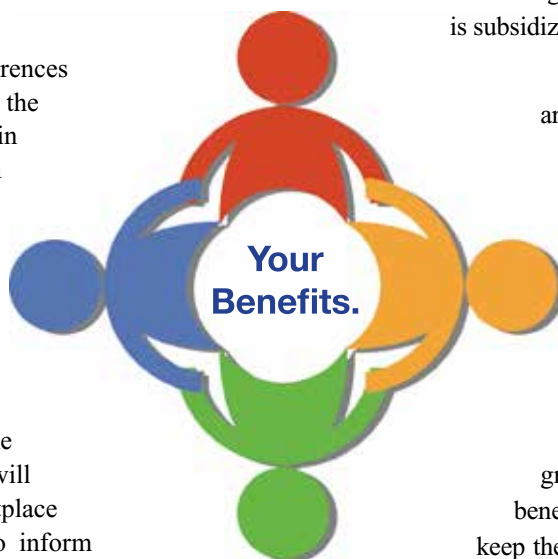
Affordable Care Act

The Health Insurance Marketplace

The participants of the Fox Valley Laborers Health and Welfare Fund Plan (Fox Valley Laborers Plan) will soon receive a notice from their employer(s) regarding the Health Insurance Marketplace (also called the exchange) as required under the Affordable Care Act (ACA). This notice will provide general information about the new Marketplace and information regarding how the availability of coverage from an employer will impact the availability of premium tax credits for low income individuals.

There are fundamental differences between multiemployer plans and the insurance coverage that will be sold in the Marketplace. The plans offered in the Marketplace may not be designed to replace existing employment-based group coverage from multiemployer plans like the Fox Valley Laborers Plan. In addition, unlike the Fox Valley Laborers Plan, there is no employer contribution for qualified health plans purchased through the Marketplace, meaning that you will have to pay the full cost of the Marketplace coverage. Given this, we wanted to inform you that the Fox Valley Laborers Plan provides comprehensive health care coverage that meets minimum value at no cost to you, provided you meet the eligibility requirements for coverage. **If you are a covered participant under the Plan then you do not have to do anything in regard to the Marketplace.**

A typical multiemployer health plan like the Fox Valley Laborers Plan provides not only the full range of health benefits including prescription, dental and vision coverage, but also non-health benefits such as loss of time benefits, life insurance and accidental death and dismemberment coverage. In addition, the Fund offers a broad network of doctors and hospitals. Unlike the Marketplace plans, the Fox Valley Laborers Plan also offers continued coverage into retirement at a reduced cost which is subsidized by the Fund.



Unlike the Marketplace plans, which are generally offered by for-profit insurance companies, Fox Valley Laborers Plan is a nonprofit entity that exists solely for the benefit of our participants and their families. The collective bargaining unit continues to place a priority on health benefits as part of the overall compensation package. The contribution rate paid by an employer for each hour worked is set forth for the group as a whole and is used to fund the benefits. The Board of Trustees strives to keep the administrative costs low while focusing on efficient, high-quality, cost effective coverage. Customer service is a priority.

No action is required of you at this time, but if you have any questions regarding the Fox Valley Laborers Plan, please contact the Fund Office at 847-742-0900.

Happy Retirement!

Congratulations to Toby Koth, Union Trustee, who retired with 36 years of service; and, Carol Zulpa, Fund Office employee, who retired with 28 years of service.

Please Call Ahead!

So that we can provide efficient service, we encourage you to make an appointment before coming to the office for information and help.



**JUST CALL: 1-847-742-0900
Or, toll free: 1-866-828-0900**

Fall, 2013

Stretch The Value Of Your Dollar!



In today's world of record energy prices and spiraling food costs, it's not often that you get the opportunity to save money and stretch the value of a dollar. The DNoA Preferred Network offers you and your family access to a wide range of participating network dental providers who have agreed to charge lower fees for their services. This extensive network provides you with many choices and typically lower costs, which means savings for you and the Fund.

- Reduced out-of-pocket costs due to discounted fees
- No referral needed for specialty dentists
- Contracting dentists will submit claims for you

DNoA offers a national dental PPO network of general and specialty dentists (including orthodontists) who agree to discount their fees for participating members. When you use a DNoA Preferred Network dentist, the Plan saves money because your claim payment will be based on the discounted fee. You save money because your co-insurance will also be based on the discounted fee. Your dental and orthodontia benefits will go further because the amount applied to your annual dental benefit maximum and lifetime orthodontia benefit maximum will be the Plan's discounted payment.

Following is an example of Type B & C Services – General & Replacement:

Network Provider		Non-Network Provider	
Billed Amount	\$978.00	Billed Amount	\$978.00
Discounted Fee	\$726.00	Plan Allowed Amount	\$850.00
Plan Payment @ 85% up to the annual maximum of \$1,500	\$617.10	Plan Payment @ 85% up to the annual maximum of \$1,500	\$722.50
Member Balance (15% of the discounted fee)	\$108.90	Member Balance (15% of the Plan allowed amount plus the difference between billed & Plan allowed amount)	\$255.50

Using the DNoA Preferred Network will save you and the Plan money and will help stretch the value of your dental benefit maximum. DNoA Preferred Network dentists may not balance bill you for charges in excess of the discounted amount; however, your deductible and co-pay still apply for covered services.

To find a participating dentist and maximize your savings, visit the DNoA Preferred Network website at www.dnoa.com, enter your zip code and select "Labor" or call 1-866-LABOR-L-U (1-866-522-6758) between 8:00 a.m. and 6:00 p.m. CDT. If your dentist is not in the PPO network, you can nominate him/her for inclusion in the DNoA Preferred Network by contacting DNoA Preferred Network at www.dnoa.com for a recruitment package that will be sent directly to your dentist.

Living With Diabetes Can Be A Challenge

Living with diabetes can be a challenge. Diabetes is a condition in which the body does not make or correctly use insulin. Over time, high blood sugar can damage your heart, eyes, feet and kidneys. The cause of diabetes is still unknown, although both genetics and environmental factors such as obesity and lack of exercise appear to play roles. Maintaining close-to-normal levels of blood sugar has been shown to reduce the risk of diabetes-related problems. So it is important for people with diabetes to monitor their blood sugar levels.



The Fund Office will be closed for the following HOLIDAYS:

Thanksgiving Holiday

Thursday, November 28, 2013
Friday, November 29, 2013



Christmas Holiday

Tuesday, December 24, 2013
Wednesday, December 25, 2013



New Year's Holiday

Tuesday, December 31, 2013
(close at noon)
Wednesday, January 1, 2014



Blue Care Connection

A Path To Healthier Living

Two of the best things you can do for your health are to lose extra pounds and quit smoking. These are tough goals to reach on your own. Voluntary programs such as the Tobacco Cessation Program and the Weight Management Program are available through the Blue Care Connection at bcbsil.com. These programs provide personal telephone wellness coaching and self-directed courses.

Quitting smoking can lead to immediate and lifetime health benefits. Stopping smoking isn't easy, but when you know what your options are and where to go for help, you'll have a better chance of staying smoke-free. Did you know that smoking deterrents are covered under the Family Supplemental Benefit? An explanation of the Family Supplemental Benefit can be found in your Summary Plan Description booklet.

STOP SMOKING PLAN! YOU CAN DO IT!

Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat
		 Target Your Stop Date!				
						
						
						
						
						

Seek Wellness Coaching!

"If you fill your heart with regrets of yesterday and the worries of tomorrow, you have no today for which you can be thankful." ~ Anonymous

Member Assistance Program

The Fund recognizes the challenges of balancing work with the circumstances of everyday life. That's why you and your family have access to assistance provided by the ERS Member Assistance Program. The service is a free benefit from the Fund provided by ERS.

Some of the special features and benefits include: unlimited telephone consults and up to 3 free in-person counseling sessions for each issue or problem; live connect delivering assistance 24/7 via online instant messaging and assisted search forms; savings



center for discounts on tickets and name brand merchandise; wellness center for nutrition and fitness support; lifelines and ERS press including quarterly newsletters with information on topics for your daily life.

Achieving balance through total well-being and support. Always available. Always confidential.

Access Is Easy

No matter when, no matter where, you and your family have access to professional support. To get started you can either call toll-free 800-292-2780; or, log on to www.ers-eap.com, USERNAME: **laborers** PASSWORD: **foxvalley**

Chiropractic Care And Acupuncture

The Plan provides benefits for chiropractic care and acupuncture for you or your dependent over age five for treatment of the back, neck, spine, and vertebra, for conditions due to subluxation, strains, sprains, and nerve root problems. The care must be provided by a chiropractic physician. The plan does not cover physical and occupational therapy rendered by a chiropractic physician.

Have You Moved?

It is important to keep the Fund Office informed of your current address. For a change of address form visit our website or call the Fund Office.



Coordination Of Benefits

You may be entitled to receive benefits under the Fox Valley Laborers Health and Welfare Fund and another group health insurance plan, for example, if your spouse works and also has group health insurance. It is important that you keep the Fund Office aware of any other group health insurance plan. In order to ensure that the Fund Office has the correct benefit determination, you should complete an "Other Insurance" form and submit it to the Fund Office. The "Other Insurance" form is available in the Fund Office or at www.fvlab.com.

For purposes of this coordination of benefits provision, another group health plan is:

- another group, blanket, or franchise plan;
- service plan contracts, group practice, individual practice, and other prepayment coverage;
- labor-management trustee plans, union welfare plans, or employee benefit organization plans; and,
- any coverage under governmental programs and any coverage required or provided by any statute that provides benefits or services for hospital, medical, prescription drug, dental, and vision care or treatment.

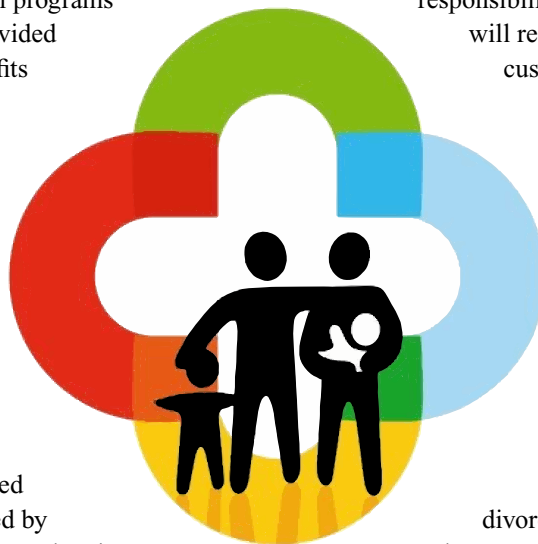
In these situations, the two plans will coordinate their benefit payments so that the combined payments of both plans will not be more than your actual covered expenses. One plan (the primary plan) will pay its full benefits. Then, the second plan will consider any covered expenses that are not completely covered by the first plan's benefits. No plan pays more than it would without the coordination of benefits provision.

If the other plan seeks to limit benefit payments in the presence of secondary coverage to a nominal amount, this plan will pay benefits only up to an amount not to exceed 20% of the allowable expenses incurred.

The order of payment between the plans is as follows:

- the health care plan without a coordination provision similar to this one will always pay first;
- if the patient is both covered as an active employee or as a dependent of an active employee and coverage under another health care plan as either a laid-off employee, a retired employee, or a dependent, then the active employee's health care plan will have primary responsibility;

- the health care plan listing the patient as the employee (rather than a dependent) will pay first;
- a dependent child whose parents are not separated or divorced and who is covered under both parents' health care plans will receive coverage as follows:
 - the plan of the parent having his or her birthday earlier in the calendar year, (i.e., month and day) will have primary responsibility;
 - the health care plan covering the parent longer will have primary responsibility, if the parents have the same birthday; or,
 - if the other health care plan does not have a "birthday" provision and uses another rule to determine primary responsibility, that rule will determine which plan is primary;
- a dependent child covered either by divorced or separated parents that have no court decree of financial responsibility for the child's health care expenses, will receive primary coverage under the custodial parent's health care plan.



If the parent with custody remarries, we use the following order to determine primary responsibility:

- the plan of the parent with legal custody;
- the plan of the stepparent with legal custody; then,
- the plan of the parent without legal custody.

A dependent child covered by either divorced or separated parents that has a court decree specifying which parent has financial responsibility for the child's health care expenses will have primary coverage under that parent's plan if that parent's plan has actual knowledge of that decree.

This plan will pay first for a dependent child enrolled in Medicaid or a state CHIP.

- If none of the above apply, or if there is a conflict, the plan that has covered the person for the longer time will pay first.
- If the other plan that covers the patient is Medicare, the benefits of this Plan will be determined before the benefits of Medicare are determined, unless federal law specifies otherwise.

Continued on page 5



Coordination Of Benefits With Medicare

You don't have to be retired to be eligible for Medicare. Once you or your spouse reach age 65, you are eligible for Medicare benefits even if you are still working. Some people become eligible for Medicare before age 65, such as people who are disabled as defined by the Social Security Administration or people with end stage renal disease (ESRD). However, you must enroll in Medicare to receive Medicare benefits. To avoid any delay in receiving Medicare benefits, you should apply to your local Social Security office at least three months before you reach age 65.

Medicare consists of four parts: Part A, which provides hospital benefits, Part B which provides medical benefits, and Part C, Medicare Advantage, which is the managed care portion of Medicare and Part D which is prescription drug coverage. Part A is generally provided at no cost to you. There is, however, a premium for Part B and Part D. The Fund does not reimburse the cost of the Medicare Part B or Part D premium. The Fund will pay its benefits as if you have enrolled in Medicare Part B, whether you do or not. If you have enrolled in Medicare Part D you will lose eligibility for all Plan benefits.

The Fund will be primary over Medicare for expenses if you are age 65 or over and covered as an active participant. In all other instances, the Fund will have secondary responsibility for you and your dependents. The Fund will also have secondary responsibility for expenses if you or your dependent is eligible for Medicare benefits solely because of end stage renal disease where Medicare has primary responsibility.

The Fund will have primary responsibility for expenses for the first 30 months if you or your dependent is eligible for Medicare benefits solely because of end stage renal disease where Medicare has secondary responsibility. In addition, the Fund will have primary responsibility for expenses if you are an active participant and have received Social Security benefits for 24 consecutive months. However, if you or your dependent is covered under a Medicare private contract arrangement (Part C), services covered under that plan will not be considered a covered expense by the Fund.

Marital Status And Benefits?

If you have a change in marital status, it is your responsibility to notify the Fund Office immediately. This is important for two reasons:

- (1) If you become legally separated or divorced, your spouse and stepchildren are no longer eligible for the medical benefits. If you do not notify the Fund Office, you may be personally liable to reimburse the Fund for claims paid or prescriptions filled on behalf of your spouse or stepchildren after the date of divorce.
- (2) The Fund Office cannot commence payment of your pension benefit without a copy of your divorce decree because at times a portion of your pension benefits is allocated to your spouse. In this case, the Fund Office will require a Qualified Domestic Relations Order (QDRO) from the court.

In the event you are eligible for death benefits from either the Welfare or Pension Fund, the Fund Office is required to pay those benefits to your designated beneficiaries. Therefore, it is important that you periodically review your beneficiary designations.



Emergency Room Vs. Urgent Care Facility

Emergency rooms are not always the fastest choice for your medical care needs – and certainly not the most cost-effective. For conditions that are not life-threatening, you may be able to save time and money by going to your local urgent care facility. These freestanding walk-in centers usually offer extended hours and their doctors can treat non-life-threatening medical situations, perform basic X-rays and lab work, and dispense prescriptions.

Urgent care facilities are for non-life-threatening conditions that need attention right away. These include minor traumas such as cuts, sprains, eye injuries, flu, fever, insect bites, and simple fractures. Patients are usually seen on a walk-in basis, and many centers have extended hours. It's a good idea to locate an urgent care facility close by so you know where to get quick help when you need it.

If you have symptoms of heart attack or stroke, or feel that your "life or limb" is in danger, go immediately to the emergency room. You should visit the ER if you have any of the following warning signs: chest pain or pressure; uncontrolled bleeding; sudden or severe pain; coughing or vomiting blood; difficulty breathing or shortness of breath; sudden dizziness, weakness, or changes in vision; severe or persistent vomiting or diarrhea; or changes in mental status, such as confusion. If you think you might be having a medical emergency, but aren't sure, go to the ER.

To find a BCBS PPO network participating provider you can call 1-800-810-2583 or check on line at www.bcbsil.com.



Board of Trustees
Fox Valley Laborers
Health and Welfare Fund
Fox Valley & Vicinity
Laborers Pension Fund

Management

- Mike Shales
Chairman,
Welfare and Pension
- John P. Bryan
- Al Orosz

Union

- Dan Brejc
Secretary, Welfare Fund
- Vern Bauman
Secretary, Pension Fund
- Jeff Frost

2400 Big Timber Road • Suite 206 B
Elgin, IL 60124

Hours:

Monday thru Friday 8 a.m. to 4:30 p.m.
Phone: 1-847-742-0900 • Toll Free: 1-866-828-0900
www.fvlab.com

In Memory Of Our Plan Participants

**We extend our sincere sympathy to
their families.**



PARTICIPANTS	AGE	LOCAL	DEATH DATE
John E. Blocker	75	582	2/23/13
Paul W. Bonifas	45	582	1/31/13
William Cleveland	83	582	11/17/12
Daniel P. Crabb	67	149	9/25/12
Robert L. Cundiff	78	1035	4/8/13
Matthew Elser	33	1035	6/1/13
Atilano Garcia	79	582	10/28/12
Dean M. Glosson	65	1035	5/13/13
Edward Gureczny III	34	1035	3/12/13
Owen E. Henson	64	582	9/16/12
John F. Kemp	22	1035	8/25/12
David J. Lapp	50	139	3/11/13
Ronald W. Lawson	55	1035	1/8/13
Ronnie E. Lee	73	582	2/3/13
David W. Manke	58	1035	12/4/12
Richard J. Mau Jr.	53	149	11/19/12
Richard A. Mc Cabe	57	152	9/17/12
Philip J. Mc Cue	60	1035	4/3/13
Jesus E. Munoz	40	1035	6/28/13
Duane D. Palmer	62	1035	4/3/13
David Paoni	52	582	3/1/13
John E. Perez	42	149	3/9/13
William G. Pollock	79	582	7/6/13
Herbert W. Pritchett	78	149	2/26/13
Guy G. Robinson	81	32	1/4/13
Ronald Sanches	66	1035	3/14/13
John T. Sykes	79	582	11/8/12
Roger D. Sykes	64	582	10/3/12
Bradley J. Timmons	55	96	10/17/12

Summary Of Benefits Coverage

In May you should have received the Fox Valley Laborers Health and Welfare Fund Summary of Benefits and Coverage. This document is being provided to you as part of the Affordable Care Act. Due to space considerations, the document does not identify all of the rules governing benefits and coverage.

The SBC provides two examples of services covered under the plan. These examples help illustrate how deductibles, copays and coinsurance work under the plan. There are two examples provided: having a baby and managing Type 2 diabetes. Because each person's care will be different, these examples are not intended to show exact costs. Instead, the sample costs are based on national averages supplied by the U.S. Department of Health and Human Services and they are not specific to a certain geographic area or health plan.

If you are not clear about any of the underlined terms used in the SBC, you can view the Uniform Glossary. The Uniform Glossary is a separate document from the SBC and is available at www.cciio.cms.gov or you can call the Fund Office toll free at 866-828-0900 to request a copy.

Please continue to refer to the Summary Plan Description for a complete statement of the Fund's rules governing eligibility, benefits and coverage.

Physical And Occupational Therapy

The Plan covers physical and occupational therapy services when provided by a registered physical therapist, or a registered or state licensed occupational therapist, for short-term therapy. Services are covered if the treatment is for the physical restoration of a physical disability for which there is a reasonable expectation of significant improvement in that disability as determined by the Plan. Services must be ordered by a physician under an individual treatment plan and must be certified by the physician as necessary for the improvement of the patient's condition through short-term care. The physician must provide a written prescription which includes frequency, duration, and prognosis. You should refer to your Summary Plan Description for a more detailed description of this benefit.

School Physicals

Benefits are payable for a school physical for athletic participation or when mandated by the Board of Education. Ages include kindergarten and grades 5 and 9. Payment for these expenses is limited to \$50 per dependent child each calendar year. Routine physicals are not covered. Immunizations not required by your child's school are not covered.

The Plan provides benefits for immunizations and tests required by a dependent child's school. These eligible expenses are fully covered immediately. You do not need to satisfy the individual annual deductible before receiving benefits.



BUILDING YOUR BENEFITS



FOX VALLEY & VICINITY LABORERS

HEALTH AND WELFARE AND PENSION FUNDS

Boone • Kane • Kendall • McHenry

Ley De Atención Médica Asequible

El Mercado De Los Seguros De Salud

Los participantes del Plan de Fondo de Salud y Asistencia Social de los Trabajadores de Fox Valley (Plan de Trabajadores de Fox Valley) pronto recibirán una notificación de su(s) empleador(es) acerca del mercado de los seguros de salud, como lo exige la Ley de Atención Médica Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Esta notificación brindará información general acerca del nuevo mercado e información sobre cómo la disponibilidad de cobertura del empleador impactará en la disponibilidad de créditos impositivos para la prima de individuos con ingresos bajos.

Hay diferencias fundamentales entre los planes de múltiples empleadores y la cobertura de seguro que se venderá en el mercado. Los planes ofrecidos en el mercado pueden no estar diseñados para reemplazar la cobertura de grupo basada en el empleo existente de los planes de múltiples empleados como el Plan de Trabajadores de Fox Valley. Además, a diferencia del Plan de Trabajadores de Fox Valley, no hay contribución del empleador para planes de salud calificados adquiridos a través del mercado, lo que significa que tendrá que pagar el costo total de la cobertura del mercado. Dado esto, queríamos informarle que el Plan de Trabajadores de Fox Valley proporciona una cobertura integral de la atención médica que alcanza el valor mínimo sin costo para usted, siempre que cumpla con los requisitos de elegibilidad para la cobertura. **Si usted es un participante cubierto por este plan, entonces no tendrá que hacer nada acerca del mercado.**

Un plan típico de atención médica de múltiples empleadores como el Plan de Trabajadores de Fox Valley brinda el rango total de beneficios de salud, lo que incluye recetas, cobertura dental y ocular, y beneficios no relacionados con la salud como los beneficios de pérdida de tiempo, seguro de vida y cobertura por desmembramiento o muerte accidental. Además, el Fondo ofrece una amplia red de médicos y hospitales. A diferencia de los planes del mercado, el Plan de Trabajadores de Fox Valley ofrece una cobertura continua hasta el retiro a un costo reducido que está subsidiado por el Fondo.



A diferencia de los planes del mercado, que generalmente ofrecen las compañías de seguro con ánimos de lucro, el Plan de Trabajadores de Fox Valley es una entidad sin ánimos de lucro que existe únicamente para el beneficio de nuestros participantes y sus familias. La unidad de convenios colectivos continúa colocando la prioridad en los beneficios de salud como parte del paquete total de compensación. La tasa de contribución pagada por el empleador por cada hora de trabajo está establecida para el grupo en su totalidad y se utiliza para financiar los beneficios. El Consejo de Administración se esfuerza por mantener los costos administrativos bajos mientras se enfoca en brindar una cobertura eficiente, de alta calidad y rentable. La atención al cliente es la prioridad.

No debe hacer nada en esta oportunidad, pero si tiene alguna pregunta acerca del Plan de Trabajadores de Fox Valley, comuníquese con la Oficina del Fondo al 847-742-0900.



Felicitaciones a Toby Koth, administrador del sindicato, que se retiró con 36 años de servicio; y a Carol Zulpá, empleada de la Oficina del Fondo, que se retiró con 28 años de servicio.

¡Llame Antes De Venir!

Para que podamos brindarle un servicio eficiente, le agradeceríamos que realice una cita antes de venir a la oficina en busca de información o asistencia.



SOLO LLAME AL: 1-847-742-0900

**O a nuestra línea gratuita:
1-866-828-0900**

Otoño de 2013

GCC/IBT 1017-M

¡Estire El Valor De Su Dólar!



En el mundo actual de precios récord para la electricidad y costos en espiral para los alimentos, no es común tener la oportunidad de ahorrar dinero y estirar el valor de un dólar. La Preferida de Atención Dental de Estados Unidos (DNoA, por sus siglas en inglés) le ofrece a usted y a su familia acceso a una amplia variedad de profesionales dentales participantes de la que han acordado cobrar tarifas más bajas por sus servicios. Esta extensa le proporciona muchas opciones y, generalmente, menores costos, lo que implica un ahorro para usted y para el Fondo.

- Costos de bolsillo reducidos gracias a las tarifas con descuentos
- No se necesita derivación para los dentistas especialistas
- Los dentistas contratados presentarán las solicitudes por usted

DNoA ofrece una PPO dental nacional de dentistas generales y especializados (incluye ortodoncistas) que aceptan reducir sus tarifas para los miembros participantes. Cuando utiliza un dentista De la Preferida DNoA, el Plan ahorra dinero porque su pago de cobertura estará basado en la tarifa con descuento. Ahorra dinero porque su coseguro también estará basado en la tarifa con descuento. Sus beneficios dentales y de ortodoncia serán mayores porque el monto aplicado a su máximo de beneficio dental anual y máximo de beneficio vitalicio de ortodoncia será el pago descontado del Plan.

A continuación, incluimos un ejemplo de servicios de tipo B y C. General y reemplazo:

Profesional dentro de la		Profesional fuera de la	
Monto facturado	\$978.00	Monto facturado	\$978.00
Tarifa descontada	\$726.00	Monto permitido por el plan	\$850.00
Pago del plan al 85% hasta el máximo anual de \$1,500	\$617.10	Pago del plan al 85% hasta el máximo anual de \$1,500	\$722.50
Saldo del miembro (15% de la tarifa descontada)	\$108.90	Saldo del miembro (15% del monto permitido por el plan más la diferencia entre el monto facturado y el permitido por el plan)	\$255.50

Utilizar la Preferida DNoA ahorrará dinero para usted y para el Plan y ayudará a estirar el valor de su máximo de beneficio dental. Los dentistas de la Preferida DNoA pueden llegar a no facturarle los cargos que excedan el monto con descuento; sin embargo, su deducible y copago se aplicarán igual a los servicios cubiertos.

Para encontrar un dentista participante y maximizar sus ahorros, visite el sitio web de la Preferida DNoA en www.dnoa.com, ingrese su código postal y seleccione "Labor" (trabajo) o comuníquese al 1-866-522-6758 entre las 8:00 a.m. y las 6:00 p.m. CDT. Si su dentista no se encuentra en la PPO, puede postularlo para que se incluya en la Preferida DNoA al contactar a la Preferida DNoA en www.dnoa.com para un paquete de contratación que se le enviará directamente a su dentista.

Vivir Con Diabetes Puede Ser Un Desafío

Vivir con diabetes puede ser un desafío. La diabetes es una condición por la cual el cuerpo no produce o utiliza de forma correcta la insulina. Con el paso del tiempo el alto nivel de azúcar en sangre puede dañar a su corazón, ojos, pies y riñones. La causa de la diabetes todavía se desconoce, aunque la genética y los factores ambientales como la obesidad y la falta de ejercicio parecen tener un papel importante. Se ha demostrado que mantener niveles de azúcar en sangre cerca de los normales reduce el riesgo de problemas relacionados con la diabetes. Así que es importante que las personas con diabetes controlen sus niveles de azúcar en sangre.



La Oficina del Fondo estará cerrada en los próximos DÍAS FESTIVOS:

Acción de gracias

Jueves 28 de noviembre de 2013
Viernes 29 de noviembre de 2013



Navidad

Martes 24 de diciembre de 2013
Miércoles 25 de diciembre de 2013



Año nuevo

Martes 31 de diciembre de 2013
Miércoles 1 de enero de 2013



Blue Care Connection

El Camino A Una Vida Más Aana

Dos de las mejores cosas que puede hacer por su salud son perder los kilos extra y dejar de fumar. Estas son metas difíciles de alcanzar por su cuenta. Los programas voluntarios como el Programa de Cese del Tabaco (Tobacco Cessation Program) y el Programa de Control de Peso (Weight Management Program) están disponibles a través de Blue Care Connection en bcbsil.com. Estos programas brindan orientación telefónica personal acerca del bienestar y cursos autodidactas.

Dejar de fumar puede traer beneficios para la salud inmediatos y para toda la vida. Dejar de fumar no es fácil, pero cuando conoce cuáles son sus opciones y dónde ir en busca de ayuda, tendrá una mejor oportunidad de mantenerse como no fumador. ¿Sabía que los medicamentos para dejar de fumar están cubiertos por el Beneficio Suplementario para la Familia? La explicación del Beneficio Suplementario para la Familia puede encontrarse en su folleto de Descripción Resumida del Plan.



¡PLAN PARA DEJAR DE FUMAR! ¡USTED PUEDE!



Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat
 ¡Marque la fecha en que dejará de fumar!						
Busque el apoyo de la familia y los amigos. 						
 Reduzca el estrés con ejercicio.						
Si lo necesita, tome algún medicamento. 						
 Prepárese para la recaída.						
Enfóquese en los objetivos. 						

¡Busque orientación de bienestar!

“Si llena su corazón con los remordimientos del ayer y las preocupaciones del mañana, no tendrá un hoy por el cual puede estar agradecido”. ~ Anónimo

Programa De Asistencia Al Miembro

El Fondo reconoce los desafíos de equilibrar el trabajo con las circunstancias de la vida diaria. Este es el motivo por el cual usted y su familia tienen acceso a la asistencia proporcionada por el Programa de Asistencia al Miembro ERS. El servicio es un beneficio gratuito del Fondo brindado por ERS.

Algunas de las características y los beneficios especiales incluyen: consultas telefónicas ilimitadas y hasta 3 sesiones personales de orientación para cada tema o problema; asistencia en vivo las 24 horas del día y los 7 días de la semana a través de mensajería instantánea en línea y formularios de búsqueda



asistida; centro de ahorro para descuentos en boletos y mercancías de marca; centro de bienestar para apoyo con la nutrición y aptitud física; líneas de vida y prensa de ERS que incluye boletines trimestrales con información de temas de la vida diaria.

Alcanzar un equilibrio a través del bienestar y apoyo total. Siempre disponible. Siempre confidencial.

El Acceso Es Fácil

No importa cuando, no importa donde, usted y su familia tienen acceso a apoyo profesional. Para comenzar, tiene que llamar a la línea gratuita 800-292-2780; o iniciar sesión en **www.ers-eap.com**, **USUARIO: laborers** **CONTRASEÑA: foxvalley**

Atención Quiropráctica Y Acupuntura

El Plan proporciona beneficios de atención quiropráctica y acupuntura para usted y sus dependientes mayores de 5 años para el tratamiento de condiciones de espalda, cuello, columna y vértebras causadas por subluxación, distensión, esguince y problemas en las raíces nerviosas. La atención debe proporcionarla un médico quiroprático. El plan no cubre terapia física y ocupacional prestada por un médico quiroprático.

¿Se Mudó?

Es importante mantener a la Oficina del Fondo informada acerca de su domicilio actual. Para completar un formulario de cambio de domicilio, visite nuestro sitio web o llame a la Oficina del Fondo.



Coordinación De Beneficios

Puede que tenga derecho a recibir beneficios del Fondo de Salud y Asistencia Social de los Trabajadores de Fox Valley y otro plan de seguro grupal de salud, por ejemplo, si su conyugue trabaja y también tiene seguro grupal de salud. Es importante que mantenga informada a la Oficina del Fondo acerca de cualquier otro plan de seguro grupal de salud. Para asegurarse de que la Oficina del Fondo tiene la determinación de beneficios correcta, debería completar un formulario de “Other Insurance” (otro seguro) y presentarlo en la Oficina del Fondo. El formulario de “Other Insurance” (otro seguro) está disponible en la Oficina del Fondo o en www.fvlab.com.

A efectos de esta disposición de coordinación de beneficios, otro plan grupal de salud es:

- otro plan grupal, general o franquicia;
- contratos de plan de servicio, clínica grupal, clínica individual y otra cobertura prepa;
- planes de administradores laborales, planes de asistencia social sindical o planes de organización de beneficios para el empleado; y,
- toda cobertura bajo programas gubernamentales y toda cobertura exigida o prevista en cualquier estatuto que brinde beneficios o servicios para atención o tratamiento con hospitales, médicos, medicamentos recetados, cuidado dental u ocular.

En estas situaciones, los dos planes coordinarán sus pagos de beneficio de modo tal que los pagos combinados de ambos planes no sean mayores a sus gastos reales cubiertos. Un plan (el plan primario) pagará la totalidad de sus beneficios. Luego, el segundo plan considerará cualquier gasto cubierto que no esté completamente cubierto por los beneficios del primer plan. Ningún plan paga más de lo que debería sin la disposición de coordinación de beneficios.

Si el otro plan busca limitar los pagos de beneficios en la presencia de la cobertura secundaria a un monto nominal, este plan pagará los beneficios solo hasta un monto que no debe exceder el 20% de los gastos admisibles incurridos.

El orden de pago entre los planes es el siguiente:

- el plan de atención médica sin una disposición de coordinación similar a esta siempre pagará primero;
- si el paciente está cubierto como empleado activo o como dependiente de un empleado activo y tiene cobertura bajo otro plan de atención médica como empleado despedido, empleado retirado o dependiente, entonces el plan de atención médica del empleado activo tendrá la responsabilidad primaria;

- el plan de atención médica que tiene al paciente como empleado (en lugar de dependiente) pagará primero;
- un niño dependiente cuyos padres no están separados ni divorciados y que está cubierto por los planes de atención médica de ambos padres recibirá cobertura de la siguiente forma:
 - el plan del paciente que tiene su fecha de cumpleaños antes en el año calendario, (es decir, mes y día) tendrá la responsabilidad primaria;
 - el plan de atención médica que cubra al padre por más tiempo tendrá la responsabilidad primaria, si los padres tienen la misma fecha de cumpleaños; o,
 - si el otro plan de atención médica no tiene una disposición de “cumpleaños” y utiliza otra regla para determinar la responsabilidad primaria, esa regla determinará qué plan es el primario;
- un niño dependiente cubierto por los pares divorciados o separados que no tiene resolución del tribunal acerca de la responsabilidad económica de los gastos de atención médica del niño recibirá la cobertura primaria de conformidad con el plan de atención médica del padre que tenga la custodia.



Si el padre que tiene la custodia vuelve a casarse, utilizamos el siguiente orden para determinar la responsabilidad primaria:

- el plan del padre con la custodia legal;
- el plan del padrastro con la custodia legal; luego,
- el plan del padre sin la custodia legal.

Un niño dependiente cubierto por padres divorciados o separados que tiene una resolución del tribunal que especifica qué padre tiene la responsabilidad económica de los gastos de atención médica del niño tendrá la cobertura primaria de conformidad con el plan de ese padre si el plan de ese padre tiene conocimiento real de esa resolución.

Este plan pagará primero por un niño dependiente inscripto en Medicaid o un CHIP estatal.

- Si ninguna de las anteriores se aplica, o si hay conflicto, el plan que ha cubierto a la persona por más tiempo pagará primero.
- Si el otro plan que cubre a la persona es Medicare, los beneficios de este Plan serán determinados antes de que se determinen los beneficios de Medicare, a menos que una ley federal indique lo contrario.

Continúa en la página 5



Coordinación De Beneficios Con Medicare

No tiene que estar retirado para ser elegible para Medicare. Una vez que usted o su conyugue alcanzar los 65 años de edad, son elegibles para los beneficios de Medicare incluso si todavía están trabajando. Algunas personas comienzan a ser elegibles para Medicare antes de los 65 años, como las personas que están discapacitadas como las define la Administración de la Seguridad Social o las personas con enfermedad renal en fase final (ESRD, por sus siglas en inglés). Sin embargo, debe inscribirse en Medicare para recibir los beneficios de Medicare. Para evitar cualquier demora en la recepción de los beneficios de Medicare, debería solicitarla a su Oficina de Seguridad Social local al menos tres meses antes de que cumpla los 65 años.

Medicare tiene cuatro partes: Parte A, que brinda beneficios para hospitales; Parte B, que proporciona beneficios médicos; Parte C, Medicare Advantage, que es la porción de atención administrada de Medicare; y Parte D, que es la cobertura de medicamentos recetados. La Parte A generalmente se proporciona sin costo para usted. Sin embargo, hay una prima para la Parte B y la Parte D. El Fondo no reembolsa el costo de la prima de la Parte B y la Parte D de Medicare. El Fondo pagará sus beneficios como si estuviera inscripto en la Parte B

de Medicare, sea que lo esté o no lo esté. Si se ha inscripto en la Parte D de Medicare, perderá la elegibilidad para todos los beneficios del Plan.

El Fondo será primario por encima de Medicare para gastos si usted tiene 65 años o más y está cubierto como un participante activo. En todas las demás instancias, el Fondo tendrá una responsabilidad secundaria con usted y sus dependientes. El Fondo también tendrá responsabilidad secundaria para los gastos si usted o su dependiente son elegibles para los beneficios de Medicare solo debido a una enfermedad renal en fase final, donde Medicare tendrá la responsabilidad primaria.

El Fondo tendrá la responsabilidad primaria por los gastos durante los primeros 30 meses si usted o su dependiente son elegibles para los beneficios de Medicare solo debido a una enfermedad renal en fase final, donde Medicare tiene la responsabilidad secundaria. Además, el Fondo tendrá la responsabilidad primaria por los gastos si usted es un participante activo y ha recibido beneficios de la Seguridad Social durante 24 meses consecutivos. Sin embargo, si usted o su dependiente están cubiertos por un contrato primado de Medicare (Parte C), los servicios cubiertos por ese plan no serán considerados como un gasto cubierto por el Fondo.

¿Estado Civil Y Beneficios?

Si tiene un cambio en su estado civil, es su responsabilidad notificar a la Oficina del Fondo de inmediato. Esto es importante por dos motivos:

- (1) Si se separa legalmente o divorcia, su conyugue y sus hijastros ya no son elegibles para los beneficios médicos. Si no notifica a la Oficina del Fondo, podría ser responsable personalmente de reembolsar al Fondo por las solicitudes pagadas o recetas completadas a nombre de su conyugue o sus hijastros después de la fecha de divorcio.
- (2) La Oficina del Fondo no puede comenzar el pago de su beneficio de pensión sin una copia de su sentencia de divorcio porque a veces una parte de sus beneficios de pensión está asignada a su conyugue. En este caso, la Oficina del Fondo necesitará una Orden Calificada de Relaciones Domésticas (QDRO, por sus siglas en inglés) del tribunal.

En caso de que sea elegible para beneficios por fallecimiento del Fondo de Asistencia Social o Pensión, la Oficina del Fondo debe pagar esos beneficios a sus beneficiarios designados. Por lo tanto, es importante que revise de forma periódica sus designaciones de beneficiarios.



Sala De Emergencias Vs Instalación De Atención De Urgencias

Las salas de emergencias no siempre son la opción más rápida para sus necesidades de atención médica; y ciertamente, no son las más rentables. Cuando se trate de condiciones que no pongan en riesgo la vida, puede ahorrar tiempo y dinero al ir a alguna instalación local de atención de urgencias. Estos centros autónomos y sin turnos suelen ofrecer horarios extendidos y sus médicos pueden tratar situaciones médicas que no representen un riesgo de muerte, realizar estudios de rayos X y de laboratorio y emitir recetas.

Las instalaciones de atención de urgencias son para condiciones que no representen un riesgo de muerte, pero que necesitan atención inmediata. Estas incluyen traumatologías menores como cortes, esguinces, heridas oculares, gripe, fiebre, picaduras de insectos y fracturas simples. Por lo general, los pacientes son atendidos por orden de llegada y muchos centros tienen horarios extendidos. Es una buena idea ubicar una instalación de atención de urgencias que esté cerca para que pueda recibir ayuda rápidamente cuando lo necesite.

Si tiene síntomas de ataque al corazón o derrame cerebral, o siente que su “vida o un miembro” está en peligro, vaya inmediatamente a la sala de emergencias. También debería visitar la sala de emergencias si tiene alguna de las siguientes señales de advertencia: dolor o presión en el pecho; sangrado incontrolable; dolor repentino o agudo; tos o vómito con sangre; dificultad para respirar o falta de aire; mareos, debilidad o cambios en la visión repentinos; vómitos o diarrea agudos o persistentes; o cambios en el estado mental, como confusión. Si cree que podría estar sufriendo una emergencia médica, pero no está seguro, vaya a la sala de emergencias.

Para encontrar un proveedor participante de la BCBS PPO, puede llamar al 1-800-810-2583 o buscar en línea en www.bcbsil.com.





**FOX VALLEY & VICINITY
LABORERS**

HEALTH AND WELFARE AND PENSION FUNDS
2400 Big Timber Road, Building B, Suite 206
Elgin, Illinois 60124-7812

**PRSRT STD
U.S. Postage
PAID
Joliet, IL
Permit No. 349**



Consejo de Administración
Trabajadores de Fox Valley
Fondo de Salud y Asistencia Social
Fox Valley & Vicinity
Fondo de Pensión de Trabajadores
2400 Big Timber Road • Suite 206 B
Elgin, IL 60124

Horario:

Lunes a viernes de 8 a.m. a 4:30 p.m.

Teléfono: 1-847-742-0900 • Línea gratuita: 1-866-828-0900
www.fvlab.com

Exámenes Médicos Escolares

Se pueden pagar beneficios para un examen físico escolar para participación atlética o cuando es obligatorio por indicación del Consejo Educativo. Las edades incluyen el jardín de infantes y grados 5 y 9. El pago de estos gastos está limitado a \$50 por niño dependiente por cada año calendario. Los exámenes médicos de rutina no están cubiertos. Las inmunizaciones no exigidas por la escuela de su hijo no están cubiertas.

El Plan proporciona beneficios para inmunizaciones exámenes solicitados por la escuela del niño dependiente. Estos gastos elegibles están totalmente cubiertos de inmediato. No necesita alcanzar el deducible anual individual antes de recibir estos beneficios.

Resumen De Cobertura De Beneficios

En mayo, debería haber recibido el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) del Fondo de Salud y Asistencia Social de los Trabajadores de Fox Valley. Este documento se le envía como parte de la Ley de Atención Médica Asequible. Debido a cuestiones de espacio, el documento no identifica todas las reglas que gobiernan los beneficios y la cobertura.

El SBC brinda dos ejemplos de servicios cubiertos con el plan. Estos ejemplos ayudan a ilustrar cómo funcionan los deducibles, copagos y coseguros en el plan. Hay dos ejemplos: tener un bebé y manejar una diabetes de tipo 2. Dado que la atención de cada persona es diferente, no es el objetivo de estos ejemplos mostrar los costos exactos. En su lugar, los costos de muestra se basan en promedios nacionales proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y no son específicos de un área geográfica o un plan de salud determinados.

Si no tiene claro alguno de los términos subrayados utilizados en el SBC, puede consultar el Uniform Glossary (Glosario uniforme). Este es un documento separado del SBC y está disponible en www.cciio.cms.gov o puede llamar a la línea gratuita de la Oficina del Fondo al 866-828-0900 para solicitar una copia.

Continúe consultando la Descripción Resumida del Plan para consultar la versión completa de las reglas del Fondo que gobiernan la elegibilidad, los beneficios y la cobertura.

Terapia Física Y Ocupacional

El Plan cubre servicios de terapia física y ocupacional cuando son proporcionados por un fisioterapeuta registrado o un terapeuta ocupacional registrado o con licencia estatal, para terapia de corto plazo. Los servicios están cubiertos si el tratamiento es para la recuperación física de una discapacidad física para la cual hay una expectativa razonable de mejora significativa de esa discapacidad como lo determina el Plan. Los servicios deben ser indicados por orden de un médico bajo un plan de tratamiento individual y deben estar certificados por el médico indicando que son necesarios para la mejora de la condición del paciente a través de atención de corto plazo. El médico debe proporcionar una prescripción escrita que incluya la frecuencia, la duración y el pronóstico. Consulte su Descripción Resumida del Plan para ver una descripción más detallada de este beneficio.

