



Carpenters Health & Welfare Trust Fund for California

Comparación del Plan A y Plan R

REFERENCIA RÁPIDA	
Información necesaria:	Comuníquese con:
Elegibilidad Beneficios COBRA Discapacidad Reclamaciones del Seguro de Vida y por Muerte y Desmembramiento Accidentales (AD&D)	Oficina del Fondo: (510) 633-0333 o Línea telefónica gratuita: (888) 547-2054
Reclamaciones: Indemnity Medical Plan Beneficio de ortodoncia (Indemnity y Kaiser) Beneficio de audífonos de Indemnity	Oficina del Fondo: (510) 633-0333 o Línea telefónica gratuita: (888) 547-2054 www.carpenterfunds.com
Programa de Proveedores Participantes – En California (Indemnity Medical Plan)	Oficina del Fondo: (510) 633-0333 o Línea telefónica gratuita: (888) 547-2054 www.anthem.com/ca
Programa de Proveedores Participantes – Fuera de California (Indemnity Medical Plan)	BlueCard (800) 810-2583 www.bluecares.com
Organización de Revisión para preautorizaciones requeridas – dentro o fuera de California (Indemnity Medical Plan)	Anthem Blue Cross (sólo para médicos) (800) 274-7767
Beneficios de Medicamentos de venta con receta (Indemnity Medical Plan)	Medco (800) 939-7093 www.medco.com Oficina del Fondo: (888) 547-2054
Vision Service Plan (Indemnity Medical Plan)	(800) 877-7195 www.vsp.com
Kaiser Permanente	(800) 464-4000 http://my.kp.org/ca/carpenterfunds/index.html
Delta Dental (Delta Preferred Option)	(800) 765-6003 www.deltadentalca.org
Pacificare Behavioral Health Programa de Asistencia a los Miembros	(877) 225-2267 www.liveandworkwell.com

Por favor note: Este resumen es una descripción breve de los beneficios del Plan Carpenters Health and Welfare. En todos los casos, las normas y los reglamentos del Plan, inclusive sus enmiendas, se tomarán como base para el pago de cualquier beneficio.

BENEFICIOS	KAISER	INDEMNITY
Selección del plan	Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que proporciona beneficios prepagados médicos, de farmacia, de visión y de audífonos a los Participantes inscritos en este Plan con un pago garantizado de estos beneficios. Los Participantes deben vivir dentro del Área de Servicio.	Indemnity Plan es un plan global de beneficios con un deducible anual y un límite en sus gastos anuales de su propio bolsillo cubiertos. Después de que se alcance el límite de gastos de su propio bolsillo cada año, el Plan pagará un 100 % de los gastos cubiertos durante el resto del año calendario.
Phantom COB (Coordinación de Beneficios)	No aplica Phantom COB	Phantom COB: Si el cónyuge de un Participante está empleado y el empleador ofrece seguro, el cónyuge debe elegir la cobertura. Si declina la cobertura, Indemnity Plan pagará hasta 20 % de las facturas médicas cubiertas. El Fondo calculará los beneficios del otro plan colectivo al 80 % de los gastos incurridos y coordinará sus beneficios con los beneficios calculados.
Deducible anual	Ninguno	Año calendario - Por persona PPO: \$100 No PPO: \$200 Máximo deducible - Por familia PPO: \$200 No PPO: \$400
Límites de gastos anuales de su propio bolsillo	Límite de copagos Por persona - \$1,500 Por familia - \$3,000	Límites de gastos de su propio bolsillo: Por persona - PPO: \$1,000 No PPO: \$2,000 Por familia PPO: \$2,000 No PPO: \$4,000
Copagos	Se muestran por cada servicio	Una vez que se satisface el deducible anual y hasta que se cumpla el límite de gastos de su propio bolsillo, el Plan paga los planes PPO al 90 % de las tarifas de contrato y los que no son PPO, un 70 % del cargo Usual y Razonable (UR) de todos los beneficios, a menos que se indique otra cosa.
Máximo de por vida del Plan	Ninguno	\$2,000,000

BENEFICIOS**KAISER****INDEMNITY**

Selección de Médicos	Los miembros seleccionan un Médico del personal de una instalación de Kaiser Permanente ubicada en su área de servicio. La atención de rutina, preventiva y de especialistas se proporciona en las instalaciones de Kaiser Permanente o por sus proveedores contratados.	Los miembros pueden usar los servicios de los proveedores de su preferencia; sin embargo, para recibir los beneficios máximos, los miembros deben usar proveedores participantes/PPO.
Servicios de Hospital	Sin cargo	Pacientes Internos: Sujeto a deducibles y a límites de gastos de su propio bolsillo. Los beneficios se reducen un 25 % si no se obtiene la revisión de la utilización. Pacientes Externos: Sujeto a deducibles y a límites de gastos de su propio bolsillo. PPO: 90 %; No PPO: 70%; sin embargo, si no se pudo seleccionar el hospital usado debido a una emergencia y el paciente fue admitido de la sala de emergencia, el beneficio es un 90 % de los cargos Usuales y Razonables.
Sala de emergencia de un Hospital	\$50 por visita, se dispensa en caso de admisión en el hospital.	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90%; No PPO: pagado al 70 %; sin embargo, si no se pudo seleccionar el hospital usado debido a una emergencia, el beneficio es del 90 % de los cargos Usuales y Razonables.
Visitas al consultorio del Médico	\$20 por visita	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 70 %
Servicios quirúrgicos	Sin cargo para los pacientes internos; \$20 por procedimiento de cirugía ambulatoria.	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 70 %
Rayos X y laboratorio	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 70 %

BENEFICIOS	KAISER	INDEMNITY
Maternidad	\$5 por visita de atención prenatal programada y la primera visita después del parto.	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 70 %
Beneficios de esterilización	Se requiere copago	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 70 %
Ambulancia	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 90 % del cargo UR

ATENCIÓN PREVENTIVA

Examen físico para adultos	\$20 por visita	Sólo para el Participante y su Cónyuge. Los siguientes beneficios están sujetos a los deducibles del plan y se pagan al 90 % en el caso de PPO o al 70 % en el caso de no PPO: El examen físico para adultos está limitado a \$250 al año. Los límites de gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los límites de los beneficios. Las colonoscopias, sigmoidoscopias, mamogramas y pruebas del antígeno prostático específico (PSA) para Participantes de 50 años y más están cubiertos al 90 % de las tarifas de contrato para PPO o al 70 % del cargo UR para no PPO.
Atención del bebé sano	\$5 por visita hasta los dos años de edad, \$20 por visita de dos años de edad en adelante	Con cobertura sólo hasta los dos años de edad, sujeto al deducible y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 70 %
Examen femenino de rutina	\$20 por visita	Véase “Examen físico para adultos” más arriba. Sólo para el Participante y su Cónyuge. Los servicios se limitan a \$250 en combinación con el examen físico para adultos cada año. Sujeto a deducibles y a los límites de gastos de su propio bolsillo. Asignación adicional para un examen de Papanicolaou.

BENEFICIOS**KAISER****INDEMNITY**

Immunización	Sin cargo (adultos y niños)	(Sólo hijos dependientes) Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 70 %
Pruebas y tratamiento de alergias	\$20 por visita de prueba; \$3.00 por inyección.	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 70 %

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Pacientes Internos, tratamiento parcial y diurno	Sin cargo, hasta 45 días por año calendario. Se requiere autorización previa. Este beneficio se proporciona a través de Kaiser, no de PacifiCare.	Proporcionado por PacifiCare Behavioral Health. Dentro de la red – 90 %, sin deducible. Fuera de la red - 40 % del cargo UR, sin deducible, hasta 20 días por año calendario (máximo combinado para dentro y fuera de la red) Todos los servicios deben estar preautorizados, de otra manera no se pagarán. Los días se determinan de la siguiente manera: Tratamiento como paciente interno - 1 día Tratamiento residencial – 70 % de 1 día Tratamiento diurno – 60 % de 1 día
Pacientes Externos	\$20 por visita individual, \$10 por visita de grupo. Limitado a 20 visitas por año. Se requiere autorización previa. Este beneficio se proporciona a través de Kaiser, no de PacifiCare.	Proporcionado por PacifiCare. Dentro de la red – Copago de \$20 por visita; Fuera de la red – 50 % del cargo UR, sin deducible, hasta 20 visitas por año calendario (máximo combinado dentro y fuera de la red)
Enfermedades Mentales Graves/ Trastornos Emocionales Graves de Niños	Para Enfermedades Mentales Graves, no hay límite en el número de días o visitas como paciente externo. Los diagnósticos de Enfermedades Mentales Graves incluyen: Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Bipolar, Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Pánico, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno Generalizado del Desarrollo (Autismo), Anorexia, Bulimia Nerviosa, Trastornos Emocionales Graves de los Niños (Severe Emotional Disturbances of Children, SED)	Pacientes Internos dentro de la red – 90 %, sin deducible, días ilimitados. Pacientes Externos dentro de la red – Copago de \$20 por visita, visitas ilimitadas. Todos los tratamientos deben estar preautorizados, de otra manera no se pagarán. Fuera de la red – No es un beneficio cubierto.

DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y A SUSTANCIAS QUÍMICAS

Todos los niveles de Atención por Dependencia Química (incluso desintoxicación)	Sólo dentro de la red - Copago de \$0, cubierto al 100 %. Se requiere autorización previa.	Dentro de la red – 100 %, sin deducible Fuera de la red - 50 %, sin deducible Todos los servicios deben estar preautorizados, de otra manera no se pagarán.
Máximo Anual	\$25,000	\$25,000
Máximo de por Vida	\$35,000	\$35,000

PROGRAMA DE ASISTENCIA A LOS MIEMBROS (MEMBER ASSISTANCE PROGRAM, MAP) PROPORCIONADO POR PACIFICARE

Sesiones de asesoramiento con un consejero de la red PBH	3 visitas por incidente con un copago de \$0 (dentro de la red), referencias a asesoramiento y recursos de la comunidad (Sin deducible)	3 visitas por incidente con un copago de \$0 (dentro de la red), referencias a asesoramiento y recursos de la comunidad (Sin deducible)
--	---	---

OTROS SERVICIOS MÉDICOS

Atención Médica en el Hogar	Sin cargo, hasta 100 visitas por año calendario.	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 70 %
Instalaciones de Enfermería Especializada	Sin cargo; limitado a 100 días por periodo de beneficio.	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 70 %. Limitado a 70 días por periodo de confinamiento. Se recomienda revisión de la utilización.
Terapia a corto plazo (física, del habla, ocupacional)	\$20 por visita	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 70 %
Quiropráctico	Autorreferencia; debe usar los proveedores de la red; \$10 por visita, limitado a 30 visitas por año.	Beneficio sólo para el Participante y su cónyuge. Pago máximo de \$25 por visita y 20 visitas por año calendario. Sujeto a deducibles. Los límites de gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos del plan.

BENEFICIOS	KAISER	INDEMNITY
Acupuntura	Disponible con referencia	Pago máximo de \$35 por visita y 20 visitas por año calendario. Sujeto a deducibles. Los límites de gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos del plan.
Podiatría	\$20 por visita	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 70 %
Equipo Médico Duradero	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90 % No PPO: pagado al 70 %

BENEFICIOS DE VISIÓN

Examen de la vista	\$20 por visita; debe usar los servicios de Kaiser Optical	Examen de la vista a través de Vision Service Signature Choice Plan cada 12 meses después de un copago de \$10 por el examen.
Anteojos y lentes de contacto	Se deben usar los servicios de Kaiser Optical. Asignación máxima de \$125 para anteojos o lentes de contacto. El beneficio se renueva cada 24 meses.	Con cobertura a través de Vision Service Signature Choice Plan después de un copago de \$25 por los materiales. Proporciona un par de anteojos cada 12 meses y armazones cada 24 meses. Lentes de contacto visualmente necesarios pagados totalmente si los suministra un médico de VSP. Para otros lentes de contacto electivos, el plan paga una asignación de hasta \$105 por honorarios profesionales y materiales, si los suministra un médico de VSP y con un copago de \$10 por examen.

MEDICAMENTOS CON RECETA

Farmacia minorista	<p>\$10 por medicamentos genéricos \$30 por medicamentos de marca del formulario Las recetas de proveedores fuera de Kaiser (excepto los dentistas) NO están cubiertas. Suministro máximo de 100 días</p>	<p>Sólo farmacias minoristas participantes, a menos que no haya una en una distancia de 10 millas. \$10 por medicamentos genéricos del formulario. \$10, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes. \$40 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente. \$60 por medicamentos fuera del formulario - Ciertos medicamentos fuera del formulario no tienen cobertura sin autorización previa. Suministro de 30 días. Todos los beneficios de medicamentos de venta con receta se limitan a un pago máximo de \$75,000 por persona elegible por año calendario.</p>
Pedidos por correo	<p>\$10 por medicamentos genéricos \$30 por medicamentos de marca del formulario Suministro máximo de 100 días. Pedidos por correo sólo de recetas resurtidas. Llame a la farmacia Kaiser de su localidad para solicitar más detalles o consulte el sitio Web de Kaiser en www.kaiserpermanente.org Las recetas de proveedores fuera de Kaiser (excepto los dentistas) NO están cubiertas.</p>	<p>\$20 por medicamentos genéricos del formulario. \$20, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes \$80 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente. \$100 por medicamentos fuera del formulario. Ciertos medicamentos fuera del formulario no tienen cobertura sin autorización previa. Suministro de 90 días. Todos los beneficios de medicamentos de venta con receta se limitan a un pago máximo de \$75,000 por persona elegible por año calendario.</p>
Exámenes de la audición y audífonos	<p>\$20 por visita; \$2,500 como máximo para cada audífono. Los audífonos se proporcionan cada 36 meses.</p>	<p>Límites máximos de los beneficios: 100 %, hasta un máximo de \$800 por cada oído, inclusive el examen sólo si se obtiene uno o más audífonos. Los audífonos se proporcionan cada 3 años. (No está sujeto a deducibles ni a los límites de gastos de su propio bolsillo.)</p>

BENEFICIOS**KAISER****INDEMNITY**

Áreas de cobertura

Véase en la página adjunta una lista de los códigos postales de las áreas cubiertas.

Instalaciones participantes/PPO disponibles en todo California y Estados Unidos. Llame al 1(800) 323-6661 para verificar los proveedores participantes de California, o al 1 (800) 810-2583 para los proveedores participantes fuera de California

Dónde llamar para solicitar más información

1(800) 464-4000
<http://my.kp.org/ca/carpenterfunds/index.html>

Oficina del Fondo de Fideicomiso
 1(888)547-2054 o 1(510) 633- 0333
www.carpenterfunds.com

BENEFICIOS**KAISER****INDEMNITY**

**BENEFICIOS DENTALES PARA LOS PARTICIPANTES
 DEL KAISER Y DE INDEMNITY PLAN**

Dentro de la red: Dentista de la PPO Delta Dental

Máximo: \$2,500 por paciente por año calendario
 Diagnósticos y preventivos: 100 % de la tarifa de contrato
 Servicios básicos: 80 % de la tarifa de contrato
 Coronas y restauraciones moldeadas: 80 % de la tarifa de contrato
 Prostodoncia: 80 % de la tarifa de contrato

Fuera de la red de la PPO Delta Dental

Máximo: \$2,000 por paciente por año calendario
 Diagnósticos y preventivos: 100 % de la tarifa de contrato
 Servicios básicos: 50 % de la tarifa de contrato
 Coronas y restauraciones moldeadas: 50 % de la tarifa de contrato
 Prostodoncia: 50 % de la tarifa de contrato

Máximo

El beneficio máximo es de \$2,500 al año, reducido a \$2,000 por los servicios de dentistas no PPO. Los máximos mencionados no son máximos separados.

BENEFICIOS ORTODÓNCICOS

Beneficios ortodóncicos para los hijos dependientes

Beneficios cubiertos por Indemnity Medical Plan, no por Delta Dental. El Plan paga 50 % de los cargos cubiertos hasta un máximo de \$1,500 por hijo dependiente hasta la edad de 19 años.

DEFINICIONES

Medicamento genérico	Un medicamento identificado por su nombre químico, una versión equivalente a un medicamento de marca cuya patente exclusiva ha caducado.
Medicamento de marca de múltiples fuentes	Un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico.
Medicamento de marca del formulario de una sola fuente	Un medicamento de marca que no tiene equivalente genérico y que el gerente de beneficios de farmacia coloca en una lista de medicamentos preferidos del formulario.
Medicamento fuera del formulario	Un medicamento que NO se encuentra en una lista de medicamentos preferidos del formulario.
UR	Usual y razonable
Phantom COB (Coordinación de beneficios)	Si el cónyuge de un Participante está empleado y el empleador ofrece seguro, el cónyuge debe elegir la cobertura.

Kaiser Zip Codes

90001-84	90895	91510	92081-85	92418	93040-44	93618	94232	95044	95425
90086-89	90899	91521-23	92090-93	92423	93060-66	93619	94234-37	95046	95430
90091	91001	91526	92096	92424	93093	93623-27	94239	95050-56	95431
90093-96	91003	91601-12	92101-24	92427	93094	93630	94240	95070	95433
90099	91006-12	91614-18	92126-40	92501-09	93099	93631	94244-50	95071	95436
90101-03	91016	91701	92142	92513-19	93203	93636-39	94252	95101	95439
90189	91017	91702	92143	92521	93205	93643-46	94254	95103	95441
90201	91020	91706	92145	92522	93206	93648-54	94256-59	95106	95442
90202	91021	91708-11	92147	92530-32	93215	93656	94261-63	95108-13	95444
90209-13	91023-25	91714-16	92149	92543-46	93216	93657	94267-69	95115-36	95446
90220-24	91030	91722-24	92150	92548	93220	93660	94271	95138-41	95448
90230-33	91031	91729-35	92152-55	92551-57	93222	93662	94273	95148	95450
90239-42	91040-43	91737	92158-79	92562-64	93224-26	93666-69	94274	95150-61	95452
90245	91046	91739-41	92182	92567	93230	93673	94277-80	95164	95462
90247-51	91066	91743-50	92184	92570-72	93232	93675	94282-91	95170	95465
90254	91077	91752	92186	92581-87	93238	93701-12	94293-99	95172	95471-73
90255	91101-10	91754-56	92187	92589-93	93240-43	93714-18	94301-06	95173	95476
90260-67	91114-18	91758	92190-99	92595		93720-30	94309	95190-94	95486
90270	91121	91759	92201-03	92596		93740-41	94401-04	95196	95487
90272	91123-26	91761-73	92210	92599		93744	94497	95201-13	95492
90274	91129	91775-76	92211	92602-07	93250-52	93745	94501-03	95215	95602-05
90275	91131	91778	92220	92609		93747	94505-31	95219	95607-21
90277	91182	91780	92223	92610	93263	93750	94533-53	95220	95623-26
90278	91184	91784-86	92230	92612	93268	93755	94555-83	95227	95628
90280	91185	91788-93	92234-36	92614-20	93276	93760	94585-92	95230	95630
90290-96	91188	91795	92240	92623-30	93280	93761	94595-99	95231	95632-35
90301-13	91189	91797-99	92241	92637	93285	93764	94601-15	95234	95638-41
90397	91191	91801-04	92247	92646-63	93287	93765	94617-25	95236	95645
90398	91199	91841	92248	92672-79	93301-09	93771-80	94649	95237	95648
90401-11	91201-10	91896	92252-56	92683-85	93311-14	93784	94659-62	95240-42	95650-52
90501-10	91214	91899	92258	92688	93380-90	93786	94666	95253	95655
90601-10	91221	91901-03	92260-64	92690-94	93501	93790-94	94701-10	95258	95658-64
90612	91222	91908-17	92268	92697	93502	93844	94712	95267	95667-74
90620-24	91224-26	91921	92270	92698	93504	93888	94720	95269	95676-78
90630-33	91301-11	91931-33	92274-78	92701-12	93505	94002	94801-08	95296	95680-83
90637-40	91313	91935	92282	92725	93510	94005	94820	95297	95686-88
90650-52	91316	91941-47	92284-86	92728	93518	94010	94850	95304	95690-98
90659-62	91319-22	91950	92292	92735	93519	94011	94901	95307	95703
90670	91324-31	91951	92305	92780-82	93531	94013-28	94903	95313	95722
90671	91333-35	91962	92307	92799	93532	94030	94904	95316	95736
90680	91337	91963	92308	92801-09	93534-36	94035	94912-15	95319	95741
90701-03	91340-46	91976-80	92313-18	92811	93539	94037-44	94920	95320	95742
90706	91350-65	91987	92320-22	92812	93543	94060-66	94922-31	95323	95746
90707	91367	91990	92324-26	92814-17	93544	94070		95326	95747
90710-17	91371	92007-11	92329	92821-23	93550-53	94074	94933	95328-30	95757-59
90720	91372	92013	92331	92825	93560	94080	94937-42	95336	95762
90721	91376	92014	92333-37	92831-38	93561	94083	94945-57	95337	95763
90723	91377	92018-30	92339-41	92840-46	93563	94085-89	94960	95350-58	95765
90731-34	91380-88	92033	92344-46	92850	93581	94101-12	94963-66	95360	95776
90740	91390	92037-40	92350	92856	93584	94114-47	94970-79	95361	95798
90742-49	91392-96	92046	92352	92857	93586	94150-56	94998-99	95363	95799
90755	91399	92049	92354	92859-71	93590	94158-64	95002	95366-68	95811-38
90801-10	91401-13	92051	92357-59	92877-83	93591	94171-72	95008	95376-78	95840-43
90813-15	91416	92052	92369	92885-87	93599	94175	95009	95380-82	95851-53
90822	91423	92054-58	92371-78	92899	93601	94177	95011	95385-87	95860
90831-35	91426	92064	92382	93001-07	93602	94188	95013-15	95391	95864-67
90840	91436	92065	92385	93009-12	93604	94199	95020	95397	95887
90842	91470	92067-69	92386	93015	93606	94203-09	95021	95401-07	95894
90844-48	91482	92071	92391-95	93016	93607	94211	95026	95409	95899
90853	91495-97	92072	92397	93020-22	93609	94229	95030-33	95416	95903
90888	91499	92074	92399	93030-36	93611-14	94230	95035-38	95419	95961
	91501-08	92075	92401-08		93616		95042	95421	
		92078-79	92410-15						