



Carpenters Health & Welfare Trust Fund for California

Comparación del Plan para jubilados

REFERENCIA RÁPIDA	
Información necesaria:	Comuníquese con:
Elegibilidad, Beneficios, COBRA o Discapacidad	Oficina del Fondo: (510) 633-0333 o Línea telefónica gratuita: (888) 547-2054
Reclamaciones: Indemnity Medical Plan Beneficio de auxiliares auditivos 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 (800) 274-7767 Prudent Buyer Plan (sólo para médicos)
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
Health Net	(800) 638-3889 www.healthnet.com
Dental	
Delta Dental (PPO)	(800) 765-6003
Departamento de Relaciones con los Clientes del PMI	(800) 422-4234

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California cree que este plan es un “plan médico protegido” según la Ley de Atención Asequible y Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act) o Ley de Atención Asequible. Según lo permite la Ley de Atención Asequible, un plan médico protegido puede conservar cierta cobertura médica básica que ya estaba vigente cuando se aprobó la ley. El estado de plan médico protegido significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones para el consumidor de la Ley de Atención Asequible que aplican a otros planes; por ejemplo, el requisito del suministro de servicios médicos preventivos sin ninguna distribución de costos. Sin embargo, los planes médicos protegidos deben cumplir con ciertas otras protecciones para el consumidor de la Ley de Atención Asequible, por ejemplo la eliminación de límites de por vida en los beneficios.

Puede dirigir sus preguntas referentes a las protecciones que aplican y las que no aplican a un plan médico protegido, y lo que pudiera causar que un plan cambiara su estado de plan médico protegido, al administrador del plan a 265 Hegenberger Rd., Suite 100, Oakland, CA 94621. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de EE.UU. al 1-866-444-3272 o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. En este sitio Web encontrará una tabla que resume las protecciones que aplican y las que no aplican a los planes médicos protegidos.

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.

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Selección del Plan	Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que proporciona Beneficios prepagados médicos, de farmacia, de la vista y de auxiliares auditivos a los Participantes inscritos en este Plan con un pago garantizado de estos Beneficios. Los Participantes deben vivir dentro del Área de Servicio.	Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que proporciona Beneficios prepagados médicos, de farmacia y de la vista 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 de su propio bolsillo cubiertos anuales. 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.
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 se obtiene de Proveedores Participantes de Kaiser Permanente.	Los miembros seleccionan un Médico de Atención Primaria del grupo médico participante (PMG) en Health Net o de una asociación de práctica individual (IPA). El Médico de Atención Primaria administra la atención de rutina y preventiva del miembro y refiere a los pacientes a especialistas según sea necesario.	Los miembros pueden usar los servicios de los proveedores de su preferencia. Para recibir los Beneficios máximos, los miembros deben usar Proveedores Participantes/PPO.
Deducible anual	Ninguno	Ninguno	Año calendario - Por persona PPO: \$100 No PPO: \$200 Máximo - Por familia PPO: \$200 No PPO: \$400
Límites anuales de gastos de su propio bolsillo	Límite de copagos: Por persona - \$1,500 Por familia - \$3,000	Límite de copagos: Por persona - \$1,500 Por familia de 3 o más - \$4,500	Límites de gastos de su propio bolsillo Por persona - PPO: \$1,000 No PPO: \$2,000 No existe un límite de gastos de su propio bolsillo para proveedores no participantes.

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Copagos	Se muestran por cada servicio	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: PPO al 90% de las tarifas de contrato, no PPO al 70% de los cargos admisibles para todos los Beneficios, a menos que se indique otra cosa
Máximo de por vida del Plan	Ninguno	Ninguno	\$250,000, con restitución anual de hasta \$10,000
Servicios de Hospital	Sin cargo	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. Los Beneficios se reducen un 25% si no se obtiene la revisión de la utilización. PPO: pagado al 90%; No PPO: pagado al 70% de los cargos admisibles; sin embargo, si no se pudo seleccionar el hospital usado debido a una emergencia, y se le admite de la sala de emergencia, el Beneficio es 90% de los cargos admisibles
Sala de emergencia de un Hospital	\$50 por visita, se dispensa en caso de admisión en el 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 90% de los cargos admisibles.
Visitas al consultorio del Médico	\$20 por visita	\$20 por visita	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Servicios quirúrgicos	Sin cargo para cirugía interna; \$20 por procedimiento de cirugía ambulatoria	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Rayos X y laboratorio	Sin cargo	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Maternidad	\$5 por visita de atención prenatal programada y la primera visita después del parto	Aplican copagos por las visitas al médico, hospital y cirugía.	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Beneficios de esterilización	Se requiere copago	Se requiere copago	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Ambulancia	Sin cargo	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 90%
ATENCIÓN PREVENTIVA			
Examen físico para adultos	\$20 por visita	\$20 por visita por una evaluación médica periódica cuando lo recomiende el Médico de Atención Primaria. Los exámenes físicos de rutina anuales no están cubiertos (por ejemplo: exámenes requeridos por un empleador o para admisión escolar).	Sólo para el jubilado y el 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 los gastos del 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 cubiertas al 90% de las tarifas de contrato para PPO o al 70% del cargo admisible para no PPO.
Atención del niño sano	\$5 por visita de 0 a 23 meses; \$20 por visita después de los dos años	\$20 por visita	Sin cobertura
Examen femenino de rutina	\$20 por visita	\$20 por visita	Véase “Examen físico para adultos” más arriba. Mamogramas – PPO: pagado al 90% No PPO pagado al 70%.

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Imunización (hijos dependientes)	Sin cargo (adultos y niños)	Sin cargo	Sin cobertura
Pruebas y tratamiento de alergias	\$20 por visita para prueba; \$3.00 por visita para inyección	Pruebas de alergia - Sin cargo Inyecciones contra alergia - Sin cargo Suero contra alergia - Sin cobertura	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
SALUD MENTAL			
Pacientes Internos	Sin cargo, hasta 45 días por año calendario.	Sin cargo; limitado a 30 días por año calendario, combinado con el Beneficio por dependencia química y alcohol.	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Pacientes Externos	\$20 por visita individual, \$10 por visita de grupo. Limitado a 20 visitas por año.	\$30 por visita; limitado a 20 visitas por año, combinado con el Beneficio por dependencia química y alcohol.	Sin cobertura
Enfermedades Graves	Mentales	Los copagos por salud mental y los límites por visita/día mostrados arriba no aplican a Enfermedades Mentales Graves ni a Trastornos Emocionales Graves de un niño. Los servicios por estas afecciones tienen cobertura de la misma manera que una afección médica. Excepción: El copago por visita al consultorio de Health Net por afecciones graves es de \$15.	
TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA QUÍMICA Y DEL ALCOHOL			
Pacientes Internos	Sin cargo por rehabilitación residencial recetada, hasta 30 días por año calendario. \$100 por admisión por servicios de recuperación residencial de transición, hasta 60 días por año, sin exceder 120 días en cualesquiera 5 años calendario consecutivos.	Sin cargo; limitado a 30 días por año calendario, combinado con días de atención mental para pacientes internos.	Los Beneficios están limitados a dos tratamientos por persona. 100% por el primer tratamiento, 80% por el segundo tratamiento. Debe usar un proveedor PPO o no se pagarán Beneficios. Sujeto a deducibles. Los límites de los gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos del Plan.

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Pacientes Externos	\$20 por visita; \$5 por visita de grupo	\$30 por visita; limitado a 20 visitas por año, combinado con el Beneficio de salud mental.	Máximo de \$2,500 por el tratamiento recibido en una Instalación no Participante si no hay disponible un programa para Pacientes Externos en una Instalación Participante en el Área de Servicio del Proveedor Preferido. Incluido en los dos tratamientos máximos de arriba. Sujeto a deducibles. Los límites de los gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos.
OTROS SERVICIOS MÉDICOS			
Atención médica en el hogar	Sin cargo, hasta 100 visitas por año calendario	\$20 por visita; El copago comienza el 31.º día de servicio	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70% Limitado a 70 días por periodo de internación.
Instalaciones de Enfermería Especializada	Sin cargo; limitado a 100 días por periodo de Beneficio.	Sin cargo, limitado a 100 días por año calendario.	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Terapia a corto plazo (física, del habla, ocupacional)	\$20 por visita	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Quiropráctico	Autoreferencia; debe usar los proveedores de la red; \$10 por visita, hasta 30 visitas por año. Asignación de \$50 por cada año calendario en instrumentos quiropráctico.	Autorreferencia; debe usar los proveedores de la red; \$10 por visita, hasta 20 visitas por año.	Pago máximo de \$25 por visita y 20 visitas por año calendario. Sujeto a deducibles. Los límites de los gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos del Plan. Beneficio sólo para el Participante y su Cónyuge.
Acupuntura	Disponibile con referencia	Comuníquese con el Departamento Well Choices de Health Net al 1(888)793-7746 para pedir una lista de los proveedores que ofrecen descuentos. (Éste no es un Beneficio.)	Pago máximo de \$35 por visita y 20 visitas por año calendario. Sujeto a deducibles. Los límites de los gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos del Plan.

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Podiatría	\$20 por visita	No cubierto	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Equipo Médico Duradero	Sin cargo	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%

BENEFICIOS DE LA VISTA

Examen de la vista	\$20 por visita; debe usar los servicios de Kaiser Optical	\$20 por visita; debe usar los servicios de un Proveedor Participante.	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.	Los anteojos y los armazones se proporcionan cada 24 meses hasta una asignación máxima de \$60 por armazones. Los lentes de contacto se proporcionan, en lugar de anteojos, cada 24 meses hasta una asignación máxima de \$100. Lentes de contacto visualmente necesarios: Pagado en total, se requiere uso de proveedores participantes.	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.

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
MEDICAMENTOS CON RECETA			
Farmacia minorista	<p>\$10 por medicamentos genéricos</p> <p>\$30 por medicamentos de marca del formulario</p> <p>Las recetas de proveedores fuera de Kaiser (excepto los dentistas) NO están cubiertas. Suministro máximo de 100 días</p>	<p>Solo farmacias minoristas participantes.</p> <p>\$10 por medicamentos genéricos</p> <p>\$35 por medicamentos de marca del formulario \$50 por medicamentos de marca fuera del formulario</p> <p>Las recetas de proveedores fuera de Health Net, incluso los dentistas, NO están cubiertas. Suministro de 30 días</p>	<p>Sólo farmacias participantes.</p> <p>Suministro de 30 días. \$10 por medicamentos genéricos del formulario</p> <p>\$10, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes</p> <p>\$40 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente.</p> <p>\$60 por medicamentos fuera del formulario. Ciertos medicamentos fuera del formulario no tienen cobertura sin autorización previa. 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</p> <p>\$30 por medicamentos de marca del formulario</p> <p>Suministro máximo de 100 días</p> <p>Pedidos por correo sólo para reabastecer las recetas. Llame a la farmacia Kaiser de su localidad para solicitar más detalles o consulte el sitio Web de Kaiser en http://my.kp.org/ca/carpenterfunds/index.html Las recetas de proveedores fuera de Kaiser (excepto los dentistas) NO están cubiertas.</p>	<p>\$20 por medicamentos genéricos</p> <p>\$70 por medicamentos de marca del formulario</p> <p>\$100 por medicamentos fuera del formulario</p> <p>Suministro de 90 días</p> <p>Las recetas de proveedores fuera de Health Net, incluso los dentistas, NO están cubiertas.</p>	<p>\$20 por medicamentos genéricos del formulario</p> <p>\$20, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes</p> <p>\$80 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente</p> <p>\$100 por medicamentos fuera del formulario, ciertos medicamentos fuera del formulario no tiene cobertura sin autorización previa.</p> <p>Suministro de 90 días</p> <p>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>

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Exámenes de la audición y auxiliares auditivos	\$20 por visita; \$2,500 como máximo para cada auxiliar auditivo. Los auxiliares auditivos se proporcionan cada 36 meses.	\$20 por visita; Los auxiliares auditivos están cubiertos bajo Indemnity Plan.	Límites máximos de los Beneficios: 100%, hasta un máximo de \$800 por cada oído, inclusive el examen sólo si se obtiene uno o más auxiliares auditivos. Los auxiliares auditivos se proporcionan cada 3 años. (No está sujeto a deducibles ni a límites de gastos de su propio bolsillo.)
Áreas de cobertura	Véase en la página adjunta una lista de los códigos postales de las áreas cubiertas.	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(888) 547-2054 (en California) o al 1(800) 232-2527 (fuera de California) para verificar las instalaciones participantes.

BENEFICIO	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
MEDICARE COORDINATED/COORDINADO CON MEDICARE		
Selección del Plan	Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que proporciona Beneficios prepagados médicos, de farmacia y de la vista a los Participantes inscritos en este Plan con pago garantizado de estos Beneficios. Red de proveedores limitada. Los Participantes deben vivir dentro del Área de Servicio.	Un plan de indemnización que proporciona Beneficios que suplementan a los de Medicare.
Selección de Médicos	Los miembros seleccionan un Médico de Atención Primaria del grupo médico participante (PMG) en Health Net o de una asociación de práctica individual (IPA). El Médico de Atención Primaria administra la atención de rutina y preventiva del miembro y refiere a los pacientes a especialistas según sea necesario.	Los miembros pueden usar los servicios de los proveedores de su preferencia.
Deducible anual	Ninguno	\$100 por persona
Máximo de por vida del Plan	Ninguno	Ninguno

BENEFICIO	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
MEDICARE COORDINATED/COORDINADO CON MEDICARE		
Copagos	Se muestran por cada servicio	Beneficios de Hospital para Pacientes Internos: El Plan paga el deducible de la Parte A de Medicare por los primeros 60 días de cada periodo de Beneficios de Medicare. Beneficios médicos suplementarios por los servicios para los cuales la Parte B de Medicare proporciona Beneficios. Para servicios que no sean servicios hospitalarios o de instalaciones para Pacientes Externos: Después del deducible de \$100 del Plan, el Plan paga un 20% de los cargos acostumbrados y razonables cubiertos si el proveedor no acepta la asignación de Beneficios de Medicare; o un 20% de los cargos permitidos de Medicare si el proveedor acepta la asignación de Beneficios de Medicare. Por servicios hospitalarios o de instalaciones para pacientes externos: El Plan paga el resto del cargo permitido de Medicare después del pago de Medicare, sujeto al deducible de \$100 del Plan.
Servicios de Hospital	Sin cargo	
Sala de emergencia de un Hospital	\$50 por visita, se dispensa en caso de admisión en el hospital.	
Visitas al consultorio del Médico	\$20 por visita	
Servicios quirúrgicos	Sin cargo	
Rayos X y laboratorio	Sin cargo	
Ambulancia	Sin cargo	

ATENCIÓN PREVENTIVA

Examen físico para adultos	\$20 por visita por una evaluación médica periódica cuando lo recomienda el Médico de Atención Primaria. Los exámenes físicos de rutina anuales no están cubiertos (por ejemplo: exámenes requeridos por un empleador o para admisión escolar).	Vea Beneficios Visitas al Consultorio del Médico. Con cobertura si están cubiertas por Medicare.
----------------------------	---	--

SALUD MENTAL

Pacientes Internos	Sin cargo. Limitado a 30 días por año calendario, Beneficio combinado de salud mental y dependencia química y del alcohol. *	Vea Beneficios de Servicios de Hospital.
Pacientes Externos	\$30 por visita* Limitado a 20 visitas por año calendario. Beneficio combinado de salud mental y dependencia química y del alcohol.	Vea Beneficios médicos suplementarios; con cobertura si están cubiertos por Medicare.
Enfermedades Mentales Graves	*Los copagos por salud mental y los límites mostrados arriba no aplican a Enfermedades Mentales Graves ni a Trastornos Emocionales Graves de un niño. Los servicios por estas afecciones requieren los mismos copagos que una afección médica. Excepción: El copago por visita al consultorio de Health Net por afecciones graves es de \$15.	Vea Beneficios Visitas al Consultorio del Médico. Con cobertura si están cubiertas por Medicare.

BENEFICIO	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
MEDICARE COORDINATED/COORDINADO CON MEDICARE		
TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA QUÍMICA Y DEL ALCOHOL		
Pacientes Internos	Sin cargo. Limitado a 30 días por año calendario, Beneficio combinado de salud mental y dependencia química y del alcohol.	Vea Beneficios de Servicios de Hospital.
Pacientes Externos	\$30 por visita. Limitado a 20 visitas por año calendario. Beneficio combinado de salud mental y dependencia química y del alcohol.	Vea Beneficios de Servicios de Hospital.
OTROS SERVICIOS MÉDICOS		
Atención médica en el hogar	\$20 por visita; El copago comienza el 31.º día de servicio	No se proporcionan Beneficios suplementarios por los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare (esto es, las primeras 100 visitas posteriores a una estadía calificada en un hospital o en una instalación de enfermería especializada). Consulte Beneficios médicos suplementarios en la página anterior para ver los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare.
Instalaciones de Enfermería Especializada	Sin cargo. Limitada a 100 días por año calendario	Vea Beneficios de Servicios de Hospital en la página anterior. El Plan paga el deducible de la Parte A de Medicare por los primeros 60 días de cada periodo de Beneficios de Medicare. No se proporcionan otros Beneficios suplementarios.
Quiropráctico	\$10 por visita Autorreferencia; limitado a 20 visitas por año. Debe usar proveedores de la red.	Vea Beneficios de Servicios de Hospital. Los Beneficios sólo se proporcionan al Participante y su Cónyuge.
Equipo Médico Duradero	Sin cargo	Vea Beneficios de Servicios de Hospital.
BENEFICIOS DE LA VISTA		
Examen de la vista	\$20 por visita	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	Los anteojos y los armazones se proporcionan cada 24 meses hasta una asignación máxima de \$60 por armazones. Los lentes de contacto se proporcionan, en lugar de anteojos, cada 24 meses hasta una asignación máxima de \$100. Debe usar Proveedores Participantes. Lentes de contacto visualmente necesarios: pagado en total, se requiere uso de proveedores participantes.	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.

BENEFICIO	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
MEDICARE COORDINATED/COORDINADO CON MEDICARE		
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Farmacia minorista	<p>Suministro de 30 días</p> <p>\$10 por medicamentos genéricos</p> <p>\$35 por medicamentos de marca del formulario</p> <p>\$50 por medicamentos de marca fuera del formulario</p> <p>Las recetas de proveedores fuera de Health Net, incluso los dentistas, NO están cubiertas.</p>	<p>Sólo farmacias participantes. Suministro de 30 días</p> <p>\$10 por medicamentos genéricos del formulario</p> <p>\$10, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes</p> <p>\$40 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente.</p> <p>\$60 por medicamentos fuera del formulario. Ciertos medicamentos fuera del formulario no tienen cobertura sin autorización previa. 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>Suministro de 90 días</p> <p>\$20 por medicamentos genéricos</p> <p>\$70 por medicamentos de marca del formulario</p> <p>\$100 por medicamentos de marca fuera del formulario</p> <p>Las recetas de proveedores fuera de Health Net, incluso los dentistas, NO están cubiertas.</p>	<p>Suministro de 90 días</p> <p>\$20 por medicamentos genéricos del formulario</p> <p>\$20, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes</p> <p>\$80 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente</p> <p>\$100 por medicamentos fuera del formulario, ciertos medicamentos fuera del formulario no tiene cobertura sin autorización previa. 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 auxiliares auditivos	\$20 por visita; Los auxiliares auditivos están cubiertos bajo Indemnity Plan.	100%, hasta un máximo de \$800 por cada oído, inclusive el examen sólo si se obtiene uno o más auxiliares auditivos. Los auxiliares auditivos se proporcionan cada 3 años. (No está sujeto a deducibles ni a límites de gastos de su propio bolsillo.)
Áreas de cobertura	Véase en la página adjunta una lista de los códigos postales de las áreas cubiertas.	Proveedores cubiertos por Medicare.
Dónde llamar para solicitar más información	1(800) 638-3889 www.healthnet.com	Oficina del Fondo de Fideicomiso 1(888) 547-2054 or 1(510) 633-0333 www.carpenterfunds.com

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET
MEDICARE SENIOR ADVANTAGE		
Selección del Plan	Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que proporciona Beneficios prepagados médicos, de farmacia, de la vista y de auxiliares auditivos a los Participantes inscritos en este Plan con un pago garantizado de estos Beneficios. Los Participantes deben vivir dentro del Área de Servicio.	Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que proporciona Beneficios prepagados médicos, de farmacia y de la vista a los Participantes inscritos en este Plan con un pago garantizado de estos Beneficios. Los Participantes deben vivir dentro del Área de Servicio.
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 se obtiene de Proveedores Participantes de Kaiser Permanente.	Los miembros seleccionan un Médico de Atención Primaria del grupo médico participante (PMG) en Health Net o de una asociación de práctica individual (IPA). El Médico de Atención Primaria administra la atención de rutina y preventiva del miembro y refiere a los pacientes a especialistas según sea necesario.
Deducible anual	Ninguno	Ninguno
Copagos	Se muestran abajo por cada servicio	Se muestran abajo por cada servicio
Máximo de por vida del Plan	Ninguno	Ninguno
Servicios de Hospital	Sin cargo	Sin cargo para los Pacientes Internos; \$20 por visita por servicios ambulatorios
Sala de emergencia de un Hospital	\$50 por visita, se dispensa en caso de admisión en el hospital.	\$50 por visita, se dispensa en caso de admisión en el hospital. \$20 por visita al Centro de Atención Urgente
Visitas al consultorio del Médico	\$20 por visita	\$20 por visita
Servicios quirúrgicos	Sin cargo para los Pacientes Internos; \$20 por procedimiento de cirugía ambulatoria.	Sin cargo para los Pacientes Internos; \$20 por visita a un centro de cirugía ambulatoria o instalación hospitalaria para Pacientes Externos
Rayos X y laboratorio	Sin cargo	Sin cargo
Ambulancia	Sin cargo	Sin cargo
ATENCIÓN PREVENTIVA		
Examen físico para adultos	\$20 por visita	Vea Beneficios Visitas al Consultorio del Médico
Pruebas y tratamiento de alergias	\$20 por visita para pruebas de alergia; \$3.00 por visita para inyección	Pruebas de alergia - Sin cargo Inyecciones contra alergia - Sin cargo Suero contra alergia - Sin cobertura
MENTAL HEALTH		
Pacientes Internos	Sin cargo, limitado a un máximo de por vida de 190 días según la cobertura de Medicare. Después de esto, hasta 45 días por año calendario	Sin cargo, limitado a un máximo de por vida de 190 días.

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET
MEDICARE SENIOR ADVANTAGE		
Pacientes Externos	\$20 por visita individual o \$10 por terapia de grupo.	\$20 por visita
TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA QUÍMICA Y DEL ALCOHOL		
Pacientes Internos	Sin cargo por tratamiento residencial recetada, limitada a 30 días por año calendario. \$100 por admisión por servicios de recuperación residencial de transición, hasta 60 días por año, sin exceder 120 días en cualesquiera 5 años consecutivos.	Sin cargo por el tratamiento residencial recetado.
Pacientes Externos	\$20 por visita individual; \$5 por visita para terapia de grupo	\$20 por visita
OTROS SERVICIOS MÉDICOS		
Atención médica en el hogar	Sin cargo	Sin cargo para las visitas cubiertas por Medicare
Instalaciones de Enfermería Especializada	Sin cargo Hasta 100 días por periodo de Beneficios	Sin cargo Hasta 100 días por periodo de Beneficios
Terapia a corto plazo (física, del habla, ocupacional)	\$20 por visita	Sin cargo
Quiropráctico	\$10 por visita, hasta 30 visitas por año cuando se usa un plan quiropráctico de American Specialty Health Plans, o \$20 por visita, por visitas cubiertas por Medicare. Asignación de \$50.00 por cada año calendario en instrumentos quiroprácticos.	\$10 por visita, hasta 20 visitas por año cuando se usa la Red de Quiroprácticos; o \$20 por cada visita cubierta por Medicare.
Acupuntura	Disponible con referencia	Comuníquese con el Departamento Well Choices de Health Net al 1(888)793-7746 para pedir una lista de los proveedores que ofrecen descuentos. (Éste no es un Beneficio.)
Equipo Médico Duradero	Sin cargo	Sin cargo
BENEFICIOS DE LA VISTA		
Examen de la vista	\$20 por visita; debe usar los servicios de Kaiser Optical	\$20 por visita

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET
------------------	---------------	-------------------

MEDICARE SENIOR ADVANTAGE

Anteojos y lentes de contacto	Se deben usar los servicios de Kaiser Optical. Asignación máxima de \$150 para anteojos o lentes de contacto. El Beneficio se renueva cada 24 meses.	Los anteojos y los armazones se proporcionan cada 24 meses hasta una asignación máxima de \$100 por armazones, los lentes sin cargo. Los lentes de contacto se proporcionan cada 24 meses hasta una asignación máxima de \$100. Debe usar Proveedores Participantes. Anteojos o lentes de contacto sin cargo después de cirugía de cataratas.
-------------------------------	---	--

MEDICAMENTOS CON RECETA

Farmacia minorista	\$10 por medicamentos genéricos \$20 por medicamentos de marca del formulario Las recetas de proveedores fuera de Kaiser (excepto los dentistas) NO están cubiertas. Suministro máximo de 100 días	\$10 por medicamentos genéricos \$20 por medicamentos de marca del formulario \$35 por medicamentos de marca fuera del formulario Las recetas de proveedores fuera de Health Net, incluso los dentistas, NO están cubiertas. Suministro de 30 días
Pedidos por correo	\$10 por medicamentos genéricos \$20 por medicamentos de marca del formulario Suministro máximo de 100 días Pedidos por correo sólo para reabastecer las recetas. Llame a la farmacia Kaiser de su localidad para solicitar más detalles o consulte el sitio Web de Kaiser en http://my.kp.org/ca/carpenterfunds/index.html Las recetas de proveedores fuera de Kaiser (excepto los dentistas) NO están cubiertas.	\$10 por medicamentos genéricos \$20 por medicamentos de marca del formulario \$35 por medicamentos fuera del formulario Suministro de 90 días Las recetas de proveedores fuera de Health Net, incluso los dentistas, NO están cubiertas.
Exámenes de la audición y auxiliares auditivos	\$20 por visita; asignación de \$2,500 para cada auxiliar auditivo. Los auxiliares auditivos se proporcionan cada 36 meses.	\$20 por visita; Los auxiliares auditivos están cubiertos bajo Indemnity Plan.

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET
MEDICARE SENIOR ADVANTAGE		
Áreas de cobertura	Véase en la página adjunta una lista de los códigos postales de las áreas cubiertas.	Véase en la página adjunta una lista de los códigos postales de las áreas cubiertas.
Dónde llamar para solicitar más información	1(800) 464-4000 http://my.kp.org/ca/carpenterfunds/index.html	1(800) 638-3889 http://www.healthnet.com

**BENEFICIOS DENTALES PLANES VOLUNTARIOS
PARA JUBILADOS QUE DECIDEN COMPRAR COBERTURA**

	Sólo el jubilado	El jubilado y un dependiente	REl jubilado y más de un dependiente
Delta Dental PPO Grupo N.º 1533	\$37.00	\$66.00	\$110.00
DeltaCare/PMI (Plan dental HMO prepago) Grupo N.º 00907-0001	\$27.00	\$43.00	\$59.00

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 que NO se encuentra en una lista de medicamentos preferidos del formulario.
Medicamento fuera del formulario	A drug that is NOT on a list of preferred formulary drugs.
Cargo Admisible	La cantidad monetaria que el Fondo de Fideicomiso ha determinado que permitira para cubrir servicios médicos necesarios o provisiones proveidos por proveedores no participantes.

Kaiser Service Areas

90001-84	91046	91778	92274-78	92801-09	93599	94199	95020-21	95436
90086-91	91066	91780	92282	92811-12	93601-02	94203-09	95026	95439
90093-96	91077	91784-86	92284-86	92814-17	93604	94211	95030-33	95441-42
90101	91101-10	91788-93	92305	92821-23	93606-07	94229	95035-38	95444
90103	91114-18	91795	92307-08	92825	93609	94230	95042	95446
90189	91121	91801-03	92313-18	92831-38	93611-14	94232	95044	95448
90201-02	91123-26	91901-03	92320-22	92840-46	93616	94234-37	95046	95450
90209-13	91129	91908-17	92324-26	92850	93618-19	94239	95050-56	95452
90220-24	91182	91921	92329	92856-57	93623-27	94240	95070-71	95462
90230-32	91184-85	91931-33	92331	92859-61	93630-31	94244	95101	95465
90239-42	91188-89	91935	92333-37	92863	93636-39	94246-50	95103	95471-73
90245	91199	91941-47	92339-41	92865-71	93643-46	94252	95106	95476
90247-51	91201-10	91950-51	92344-46	92877-83	93648-54	94254	95108-13	95486
90254-55	91214	91962-63	92350	92885-87	93656-57	94256-59	95115-36	95487
90260-67	91221-22	91976-80	92352	92899	93660	94261-63	95138-41	95492
90270	91224-26	91987	92354	93001-07	93662	94267-69	95148	95602-05
90272	91301-11	92007-11	92357-59	93009-12	93666-69	94271	95150-61	95607-21
90274-75	91313	92013-14	92369	93015-16	93673	94273-74	95164	95623-26
90277-78	91316	92018-27	92371-78	93020-22	93675	94277	95170	95628
90280	91319-22	92029-30	92382	93030-36	93701-12	94279-80	95172-73	95630
90290-96	91324-31	92033	92385-86	93040-44	93714-18	94282-91	95190-94	95632-35
90301-10	91333-35	92037-40	92391-95	93060-66	93720-30	94293-98	95196	95638-41
90312	91337	92046	92397	93094	93741	94301-06	95201-13	95645
90401-11	91340-46	92049	92399	93099	93744-45	94309	95215	95648
90501-10	91350-62	92051-52	92401-08	93203	93747	94401-04	95219-20	95650-52
90601-10	91364-65	92054-58	92410-15	93205-06	93750	94497	95227	95655
90620-24	91367	92064-65	92418	93215-16	93755	94501-03	95230-31	95658-64
90630-33	91371-72	92067-69	92423-24	93220	93760-61	94505-31	95234	95667-74
90637-40	91376-77	92071-72	92427	93222	93764-65	94533-53	95236-37	95676-78
90650-52	91380-81	92074-75	92501-09	93224-26	93771-80	94555-83	95240-42	95680-83
90660-62	91383-87	92078-79	92513-19	93230	93784	94585-92	95253	95686-88
90670	91390	92081-85	92521-22	93232	93786	94595-99	95258	95690-98
90680	91392-96	92090-93	92530-32	93238	93790-94	94601-15	95267	95703
90701-03	91401-13	92096	92543-46	93240-43	93844	94617-24	95269	95722
90706-07	91416	92101-24	92548	93249-52	93888	94649	95296-97	95736
90710-17	91423	92126-32	92551-57	93261	94002	94659-62	95304	95741-42
90720-21	91426	92134-40	92562-64	93263	94005	94666	95307	95746-47
90723	91436	92142-43	92567	93268	94010	94701-10	95313	95757-59
90731-34	91470	92145	92570-72	93276	94011	94712	95316	95762-63
90740	91482	92147	92581-87	93280	94013-28	94720	95319-20	95765
90742-49	91495-96	92149-50	92589-93	93285	94030	94801-08	95323	95776
90755	91499	92152-55	92595-96	93287	94035	94820	95326	95798
90801-10	91501-08	92158-79	92599	93301-09	94037-44	94850	95328-30	95799
90813-15	91510	92182	92602-07	93311-14	94060-66	94901	95336-37	95811-38
90822	91521-23	92184	92609-10	93380	94070	94903	95350-58	95840-43
90831-35	91601-12	92186-87	92612	93383-90	94074	94904	95360-61	95851-53
90840	91614-18	92190-93	92614-20	93501-02	94080	94912-15	95363	95860
90842	91701-02	92195-99	92623-30	93504-05	94083	94920	95366-68	95864-67
90844	91706	92201-03	92637	93510	94085-89	94922-25	95376-78	95894
90846-47	91708-11	92210-11	92646-63	93518-19	94101-05	94927-31	95380-82	95899
90848	91715-16	92220	92672-79	93531-32	94107-12	94933	95385-87	95903
90853	91722-24	92223	92683-85	93534-36	94114-34	94937-42	95391	95961
90895	91729-35	92230	92688	93539	94137	94945-57	95397	
91001	91737	92234-36	92690-94	93543-44	94139	94960	95401-07	
91003	91739-41	92240-41	92697-98	93550-53	94140-47	94963-66	95409	
91006-12	91743-50	92247-48	92701-08	93560-61	94151	94970-79	95416	
91016-17	91752	92252-56	92711-12	93563	94156	94999	95419	
91020-21	91754-56	92258	92728	93581	94158-64	95002	95421	
91023-25	91758-59	92260-64	92735	93584	94172	95008-09	95425	
91030-31	91761-73	92268	92780-82	93586	94177	95011	95430-31	
91040-43	91775-76	92270	92799	93590-91	94188	95013-15	95433	

Kaiser Medicare Service Areas

90001-84	91003	91601-12	92134-40	92427	93030-36	93636-39	94229-30	95008-09	95385-87	95798-99
90086-91	91006-12	91614-18	92142-43	92501-09	93040-44	93643-46	94232	95011	95391	95811-38
90093-96	91016-17	91701-02	92145	92513-19	93060-66	93648-54	94234-37	95013-15	95397	95840-43
90101	91020-21	91706	92147	92521-22	93094	93656-57	94239-40	95020-21	95401-07	95851-53
90103	91023-25	91708-11	92149-50	92530-32	93099	93660	94244	95026	95409	95860
90189	91030-31	91715-16	92152-55	92543-46	93203	93662	94246-50	95030-33	95416	95864-67
90201-02	91040-43	91722-24	92158-79	92548	93205-06	93666-69	94252	95035-38	95419	95894
90209-13	91046	91729-35	92182	92551-57	93215-16	93673	94254	95042	95421	95899
90220-24	91066	91737	92184	92562-64	93220	93675	94256-59	95044	95425	95903
90230-32	91077	91739-41	92186-87	92567	93222	93701-12	94261-63	95046	95430-31	95961
90239-42	91101-10	91743-50	92190-93	92570-72	93224-26	93714-18	94267-69	95050-56	95433	
90245	91114-18	91752	92195-99	92581-87	93230	93720-30	94271	95070-71	95436	
90247-51	91121	91754-56	92201-03	92589-93	93232	93741	94273-74	95101	95439	
90254-55	91123-26	91758-59	92210-11	92595-96	93238	93744-45	94277	95103	95441-42	
90260-67	91129	91761-73	92220	92599	93240-43	93747	94279-80	95106	95444	
90270	91182	91775-76	92223	92602-07	93250-52	93750	94282-91	98108-13	95446	
90272	91184-85	91778	92230	92609-10	93261	93755	94293-98	95115-36	95448	
90274-75	91188-89	91780	92234-36	92612	93263	93760-61	94301-06	95138-41	95450	
90277-78	91199	91784-86	92240-41	92614-20	93268	93764-65	94309	95148	95452	
90280	91201-10	91788-93	92247-48	92623-30	93276	93771-80	94401-04	95150-61	95462	
90290-96	91214	91795	92253	92637	93280	93784	94497	95164	95465	
90301-10	91221-22	91801-03	92255	92646-63	93285	93786	94501-03	95170	95471-73	
90312	91224-26	91901-03	92258	92672-79	93287	93790-94	94505-31	95172-73	95476	
90401-11	91301-11	91908-17	92260-64	92683-85	93301-09	93844	94533-53	95190-94	95486	
90501-10	91313	91921	92270	92688	93311-14	93888	94555-83	95196	95487	
90601-10	91316	91931-33	92276	92690-94	93380	94002	94585-92	95201-13	95492	
90620-24	91319-22	91935	92282	92697-98	93383-90	94005	94595-99	95215	95602-05	
90630-33	91324-31	91941-47	92305	92701-08	93501-02	94010-11	94601-15	95219-20	95607-21	
90637-40	91333-35	91950-51	92307-08	92711-12	93504-05	94013-28	94617-24	95227	95623-26	
90650-52	91337	91962-63	92313-18	92728	93510	94030	94649	95230-31	95628	
90660-62	91340-46	91976-80	92320-22	92735	93518-19	94035	94659-62	95234	95630	
90670	91350-62	91987	92324-26	92780-82	93531-32	94037-44	94666	95236-37	95632-35	
90680	91364-65	92007-11	92329	92799	93534-36	94060-66	94701-10	95240-42	95638-41	
90701-03	91367	92013-14	92331	92801-09	93539	94070	94712	95253	95645	
90706-07	91371-72	92018-27	92333-37	92811-12	93543-44	94074	94720	95258	95648	
90710-17	91376-77	92029-30	92339-41	92814-17	93550-53	94080	94801-08	95267	95650-52	
90720-23	91380-81	92033	92344-46	92821-23	93560-61	94083	94820	95269	95655	
90731-34	91383-87	92037-40	92350	92825	93563	94085-89	94850	95296-97	95658-64	
90740	91390	92046	92352	92831-38	93581	94101-05	94901	95304	95667-74	
90742-49	91392-96	92049	92354	92840-46	93584	94107-12	94903-04	95307	95676-78	
90755	91401-13	92051-52	92357-59	92850	93586	94114-34	94912-15	95313	95680-83	
90801-10	91416	92054-58	92369	92856-57	93590-91	94137	94920	95316	95686-88	
90813-15	91423	92064-65	92371-78	92859-61	93599	94139-47	94922-25	95319-20	95690-98	
90822	91426	92067-69	92382	92863	93601-02	94151	94927-31	95323	95703	
90831-35	91436	92071-72	92385-86	92865-71	93604	94156	94933	95326	95722	
90840	91470	92074-75	92391-95	92877-83	93606-07	94158-64	94937-42	95328-30	95736	
90842	91482	92078-79	92397	92885-87	93609	94172	94945-57	95336-37	95741-42	
90844	91495-96	92081-85	92399	92899	93611-14	94177	94960	95350-61	95746-47	
90846-48	91499	92090-93	92401-08	93001-07	93616	94188	94963-66	95363	95757-59	
90853	91501-08	92096	92410-15	93009-12	93618-19	94199	94970-79	95366-68	95762-63	
90895	91510	92101-24	92418	93015-16	93623-27	94203-09	94999	95376-78	95765	
91001	91521-23	92126-32	92423-24	93020-22	93630-31	94211	95002	95380-82	95776	

Health Net Commercial HMO Service Area

90000-102	91340-46	92247-48	93093-94	93673-75	95290	95645	96274	96619
90111	91350-62	92252-56	93100-99	93700-99	95301	95648	96276-77	96621
90118	91364-67	92258	93201-08	94001-03	95303-04	95650-53	96280	96630
90141	91370-72	92260-64	93210	94005-06	95307	95655	96282	96637
90172	91375-77	92268	93212	94010-12	95312-13	95658	96286-87	96650-52
90174	91380-88	92270	93214-27	94014-31	95315-17	95660-64	96290	96654
90176-77	91390	92274	93230-32	94035	95319-20	95667-68	96292	96656
90185	91392-96	92276-78	93234-35	94037-45	95322-24	95670-73	96298	96658-59
90200-02	91399-649	92282	93237-45	94059-67	95326	95677-84	96301-03	96680
90209-13	91651-99	92284-86	93247	94070-71	95328-31	95686-88	96305	96685
90220-24	91701-02	92292	93249-52	94074	95333-34	95690-91	96311	96690
90230-33	91706	92301-03	93254-58	94080-83	95336-37	95693-98	96315	96692
90239-42	91708-11	92305-18	93260-63	94085-91	95339-44	95700-01	96319	96699
90245	91714-16	92320-22	93265-68	94096-99	95348	95703-04	96323-24	
90247-51	91718-20	92324-27	93270-72	94203-531	95350-58	95709	96327-28	
90254-55	91722-24	92329-31	93274-80	94533-53	95360-61	95712-14	96331	
90260-67	91729-35	92333-37	93282-83	94555-83	95363	95717	96333-36	
90270	91737	92339-50	93285-88	94586-776	95365-69	95722	96338	
90272	91739-41	92352-62	93290-92	94778-915	95374	95726-27	96340-41	
90274-78	91743-50	92365	93300-91	94920	95376-78	95736	96343-44	
90280	91752	92367-78	93399	94922-31	95380-82	95741-43	96346	
90290-96	91754-56	92380-83	93427	94933-34	95384-88	95746-47	96351	
90300-612	91758-78	92385-88	93429	94937-42	95391	95757-59	96356	
90620-24	91780	92390-427	93434	94945-57	95400-09	95762-63	96358	
90630-33	91784-86	92500-23	93436-38	94960	95412-13	95765	96361	
90637-40	91788-93	92530-32	93440-41	94963-66	95416	95776	96366-67	
90650-65	91795	92536	93454-58	94969-99	95419	95798-99	96369-71	
90670-71	91797-874	92539	93460	95001-03	95421	95800-91	96397	
90680	91876-99	92543-46	93463-64	95005-11	95425	95893-99	96401	
90701-04	91901-03	92548-57	93501-05	95013-21	95430-31	95924	96404-05	
90706-07	91905-06	92561-64	93510	95026	95433	95937	96408	
90710-17	91908-17	92567	93516	95030-33	95436	95945-46	96411	
90720-21	91921	92570-72	93518-19	95035-38	95439	95949	96431-32	
90723	91931-35	92581-87	93523-24	95041-42	95441-42	95959-60	96434-35	
90731-34	91941-48	92589-93	93531-32	95044	95444	95975	96438	
90740	91950-51	92595-96	93534-39	95046	95446	96202	96455	
90742-899	91962-63	92599	93543-44	95050-56	95448	96208-10	96460	
91001-03	91976-80	92601-07	93550-53	95060-67	95450	96212-13	96468	
91006-12	91990-91	92609-10	93560-61	95070-71	95452	96218	96483	
91016-17	91994	92612-35	93563	95073	95462	96220-21	96488	
91020-21	92001-14	92637	93581-82	95076-77	95465	96224-25	96501-03	
91023-25	92016-75	92640-70	93584-86	95100-99	95471-73	96230-31	96515	
91030-31	92077-86	92672-81	93590-91	95201-13	95476	96235-36	96519	
91040-43	92088-93	92683-88	93596	95215-20	95480	96239	96528	
91046	92100-99	92690-94	93599	95227	95486-87	96244-45	96545	
91050-51	92201-03	92697-98	93601-16	95230-31	95492	96248	96553	
91066-77	92210-11	92700-899	93618-22	95234	95497	96251	96555-58	
91100-99	92220	93001-16	93624-31	95236-37	95602-21	96259	96570-71	
91301-13	92223	93020-24	93634-54	95240-42	95623-28	96261	96601-02	
91316	92230	93030-36	93656-57	95253	95630-39	96263-64	96605	
91319-31	92234-36	93040-44	93660-62	95258	95641	96266	96610-15	
91333-37	92240-41	93060-67	93664-70	95267-69	95643	96270-71	96617	

Health Net's Medicare/Seniority Plus Service Area

90001-84	90895	91499	92078-79	92385-86	92877-83	93539	94060-66	94586-92	95227
90086-89	90899	91501-08	92081-86	92391-95	92885-87	93543-44	94070	94595-98	95230-31
90091	91001	91510	92088	92397-99	92899	93550-56	94074	94601-15	95234
90093-96	91003	91521-23	92090-93	92401-08	93013-14	93558	94080	94617-24	95236-37
90099	91006-07	91526	92096	92410-15	93067	93560-63	94083	94649	95240-42
90101	91008-12	91601-12	92101-24	92418	93101-03	93581	94085-89	94659-62	95253
90103	91016-17	91614-18	92126-32	92423-24	93105-11	93584	94101-05	94666	95258
90189	91020-21	91701-02	92134-40	92424	93116-18	93586	94107-12	94701-10	95267
90201-02	91023-25	91706	92142-43	92427	93120-21	93590-92	94114-34	94712	95269
90209-13	91030-31	91708-11	92145	92501-09	93130	93596	94137	94720	95296-97
90220-24	91040-43	91714-16	92147	92513-19	93140	93599	94139-47	94801-08	95304
90230-33	91046	91722-24	92149-50	92521-22	93150	93602	94151	94820	95307
90239-42	91066	91729-35	92152-55	92530-32	93160	93605-09	94153-54	94850	95313
90245	91077	91737	92158-79	92536-46	93190	93611-13	94156	94922-23	95316
90247-51	91101-10	91739-41	92182	92548-49	93199	93616	94158-64	94926-28	95319-20
90254-55	91114-18	91743-50	92184	92551-57	93203	93618-22	94171-72	94931	95322-23
90260-67	91121	91752	92186-87	92561-64	93205-06	93624-28	94177	94951-55	95326
90270	91123-26	91754-56	92190-99	92567	93210	93630-31	94188	94972	95328-30
90272	91129	91758-59	92201-03	92570-72	93215-16	93634	94199	94975	95336-37
90274-75	91182	91761-73	92202-03	92581-87	93220	93640-42	94203-09	94999	95350-58
90277-78	91184-85	91775-76	92210-11	92589-93	93222	93646	94211	95001-03	95360-61
90280	91188-89	91778	92220	92595-96	93224-26	93648-52	94229-30	95005-11	95363
90290-96	91199	91780	92223	92599	93234	93654	94232	95013-15	95366-68
90301-12	91201-10	91784-86	92225-26	92602-07	93238	93656-57	94234-37	95017-21	95376-77
90401-11	91214	91788-93	92230	92609-10	93240-43	93660	94239-40	95023	95378
90501-10	91221-22	91795	92234-36	92612	93245	93662	94244-50	95026	95380-82
90601-10	91224-26	91797	92239-42	92614-20	93249-52	93664	94252	95030-33	95385-87
90620-24	91301-11	91801-04	92247-48	92623-30	93255	93667-68	94254	95035-38	95391
90630-33	91313	91896	92252-56	92637	93263	93675	94256-59	95041-42	95397
90637-40	91316	91899	92258	92646-63	93268	93701-12	94261-63	95044	95401-07
90650-52	91321-22	91901-03	92260-64	92672-79	93276	93714-18	94267-69	95046	95409
90660-62	91324-31	91905-06	92267-68	92683-85	93280	93720-30	94271	95050-56	95412
90670-71	91333-35	91908-17	92270	92688	93283	93740-41	94273-74	95060-67	95416
90680	91337	91921	92274-78	92690-94	93285	93744-45	94277-80	95070-71	95419
90701-04	91340-46	91931-35	92280	92697-98	93287	93747	94282-91	95073	95421
90706-07	91350-57	91941-48	92282	92701-08	93301-09	93750	94293-99	95076-77	95425
90710-17	91361-62	91950-51	92284-86	92711-12	93311-14	93755	94301-06	95101	95430-31
90720-21	91364-65	91962-63	92292	92725	93380-90	93760-61	94309	95103	95433
90723	91367	91976-80	92301	92728	93427	93764-65	94401-04	95106	95436
90731-34	91371-72	91987	92304-05	92735	93436-38	93771-80	94497	95108-13	95439
90740	91376	92003-04	92307-18	92780-82	93440-41	93784	94501-03	95115-36	95441-42
90742-49	91380-88	92007-11	92320-27	92799	93460	93786	94505-07	95138-41	95444
90755	91390	92013-14	92329	92801-09	93463-64	93790-94	94509-31	95148	95446
90801-10	91392-96	92018-30	92331-42	92811-12	93501-02	93844	94533-53	95150-61	95448
90813-15	91401-13	92033	92344-47	92814-17	93504-05	93888	94555-57	95164	95450
90822	91416	92036-40	92350	92821-23	93510	94002	94560-61	95170	95452
90831-35	91423	92046	92352	92825	93516	94005	94563-66	95172-73	95462
90840	91426	92049	92354-59	92831-38	93518-19	94010-11	94568-72	95190-94	95465
90842	91436	92051-52	92363-66	92840-46	93523-24	94013-28	94575	95196	95471-73
90844	91470	92054-61	92368-69	92850	93527-28	94030	94577-80	95201-13	95476
90846-48	91482	92064-72	92371-78	92856-57	93531-32	94035	94582-83	95215	95480
90853	91495-96	92074-75	92382	92859-71	93534-36	94037-44	94585-92	95219-20	95486-87

Self-Pay Rates Effective January 1, 2010

Non-Medicare Retiree	Retirement Effective Date	Cost of Coverage	Health Net				Cost of Coverage	Kaiser				Cost of Coverage	Indemnity			
			Less than 10 years of Service	10 - 20 Years of Service	20 - 25 Years of Service	More than 25 Years of Service		Retiree Self Pay if Years of Service:					Less than 10 years of Service	10 - 20 Years of Service	20 - 25 Years of Service	More than 25 Years of Service
								Less than 10 years of Service	10 - 20 Years of Service	20 - 25 Years of Service	More than 25 Years of Service					
Surviving Spouse Retiree Only	Pre 7/1994	\$949.94	\$950	\$950	\$950	\$950	\$823.43	\$824	\$824	\$824	\$824	\$770.79	\$771	\$771	\$771	\$771
	8/94 - 12/2008		N/A	\$553	\$509	\$465		N/A	\$477	\$439	\$400		N/A	\$424	\$386	\$347
	1/1/2009 or later		N/A	\$604	\$566	\$527		N/A	\$477	\$439	\$400		N/A	\$424	\$386	\$347
Retiree One Dependent			Health Net					Kaiser					Indemnity			
Without Medicare	Pre 7/1994	\$1,899.87	\$1,016	\$928	\$839	\$751	\$1,646.86	\$884	\$807	\$731	\$654	\$1,528.47	\$765	\$688	\$612	\$535
	8/94 - 12/2008		N/A	\$1,105	\$1,016	\$928		\$960	\$960	\$884	\$807		N/A	\$841	\$765	\$688
	1/1/2009 or later		N/A	\$1,213	\$1,137	\$1,060		N/A	\$960	\$884	\$807		N/A	\$841	\$765	\$688
With Medicare	Pre 7/1994	\$1,271.09	\$695	\$637	\$579	\$522	\$1,545.56	\$915	\$852	\$789	\$725	\$1,060.26	\$531	\$478	\$425	\$372
	8/94 - 12/2008		N/A	\$753	\$695	\$637		\$978	\$978	\$915	\$852		N/A	\$584	\$531	\$478
	1/1/2009 or later		N/A	\$795	\$742	\$689		N/A	\$1,070	\$1,017	\$964		N/A	\$584	\$531	\$478
With Risk	Pre 7/1994	\$1,248.37	\$698	\$643	\$588	\$532	\$1,156.02	\$627	\$574	\$521	\$468	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	8/94 - 12/2008		N/A	\$753	\$698	\$643		\$680	\$680	\$627	\$574		N/A	N/A	N/A	N/A
	1/1/2009 or later		N/A	\$773	\$720	\$667		N/A	\$680	\$627	\$574		N/A	N/A	N/A	N/A

Self-Pay Rates Effective January 1, 2010

Non-Medicare Retiree More than One Dependent	Retirement Effective Date	Cost of Coverage	Health Net				Cost of Coverage	Kaiser				Cost of Coverage	Indemnity			
			Less than 10 years of Service	10 - 20 Years of Service	20 - 25 Years of Service	More than 25 Years of Service		Retiree Self Pay if Years of Service:					Less than 10 years of Service	10 - 20 Years of Service	20 - 25 Years of Service	More than 25 Years of Service
								Less than 10 years of Service	10 - 20 Years of Service	20 - 25 Years of Service	More than 25 Years of Service					
No Dependent with Medicare	Pre 7/1994	\$2,752.53	\$1,472	\$1,343	\$1,215	\$1,087	\$2,329.10	\$1,448	\$1,360	\$1,272	\$1,184	\$1,763.13	\$882	\$794	\$706	\$618
	8/94 - 12/2008		N/A	\$1,600	\$1,472	\$1,343		\$1,536	\$1,536	\$1,448	\$1,360		N/A	\$970	\$882	\$794
	1/1/2009 or later		N/A	\$1,960	\$1,872	\$1,784		N/A	\$1,536	\$1,448	\$1,360		N/A	\$970	\$882	\$794
One Dependent With Medicare	Pre 7/1994	\$2,123.75	\$1,150	\$1,053	\$955	\$858	\$2,227.80	\$1,343	\$1,254	\$1,166	\$1,077	\$1,294.92	\$648	\$583	\$518	\$454
	8/94 - 12/2008		N/A	\$1,248	\$1,150	\$1,053		\$1,432	\$1,432	\$1,343	\$1,254		N/A	\$713	\$648	\$583
	1/1/2009 or later		N/A	\$1,542	\$1,477	\$1,412		N/A	\$1,646	\$1,581	\$1,516		N/A	\$713	\$648	\$583
One Dependent With Risk	Pre 7/1994	\$2,101.03	\$1,153	\$1,058	\$964	\$869	\$1,838.26	\$1,124	\$1,052	\$981	\$909	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	8/94 - 12/2008		N/A	\$1,248	\$1,153	\$1,058		\$1,195	\$1,195	\$1,124	\$1,052		N/A	N/A	N/A	N/A
	1/1/2009 or later		N/A	\$1,520	\$1,455	\$1,390		N/A	\$1,257	\$1,192	\$1,127		N/A	N/A	N/A	N/A
More than One Dependent with	Pre 7/1994	\$1,588.84	\$959	\$896	\$833	\$769	\$2,264.88	\$1,465	\$1,465	\$1,465	\$1,445	\$1,262.55	\$632	\$569	\$506	\$442
	8/94 - 12/2008		N/A	\$950	\$879	\$808		\$1,406	\$1,406	\$1,311	\$1,215		N/A	\$695	\$632	\$569
	1/1/2009 or later		N/A	\$1,022	\$959	\$896		N/A	\$1,698	\$1,635	\$1,572		N/A	\$695	\$632	\$569
More than One Dependent with Risk	Pre 7/1994	\$1,543.42	\$885	\$819	\$753	\$687	\$1,485.80	\$856	\$793	\$730	\$666	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	8/94 - 12/2008		N/A	\$951	\$885	\$819		\$919	\$919	\$856	\$793		N/A	N/A	N/A	N/A
	1/1/2009 or later		N/A	\$976	\$913	\$850		N/A	\$919	\$856	\$793		N/A	N/A	N/A	N/A

Self-Pay Rates Effective January 1, 2010							
Medicare Retiree	Medicare Effective Date	Health Net		Kaiser Plus Surcharge*		Indemnity	
		Cost of Coverage	Medicare Retiree Self Payment	Cost of Coverage		Cost of Coverage	Medicare Retiree Self Payment
Surviving Spouse		\$321.15	\$322	\$823.43	\$824	\$297.08	\$298
Retiree Only	Pre 1/1/2009	\$321.15	\$174	\$823.43	\$672	\$297.08	\$149
	Post 1/1/2009		\$174		\$676		\$149
Retiree Plus One Dependent							
Without Medicare	Pre 1/1/2009	\$1,271.08	\$695	\$1,646.86	\$1,121	\$1,054.76	\$528
	Post 1/1/2009		\$745		\$1,121		\$528
With Medicare	Pre 1/1/2009	\$642.30	\$350	\$1,545.56	\$1,069	\$586.55	\$294
	Post 1/1/2009		\$350		\$1,254		\$294
With Risk	Pre 1/1/2009	\$619.58	\$328	\$1,156.02	\$851	N/A	N/A
	Post 1/1/2009		\$328		\$864		N/A
Retiree Plus More than One Dependent							
No Dependent with Medicare	Pre 1/1/2009	\$2,123.74	\$1,150	\$2,329.10	\$1,615	\$1,289.42	\$645
	Post 1/1/2009		\$1,480		\$1,685		\$645
One Dependent With Medicare	Pre 1/1/2009	\$1,494.96	\$829	\$2,227.80	\$1,496	\$821.21	\$411
	Post 1/1/2009		\$1,085		\$1,818		\$411
One Dependent With Risk	Pre 1/1/2009	\$1,472.24	\$832	\$1,838.26	\$1,278	N/A	N/A
	Post 1/1/2009		\$1,063		\$1,429		N/A
More than One Dependent with	Pre 1/1/2009	\$960.05	\$557	\$2,264.88	\$1,465	\$788.84	\$395
	Post 1/1/2009		\$567		\$1,872		\$395
More than One Dependent with Risk	Pre 1/1/2009	\$914.63	\$521	\$1,485.80	\$1,028	N/A	N/A
	Post 1/1/2009		\$521		\$1,092		N/A

*(Eligible for Medicare but for what ever reason have not assigned Part A and/or Part B to Kaiser) (Premium Rates same as Non-Medicare PLUS SURCHARGE.)

[Self Pay Rate equals full cost of Non-Medicare, Plus Surcharge, MINUS the Risk subsidy. Surcharge added to these numbers manually by Benefit Services because of the numerous combinations of possibilities.]

Self-Pay Rates Effective January 1, 2010

Medicare Risk Retiree	Medicare Effective Date	Health Net		Kaiser		Indemnity	
		Cost of Coverage	Medicare Retiree Self Payment	Cost of Coverage	Medicare Retiree Self Payment	Cost of Coverage	Medicare Retiree Self Payment
Surviving Spouse		\$298.44	\$299	\$332.59	\$333	N/A	N/A
Retiree Only	Pre 1/1/2009	\$298.44	\$151	\$332.59	\$181	N/A	
	Post 1/1/2009		\$151		\$185		
Retiree Plus One Dependent Without Medicare							
			Health Net		Kaiser		Indemnity
	Pre 1/1/2009	\$1,248.37	\$698	\$1,156.02	\$630	N/A	
	Post 1/1/2009		\$722		\$630		
With Medicare	Pre 1/1/2009	\$619.59	\$328	\$1,054.72	\$578	N/A	
	Post 1/1/2009		\$328		\$763		
With Risk	Pre 1/1/2009	\$596.87	\$305	\$665.18	\$360	N/A	
	Post 1/1/2009		\$305		\$373		
Retiree Plus More than One Dependent No Dependent with Medicare							
			Health Net		Kaiser		Indemnity
	Pre 1/1/2009	\$2,101.03	\$1,153	\$1,838.26	\$1,124	N/A	
	Post 1/1/2009		\$1,457		\$1,194		
One Dependent With Medicare	Pre 1/1/2009	\$1,472.25	\$832	\$1,736.96	\$1,005	N/A	
	Post 1/1/2009		\$1,063		\$1,327		
One Dependent With Risk	Pre 1/1/2009	\$1,449.53	\$835	\$1,347.42	\$787	N/A	
	Post 1/1/2009		\$1,040		\$938		
More than One Dependent with Medicare	Pre 1/1/2009	\$937.34	\$544	\$1,774.04	\$974	N/A	
	Post 1/1/2009		\$544		\$1,381		
More than One Dependent with Risk	Pre 1/1/2009	\$891.92	\$499	\$994.96	\$537	N/A	
	Post 1/1/2009		\$499		\$602		