FONDO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES DE CONNECTICUT
RESUMEN DE BENEFICIOS

OCTUBRE 1, 2025

VISITE NUESTRO SITIO WEB EN: WWW.CTLABORERSFUNDS.COM

PARTICIPANTES ACTIVOS:

PLAN PAGA

Seguro de Vida
Participante Activo (Solo Miembros) $20,000
Participante Activo que Mantiene la Cobertura COMPLETA a través de COBRA $20,000

Beneficios por Muerte Accidental
Suma Principal (Miembro Activo y COBRA COMPLETO) $40,000
Beneficio por Muerte Accidental en el Lugar de Trabajo (Miembro Activo y COBRA COMPLETO Solamente). $50,000

Beneficios por Desmembramiento
Pago Parcial hasta la Suma Principal (Solo para miembros y COBRA COMPLETO).....$40,000

Beneficios Semanales de Ingresos por Discapacidad (No relacionados con el trabajo)*
Pago Semanal Máximo. $400
Período Máximo de Beneficio .....26 semanas
****Los beneficios comienzan el primer día de discapacidad debido a una lesión y en el octavo día de la discapacidad debido a la enfermedad.*** Este período de espera de siete días se exime cuando un profesional médico demuestre que el período de recuperación resultante de la enfermedad o cirugía mayor de un miembro es de dos (2) semanas o más *Los beneficios no son pagaderos si está cobrando el desempleo, jubilado y cobrando una pensión.*

BENEFICIOS MÉDICOS: DENTRO DE LA RED (PARTICIPANTES ACTIVOS Y DEPENDIENTES ELEGIBLES HASTA LOS 26 AÑOS)

Máximo de por Vida/Máximo del Año Calendario .....Ninguno

Deducible .....Ninguno

Año Calendario de Desembolso Máximo.....$2,000 por persona
.....$4,000 por familia

Este es un máximo combinado de medicamentos médicos y recetados dentro de la red de su bolsillo. Todos los copagos dentro de la red por servicios reconocidos por el Plan como un cargo cubierto se acumularán hacia el máximo de desembolso del año calendario, excepto los copagos para servicios dentales, de visión y audición. Una vez que sus copagos dentro de la red alcancen este umbral, el saldo de sus gastos dentro de la red para el resto del año calendario se pagará en su totalidad sin estar sujeto a un copago. Todos los cargos cubiertos se pagan en su totalidad cuando

son proporcionados por un hospital, médico o proveedor participante, sujeto a los siguientes copagos:

PARA ACCEDER A AETNA:
Vaya a aetna.com para proveedores médicos dentro de la red, elija el **Plan POS II de Aetna Choice**. Los Proveedores Dentales dentro de la red se pueden encontrar en el mismo sitio web: para los proveedores dentales dentro de la red, elija el Dental PPO/PDN with PPO II and Extend℠.

BENEFICIOS DENTRO DE LA RED
Los Hospitales y Proveedores Dentro de la Red son a través de Aetna PPO Network
Todos los Cargos Cubiertos se pagan en su totalidad cuando son proporcionados por un Hospital, Médico o proveedor participante, sujeto a los siguientes copagos:

	USTED PAGA
Visita al Consultorio del Médico de Atención Primaria	$25 copago
Visita al Consultorio Especializado (Dermatología $25 copago)	$40 copago
Ingreso Hospitalario (por admisión)	$250 copago
Cirugía Hospitalaria	$0 copago
Anestesia	$0 copago
Cirugía Ambulatoria	$0 copago
Imágenes Principales (CAT Scan, PET Scan etc.)	$25 copago
Rayos X y Otras Imágenes	$25 copago
Sala de Emergencias y Centros Médicos Independientes Cuando los servicios son para un diagnóstico considerado una emergencia (copago exento si ingresa en el hospital).	……..$235 copago
Salas de emergencia y centros médicos independientes	$235 copago

Teladoc:

Medicina General (Salud Conductual $0 copago)	$25 copago
Centros de Atención de Urgencia	$40 copago
Clínica sin Cita Previa que no sea un Médico de Atención Primaria	$25 copago
Clínica CVS Minute	$0 copago

USTED PAGA

Examen Físico de Rutina (una vez por año calendario).....$0 copago

Inmunizaciones para Adultos .....$0 copago
Incluidas las vacunas necesarias para viajar al extranjero

Visita al Ginecólogo (Preventiva) .....$0 copago

Mamografías (Preventiva).....$0 copago

Cuidado del bebé ..... $0 copago
Primeros 12 meses - siete visitas
Edad de 13 meses a 24 meses - tres visitas
Edad de 25 meses a 36 meses - tres visitas
Edad de 3 años o más - anualmente

Colonoscopia (a partir de los 45 años) .....$0 copago

Laboratorio de Diagnóstico.....$25 copago

Terapia Física, del Habla y Ocupacional (Restaurativa) .....$40 copago
Máximo de sesiones de tratamiento combinado por año calendario 60
(Incluye Hospital OP)

Servicios Quiroprácticos .....$40 copago
Máximo de visitas por año calendario 30

Quimioterapia .....$0 copago

Visitas al Alergólogo (hogar / oficina / hospital ambulatorio) .....$40 copago
Los copagos no se aplican a las inyecciones de seguimiento sin una visita al consultorio

Visitas Naturopáticas.....$25 copago
Excluye vitaminas y suplementos

Consejería Nutricional.....$0 copago
Máximo de visitas por año calendario 40

Acupuntura.....$25 copago
30 visitas por año calendario. Visitas adicionales pueden ser autorizadas por la revisión de atención administrada de Aetna

Programa Educativo Ambulatorio para el Manejo de Enfermedades .....$0 copago

Programa de Rehabilitación Cardíaca.....…$40 copago

USTED PAGA

Centro de Enfermería Especializada .....$250 copago por admisión
Máximo de días por año calendario 120

Salud en el Hogar.....$0 copago
Máximo de visitas por año natural.....120

Hospicio.....$250 copago por admisión
(Pagado en su totalidad según el Programa de atención compasiva de Aetna)

Maternidad, Obstetricia, Partería:
La primera visita a la oficina estará sujeta a un copago de $40 con todos los cargos de visita de seguimiento a la oficina pagados en su totalidad. Los cargos dentro de la red por servicios de ultrasonido y laboratorio, etc., estarán sujetos a copagos estándar

Trasplantes de Órganos/Tejidos.....$250 copago
(La cobertura está sujeta a certificación previa)

Servicios de Infertilidad .....Copagos estándar para tratamiento hospitalario o ambulatorio
(Cobertura sujeta a la revisión de atención administrada de Aetna)

Ambulancia (Incluye Ambulancia Aérea) .....$0 copago
Beneficio de Ambulancia Aérea Máximo.....Ninguno
Para emergencias médicas al hospital más cercano que puede proporcionar la atención adecuada.

Equipo Médico Duradero.....$0 copago
Sujeto a revisión por necesidad médica y cargos razonables y habituales, junto con restricciones en la compra, alquiler y vida útil del equipo

Prótesis.....$0 copago

Ortesis .....20% de los Cargos Cubiertos
Limitaciones de beneficios .....Limitadas a un inserto o zapato prescrito una vez cada 36 meses

Terapia de Masaje.....$50 reembolso máximo / 12 visitas por año calendario

Terapia Génica (Dentro de la Red) .....$40 copago
(Fuera de la red no cubierto)

Bariátrico (Facilidad Médica para pacientes Hospitalizados).....$250 copago
(Cobertura sujeta a la revisión de atención administrada de Aetna)

Programa de Asistencia al empleado (EAP)
Llame a **Tri-State EAP Services, Inc.** al (845) 228-8303 para precertificar la atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios. **Tri-State EAP** es confidencial y está disponible para ayudar a los miembros y sus dependientes elegibles con problemas personales o familiares, manejo de la ira, estrés, ansiedad, etc. Llámelos al (845) 228-8303.

USTED PAGA

Hospitalización para Tratamiento Salud Mental/SaludConductual/Abuso Sustancias ……..
.....$250 copago por admisión

Tratamiento Ambulatorio de Salud Mental/Conductual/ Abuso Sustancias.....
……$0 copago por visita

USTED PAGA

Terapia Habilitativa, Física, Ocupacional y del Habla para el Trastorno del Espectro Autista (trastorno generalizado del desarrollo) y el retraso en el desarrollo está cubierto sin edad, visita o límites en dólares…….....$40 copago por visita

Análisis de Comportamiento Aplicado (servicios ABA) está cubierto sin límites de edad, visita o dólar: …….....$0 copago

Salud Conductual: "ambulatorio todos los demás" en la red está cubierto,
.....$0 copago

Salud Conductual — "ambulatorio todos los demás" Fuera de la red está cubierto después del deducible: ……..20% coseguro

Metadona/Dolofina Tratamiento para pacientes hospitalizados/ambulatorios abuso de sustancias.
Sujeto a revisión por necesidad médica y autorización previa:
…….... copago es sujeto al lugar de servicio

BENEFICIOS MÉDICOS: FUERA DE LA RED (PARTICIPANTES ACTIVOS Y DEPENDIENTES ELEGIBLES HASTA LOS 26 AÑOS)

Los cargos fuera de la red están sujetos a limitaciones razonables y habituales.

USTED PAGA

Deducible Individual.....$200 per calendar year
Deducible Familiar.....$400 per calendar year

Coseguro…… Después del deducible, usted es responsable del coseguro del 20% de los cargos permitidos

Gasto Máximo del Bolsillo por Año Calendario .....Individual: $4,000/Familia: $8,000

Los servicios médicos para pacientes hospitalizados requieren certificación previa. Si no se certifican previamente dichos servicios o no se cumplen los requisitos del Programa de revisión de utilización, se producirá una reducción del 20% en los beneficios, sujeto a una multa máxima de $500 por ocurrencia.
Llame a Aetna al 800-245-1206 para realizar una certificación previa

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE CVS Caremark (PARTICIPANTES ACTIVOS Y DEPENDIENTES ELEGIBLES HASTA LOS 26 AÑOS)

Inicie sesión en CVS accediendo a su sitio web en: https://www.caremark.com/wps/portal o descargue la aplicación Caremark:

Si utiliza una farmacia CVS, puede obtener un suministro de hasta 90 días.

	USTED PAGA
Farmacia Minorista (hasta un suministro de 30 días)	
Nivel I, (Típicamente Medicamentos Genéricos) Copago	$10 por receta
Nivel II, Medicamento de Marca Preferida Copago	$25 por receta
Nivel III, Medicamento de Marca no Preferida Copago	$50 por receta
Programa de Pedidos por Correo (hasta un suministro de 90 días)	
Nivel I, (Típicamente Medicamentos Genéricos) Copago	$20 por receta
Nivel II, Medicamento de Marca Preferida Copago	$50 por receta
Nivel III, Medicamento de Marca no Preferido Copago	$100 por receta

Las recetas anticonceptivas genéricas y las recetas anticonceptivas de marca sin un equivalente genérico tienen un copago de $0.

El Fondo no realizará ningún pago por ningún medicamento recetado obtenido de una farmacia fuera de la red.

BENEFICIOS DENTALES (PARTICIPANTES ACTIVOS Y DEPENDIENTES ELEGIBLES HASTA LOS 26 AÑOS)

Los cargos fuera de la red están sujetos a limitaciones razonables y habituales.

Máximo por Año Calendario ..... $4,000 por persona
Máximo por Año Calendario **no** se aplica a los niños menores de 19 años

	USTED PAGA
Servicios de Atención Preventiva	$0
Servicios Básicos	20% coseguro
Servicios Mayores	30% coseguro

Ortodoncia (dependiente elegible menor de 19 años únicamente) ..... 20% coseguro
($5,000 máximo de por vida se aplica a gastos de ortodoncia)

Disfunción de la Articulación Temporomandibular (TMJ) .....20% coseguro
La cobertura está sujeta a la revisión de atención administrada de Aetna

BENEFICIO DE ATENCIÓN AUDITIVA (PARTICIPANTES ACTIVOS Y DEPENDIENTES ELEGIBLES HASTA LOS 26 AÑOS)

OPCIÓN 1 (Usted puede elegir CUALQUIERA Opción 1 o 2) **PLAN PAGA**
Evaluación Auditiva..... 100%
Un examen cada tres años, o con más frecuencia si lo recomienda un audiólogo de la Universidad de Connecticut. Incluye evaluación, examen médico y moldes.

Audífonos.....100% de los primeros $2,000 por aparato y 80% de los cargos por Exceso de Beneficios pagaderos si son provistos por la Clínica del Habla y Audición de la Universidad de Connecticut.

OPCIÓN 2 (Usted puede elegir CUALQUIERA de las Opciones 1 o 2) **PLAN PAGA**
Evaluación Auditiva..... 100%
Un examen cada tres años, o con más frecuencia si lo recomienda un audiólogo de Aetna. Incluye evaluación, examen médico y moldes.

Audífonos

Si un participante utiliza un **Audiólogo de Aetna**, el Fondo de Salud (Aetna) pagará los primeros $2,000 por audífono (que incluye el examen, etc.) al 100%. Una vez cada tres (3) años consecutivos a menos que lo recomiende el Audiólogo.

IMPORTANTE: Todos los cargos que excedan los $2,000 por audífono deben ser pagados por el participante directamente al Audiólogo.

DEBE enviar recibos detallados del audiólogo (descripción del audífono, costo) y monto pagado por el participante) al Fondo de Salud y el participante será reembolsado sobre una base autofinanciada al 80% de coseguro con un máximo de desembolso de $250 por audífono.

BENEFICIO DE GASTOS DE VISIÓN (PARTICIPANTES ACTIVOS Y DEPENDIENTES ELEGIBLES HASTA LOS 26 AÑOS)

Inicie sesión en Eye Med accediendo a su sitio web en:
https://member.eyemedvisioncare.com/member/en

Eligible Participant, Spouses and Dependent children up to age 26..... una vez por año del plan

Beneficio dentro de la Red .....**PLAN PAGA**

Si utiliza un optometrista de Eye Med, el examen ocular y la refracción se pagan en su totalidad. La mayoría de las monturas, tipos de lentes y opciones de recubrimiento se pagan en su totalidad si se obtienen de un proveedor de Eye Med Vision.

Examen Ocular..... 100%
Examen Optomapa de la Retina..... 100%
Marcos de Anteojos.....hasta una asignación de $200
Marcos Freedom Pass en Lenscrafters o Target Optical..... 100%
(excluye ciertos marcos de diseño)
Lentes de Anteojos..... 100%
Copago aplica recubrimientos antirreflejantes y otras características como lentes fotosensibles, lentes de policarbonato, etc.
Lentes de contacto.....hasta una asignación de $200
Cirugía de corrección de la visión con láser **(LASIK)**……. 15% de descuento en el comercio minorista o 5% de descuento en el precio promocional

****** No se realiza ningún pago por el reemplazo de anteojos perdidos o robados ******

BENEFICIO DE GASTOS DE VISIÓN (PARTICIPANTES ACTIVOS Y DEPENDIENTES ELEGIBLES HASTA LOS 26 AÑOS)

Beneficios de la Visión Fuera de la Red
Examen Ocular $40
Imágenes de Retina.....$20
Marcos..... $140
Lentes Individuales..... $30
Lentes Bifocales.....$50
Trifocal y Lenticular.....$70
Lentes Progresivas $50
Lentes de Contacto..... $140

CANCERNAVIGATOR (PARTICIPANTES ACTIVOS Y DEPENDIENTES ELEGIBLES HASTA LOS 26 AÑOS)

CancerNavigator es un beneficio sin costo para todos los miembros y dependientes elegibles bajo el Plan.
****Comuníquese con una de las Enfermeras Navigators de Oncología al (475) 277-5481 para lo siguiente:***
- Educación sobre exámenes de detección de cáncer para la deducción temprana
- Información personalizada sobre su diagnóstico y opciones de tratamiento
- Programación de citas rápidamente con los mejores centros de su área
- Apoyo en la preparación de sus próximas visitas al médico
- Transporte, apoyo emocional y de salud mental y otros recursos comunitarios

HINGE HEALTH (PARTICIPANTES ACTIVOS Y DEPENDIENTES ELEGIBLES DE 18+ AÑOS)

Beneficio para la salud de su espalda y articulaciones sin costo adicional.
****Solicite en hinge.health/ctlaborers o llame al (855) 902-2777 para lo siguiente:***
- Conquistar el dolor o el movimiento limitado
- Recuperarse de una lesión reciente o pasada
- Mantener las articulaciones sanas y sin dolor

ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS DE JUBILACIÓN

Para ser elegible para los beneficios de jubilados, ya sea que sea elegible para Medicare o no elegible para Medicare si es un participante activo (incluidas las entidades relacionadas, como el personal del Fondo de Servicios Legales de Trabajadores de Connecticut, el personal de la Oficina del Fondo de Trabajadores de Connecticut, el personal de los Sindicatos Locales Afiliados, el Consejo de Distrito de Trabajadores de Connecticut, el Fondo Organizador, Fondo de Capacitación, etc.:

1. Debe haber mantenido la Elegibilidad Activa (incluyendo COBRA) en el Fondo de Salud inmediatamente antes de su jubilación; y,
2. Debe ser elegible y recibir un beneficio de pensión mensual del Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Connecticut o del Plan de Pensiones para el Personal de los Trabajadores de Connecticut; y
3. Debe haber trabajado 10,000 horas en Empleo Cubierto por el cual el Fondo de Salud recibió contribuciones durante los quince (15) años calendario consecutivos, antes de su jubilación;y,
4. Debe aceptar realizar el pago mensual requerido

ELEGIBILIDAD PARA EMPLEADOS FUERA DEL CONVENIO (NON-BARGAINED EMPLOYEES)

Para ser elegible para los Beneficios de Jubilados, ya sea que sea Elegible para Medicare o No Elegible para Medicare si es un Empleado de un Empleador Contribuyente que participa en el Fondo de Salud a través de un Acuerdo de Participación:

1. Debe haber mantenido la Elegibilidad Activa (incluyendo COBRA) en el Fondo de Salud inmediatamente antes de su jubilación; y,

2. Debe haber mantenido la cobertura durante al menos 10 años consecutivos; y,

3. Debe aceptar realizar el pago mensual requerido.

PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA JUBILADOS (JUBILADOS Y DEPENDIENTES CUBIERTOS MENORES DE 65 AÑOS O NO ELEGIBLES PARA MEDICARE)

Seguro de Vida	$10,000 (solo si es elegible y elige participar en el Programa de Seguro Médico para Jubilados) Beneficio autofinanciado de $5,000 para los participantes que se jubilan en el Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Connecticut con Treinta (30) o más Créditos de Pensión.
Cobertura Hospitalaria y Médica	Mismos beneficios que un miembro activo
Beneficios de Hospicio	Mismos beneficios que un miembro activo
Beneficio de Medicamentos Recetados	Mismos beneficios que un miembro activo

Beneficio Dental	Mismos beneficios que un miembro activo
Beneficio de Visión	Mismos beneficios que un miembro activo
Beneficio de Audición	Mismos beneficios que un miembro activo
Beneficio Semanal de Ingresos por Discapacidad	Ninguno

PLAN AETNA MEDICARE ADVANTAGE PARA JUBILADOS (PARA JUBILADOS Y DEPENDIENTES CUBIERTOS ELEGIBLES PARA LAS PARTES A Y B DE MEDICARE)

Seguro de Vida

$5,000 (solo si es elegible y elige participar en el Programa de Seguro Médico para Jubilados)

Beneficio autofinanciado de $5,000 para los participantes que se jubilan en el Fondo de Pensiones de los Trabajadores de Connecticut con Treinta (30) o más Créditos de Pensión.

Hospital, Médicos y Medicamentos Recetados

Cobertura

Aetna Medicare Advantage PPO con Plan de Área de Servicio Extendida (ESA). Debe estar inscrito tanto en la Parte A como en la Parte B de Medicare.

BENEFICIOS DENTALES (JUBILADOS DE MEDICARE Y DEPENDIENTES DE MEDICARE CUBIERTOS)

Dental – Premier ESA
La cobertura incluye limpiezas, chequeos, radiografías y servicios integrales.
Beneficio máximo anual: $1,000 cada año

Servicios Dentales Preventivos……..……$0 deducible dental
0% de coseguro por cada servicio dental
Servicios Comprensivos……...……..……$0 deducible dental
50% de coseguro por cada servicio dental

AETNA MEDICARE ADVANTAGE PARA JUBILADOS (JUBILADOS Y DEPENDIENTES CUBIERTOS ELEGIBLES PARA LAS PARTES A Y B DE MEDICARE)

Beneficios de Visión Los mismos beneficios que un miembro activo

Beneficio de Hospicio Este beneficio es para un jubilado o dependiente elegible con enfermedad terminal cuando un médico ha determinado que el jubilado o dependiente elegible tiene seis (6) meses o menos de vida; y,

1. Si el Jubilado o Dependiente Elegible no puede realizar, sin la ayuda sustancial de otra persona, al menos dos (2) Actividades de la Vida Diaria, según lo determine el Administrador de Casos del Fondo de Salud; y

2. El Administrador de Casos del Fondo de Salud determina que la Familia no puede cuidar al Jubilado o Dependiente Elegible con solo visitas periódicas de enfermeras y / o asistentes de salud en el hogar.
   El Plan autofinanciado del Fondo de Salud de los Trabajadores de Connecticut reembolsará hasta $275.00 por día para cualquiera de las habitaciones y comidas en un centro de cuidados paliativos o para reembolsar los servicios de un cuidador residente certificado que no sea un miembro de la familia, por un período máximo de seis (6) meses.

Beneficios de Audición - <u>OPCIÓN 1</u> (Usted puede elegir CUALQUIERA Opción 1 o 2)

PLAN PAGA

Evaluación auditiva 100%
Un examen cada tres años, o con más frecuencia si lo recomienda un audiólogo de la Universidad de Connecticut. Incluye evaluación, examen médico y moldes.

Audífonos..... 100% de los primeros $2,000 por aparato y 80% de los cargos por exceso
Beneficios pagaderos si son proporcionados por la Clínica del Habla y la Audición de la Universidad de Connecticut. Una vez cada tres (3) años consecutivos a menos que lo recomiende el Audiólogo.

Beneficios de Audición - <u>OPCIÓN 2</u> (Usted puede elegir CUALQUIERA de las opciones 1 o 2)

Evaluación auditiva ..... ….100%
Un examen cada tres años, o con más frecuencia si lo recomienda un audiólogo de la Universidad de Connecticut. Incluye evaluación, examen médico y moldes.

Audífonos..... **DEBE** usar un **audiólogo de Aetna:**
Todos los cargos por audífono deben ser pagados por el jubilado de Medicare directamente al audiólogo.

El Fondo de Salud reembolsará al jubilado de Medicare los primeros $2,000 por audífono al 100% (que incluye el examen, etc.) y al jubilado de Medicare se le reembolsará cualquier cargo que exceda los $2,000 por audífono al 80% hasta un desembolso máximo de $250 por audífono. Debe enviar recibos detallados del audiólogo (descripción del audífono, costo y monto pagado por el participante) al Fondo de Salud y el jubilado de Medicare será reembolsado sobre una base autofinanciada al 80% de coseguro con un desembolso máximo de $ 250 por audífono.