

HEALTH & WELFARE PRESS

Laborers' and Operating Engineers' Utility Agreement Health and Welfare Trust Fund for Arizona

June 2009

SPECIAL ISSUE



The Trustees of the Fund recognize the difficult times facing all of us. The state of the economy—unemployment, reduced construction, the mortgage crisis and the continuing rise in health care costs—has everyone concerned. We are all involved, in one way or another, with trying to make the best of a very challenging situation and still take care of our families.

The Trust Fund has been affected by the financial crisis as well. This past week the Trustees met to discuss some important and difficult decisions regarding changes to our Health Plan benefits. This newsletter provides the details of the changes, some of which may only be temporary.

It is important that you read this carefully and understand how these changes may affect the manner in which health care benefits will be provided to you and your eligible dependents in the near future. We will continue to keep you informed.

The Trustees

Effective July 1, 2009

Suspension of Dental Care Coverage

Coverage for dental care will be temporarily suspended. The Fund will not reimburse you for any dental expenses you incur after July 1, 2009, unless the care you receive is necessary to complete a course of treatment that began prior to July 1, 2009.

Hour Bank

The Hour Bank maximum will increase by 35 hours in July, August, and September, and the Hour Bank “charge off” is increasing to 135 hours in October. The Hour Bank accumulation will remain at three months of eligibility.

The information provided in **Health & Welfare Press** is of a general nature only and does not replace or alter the official rules and policies contained in the official Plan documents that legally govern the terms and operation of the plans. If this newsletter differs in any way from the official Plan documents, the official Plan documents always govern. Receipt of this newsletter does not guarantee benefits eligibility. The Board of Trustees has the right to modify benefits at any time.

CIGNA HealthCare is the Fund's new PPO network provider

Effective April 1, 2009, CIGNA replaced Arizona Foundation for Medical Care and National Preferred Provider Network as the Fund's providers of PPO network services.

Ask your doctor if he or she participates in CIGNA's network to ensure you receive the highest level of coverage available to you under the Plan. If you need to locate a CIGNA network provider, call **1-800-474-3485** or visit Southwest Service Administrator's Web site at **www.southwestservicetpa.com**.

Effective July 15, 2009

Increased Medical Deductible

Before any eligible expenses you incur are covered under the Plan, you are required to meet a calendar year deductible. The Fund is increasing the amount you must pay for services you receive in-network and out-of-network from \$300 per person to \$600 per person, and from \$600 per family to \$1,200 per family.

Increased Coinsurance

Temporary changes are being made to the way you and the Fund split the cost of certain covered medical expenses, after you've met the deductible. When you receive care from an in-network provider, the Fund will pay 75% of the eligible expenses, instead of 80%. You will be responsible to pay 25% of the expenses.

In addition, when you receive care from an out-of-network provider, the Fund will pay 50% of the eligible expenses, instead of 60%. You will be responsible to pay 50% of the expenses.

Increased Out-of-Pocket Expenses

The Fund is increasing the annual coinsurance maximum for comprehensive in-network medical expenses to \$15,000. As a result, your maximum annual out-of-pocket responsibility will be \$3,750 (\$15,000 x .25).

Increased Copay for Emergency Room Services

The amount (copay) you must pay each time you receive care in an emergency room (ER) is increasing from \$150 per visit to \$300 per visit. The Fund will now pay 75% of the remaining costs when you receive appropriate care. Your copay will continue to be waived if you are admitted into the hospital.

Future Changes in Prescription Drug Benefits Coverage

Note that changes will need to be made to your prescription drug benefits in the near future. You will be informed of these changes in the next newsletter.

Plan Exclusions and Limitations

The Board of Trustees is in the process of clarifying the services, supplies and expenses that are covered under the Plan. Please give special attention to the attached insert, which provides a list of items that will be excluded or limited under the Plan effective July 1, 2009.

The following chart provides contact information should you need to locate a provider or ask a question regarding your benefits.

| Important Contact Information (Información importante para sus comunicaciones) | | | |
|---|--|--|--|
| For Questions About... Para preguntas acerca de... | Contact... Comuníquese con... | Phone... Teléfono... | Web site... Por el sitio en la Web... |
| Medical Care Claims, Payment, Eligibility, or PPO providers and facilities Nurse Assistance Hotline | Southwest Service Administrators, Inc. CIGNA HealthCare | 602-249-3582 800-474-3485 1-800-768-4695 | www.southwestservicetpa.com www.cigna.com |
| Prescription Drugs | RxAmerica | 800-770-8014 | www.rxamerica.com |
| Dental Care and Life Insurance | Southwest Service Administrators, Inc. | 602-249-3582 800-474-3485 | www.southwestservicetpa.com |
| Vision Care | Vision Service Plan (VSP) | 800-877-7195 | www.vsp.com |

Exclusions and Limitations

Effective July 1, 2009, the Plan will be amended as follows:

EXCLUDED PROVISIONS/BENEFITS

- Deductible Carryover
- \$2,000 Reinstatement of the Lifetime Maximum
- Naturopathic/Homeopathic Services
- Medical foods for people with inherited metabolic disorders
- Common Accident Deductible
- Fertility Services
- Surgery for Obesity

BENEFIT LIMITATIONS

Birth Center—The Fund will pay 75% of inpatient charges, after the deductible is met.

Foot Orthotics—Charges for foot orthotics will be payable up to an annual maximum of \$500 per person per year. Foot orthotics are payable once every 12 months for adults and once in a period of six months for children under the age of 19 when replacement is required due to growth.

Home Health Care—The benefit maximum is 90 days per year.

Abortion—The Fund is limiting abortions to only those that are medically necessary.

Inpatient Rehabilitation Admission—The benefit maximum is 45 days per year.

Skilled Nursing Facility—The benefit maximum is 45 days per year.

Chiropractic and Acupuncture Services—The benefit maximum is \$500 per person per year for any combination of chiropractic or acupuncture services.

La siguiente tabla ofrece información sobre las organizaciones con las que usted debe comunicarse si necesita localizar a un/a proveedor/a o hacer alguna pregunta relacionada con sus beneficios.

Incremento al Deductible Médico
Antes de que cualquier gasto elegible que usted haya incurrido sea cubierto por el Plan, tendrá que cumplir con el deducible de un año calendario. El Fondo está aumentando la cantidad que usted deberá pagar por los servicios que haya recibido dentro de la red y fuera de la red de \$300 a \$600 por persona, y de \$600 a \$1,200 por familia.

Aumento al Co-seguro
Se están implementando cambios temporarios a la forma en que usted y el Fondo dividen el costo de ciertos gastos médicos después de que usted haya cumplido con el deducible. Cuando reciba servicios de un proveedor de la red el Fondo pagará 75% de los gastos permitidos en lugar del 80%. Usted será responsable del 25% restante de los gastos.

Además, cuando usted reciba cuidado de un proveedor fuera de la red, el Fondo pagará el 50% de los gastos permitidos en vez del 60%. Usted será responsable de pagar el 50% restante de los gastos permitidos.

Aumento de Gastos Por Cuenta Propia
El Fondo está aumentando la cantidad máxima anual del co-seguro integral en los gastos médicos de proveedores en la red a \$15,000. Como resultado la responsabilidad

del pago anual máximo de gastos por cuenta propia será de \$3,750. (\$15,000.x25).

Aumento del Co-Pago por servicios de Emergencia
La cantidad (co-pago) que usted deberá pagar cada vez que haya recibido cuidado médico en la sala de emergencia (ER) será aumentada de \$150 a \$300 por visita. El Fondo pagará ahora el 75% de los costos pendientes cuando usted reciba cuidado médico apropiado. Su co-pago será perdonado si usted es admitido al hospital.

Cambios Futuros en la Cobertura de los Beneficios de Recetas Médicas
Se le avisa que se harán cambios necesarios a los beneficios de sus recetas médicas en un futuro muy cercano. Se le proporcionará más información sobre estos cambios en el próximo Boletín Informativo.

Exclusiones y Limitaciones del Plan
La Junta Directiva está en proceso de aclarar los servicios, suministros y gastos que son cubiertos por el Plan. Se le agradece prestar atención al anexo que proporciona una lista de artículos que serán excluidos o limitados por el Plan, efectivos el día 1ro. de Julio del 2009.

Edición Especial

El Consejo Directivo del Fondo reconoce los tiempos difíciles que todos estamos pasando. El estado de la economía (el desempleo, la reducción en la construcción, la crisis hipotecaria y el continuo aumento en el costo del cuidado a la salud) tiene a todos preocupados. Estamos todos involucrados, de una manera u otra, en hacer lo mejor que podamos con respecto a la difícil situación y al mismo tiempo atender a nuestras familias.

El Fondo Fiduciario también ha sido afectado por la crisis financiera. La semana pasada el Consejo invocó una reunión para debatir decisiones importantes y a la vez difíciles tocantes a los cambios de los beneficios del Plan de Salud. Este boletín informativo provee los detalles de dichos cambios, de los cuales solo unos cuantos serán temporales.

Es importante que lea esto cuidadosamente y entienda cómo estos cambios podrán afectar de una manera u otra a los beneficios del Plan de Salud que le serán proporcionados a usted y sus dependientes elegibles en un futuro no muy lejano. Continuaremos manteniéndolo informado.

La Junta Directiva

EFFECTIVO EL DIA 1RO. DE JULIO DEL 2009

Suspensión de la Cobertura de Cuidado Dental

La cobertura para el cuidado dental será suspendida temporariamente. El Fondo Fiduciario no le reembolsará ningún gasto dental que haya incurrido después del día 1ro. de Julio del 2009 a menos que el cuidado que haya recibido sea necesario para cumplir un tratamiento dental que haya comenzado antes del día 1ro. de Julio del 2009.

Nominal Bancaria

La nominal bancaria máxima se incrementará a 35 horas en Julio, Agosto, y Septiembre y la nominal bancaria dada de baja será incrementada a 135 horas en el mes de Octubre. La acumulación de la nominal bancaria permanecerá en tres meses de elegibilidad.

CIGNA HealthCare es la nueva proveedora de la red PPO del Fondo

A partir del 1o de Abril de 2009, CIGNA reemplazó a la Fundación de Arizona para Atención médica y la Red Nacional de Proveedores Preferidos (Arizona Foundation for Medical Care and National Preferred Provider Network) como la proveedora de servicios de la red PPO del Fondo.

Pregúntele a su médico/a si él o ella participan en la red de CIGNA para asegurarse de recibir el nivel más alto de cobertura a su disposición conforme al Plan. Si necesita localizar a una proveedora de la red CIGNA, llame al teléfono para llamadas gratis **1-800-474-3485** o visite el sitio en la Web de Southwest Service Administrator: **www.southwestservicepa.com**.