

March 31, 2010

**RE: UNITED FOOD & COMMERCIAL WORKERS
& EMPLOYERS AZ HEALTH FUND**

***** ENROLLMENT FORMS & DOCUMENTS NEEDED
TO CONTINUE COVERAGE *****

Your Trust Fund Office must have evidence of each dependent's eligibility to ensure that only eligible dependents are certified as covered under the Plan. In order to confirm such eligibility, the Plan is conducting a complete re-enrollment to document eligible spouses and children.

UNLESS YOU HAVE ALREADY SUBMITTED YOUR MARRIAGE AND BIRTH CERTIFICATES (birth certificates are needed for dependent children only), YOU MUST SUBMIT THOSE DOCUMENTS NOW.

A new enrollment form is attached. Complete the form ENTIRELY and attach the following documents (if you haven't already submitted your marriage & birth certificates):

Who.....	What.....	When.....
Spouse	A copy of your marriage certificate	May 31, 2010
Unmarried natural Children or Step Children	Copies of your children's birth certificates	May 31, 2010

This documentation must be received by your Trust Fund Office **no later than May 31st** to ensure that your benefits are not suspended.

Sincerely,

TRUST FUND OFFICE

31 de Marzo del 2010

ASUNTO: UNITED FOOD & COMMERCIAL WORKERS & EMPLOYERS AZ HEALTH FUND

***** FORMAS DE INSCRIPCION Y DOCUMENTACION NECESARIAS PARA CONTINUAR SU COVERTURA *****

Su oficina del fondo fiduciario debe tener evidencia de cada dependiente elegible para asegurar que solo los dependientes elegibles esten certificados para recibir cobertura bajo el Plan. Para confirmar dicha elegibilidad, el Plan llevara a cabo una reinscripcion general para documentar a conyugues e hijos elegibles.

**A MENOS QUE USTED YA HAYA PRESENTADO SUS ACTAS DE MATRIMONIO Y NACIMIENTO
(las actas de nacimiento son necesarias solo para sus hijos) DEBERA DE SOMETERLAS CUANTO
ANTES.**

Se le ha enviado una forma de inscripcion, llenela de manera COMPLETA y enviela junto con la siguiente documentacion (si es que no ha sometido sus actas de matrimonio y nacimiento):

Quien...	Que...	Cuando...
Conyugue	Copia del acta de matrimonio	31 de Mayo del 2010
Hijos naturales y/o hijastros	Copia del acta de nacimiento	31 de mayo del 2010

Asegurese de enviar esta documentacion **antes del 31 de Mayo** para asegurar que sus beneficios no sean suspendidos.

Atentamente,

OFICINA DEL FONDO FIDUCIARIO

Southwest Service Administrators, Inc.

Service Is Our Middle Name

602-249-3582 • Toll Free: 800-474-3485 • Fax: 602-249-3795 • www.southwestservicetpa.com

UFCW & Employers Arizona Health and Welfare Trust

2400 W. Dunlap Ave., Suite 250, Phoenix, AZ 85021

Phone (602) 249-3582 Toll Free (800) 474-3485 Fax (602) 249-3795

ENROLLMENT FORM

This form must be completed fully upon ENTRY into the plan, AND it may also be used to submit any updated information throughout the year.

✓ **Entry Verifications - IMPORTANT - DO NOT DELAY.** Before benefits for you and your family can be paid, your form must be sent to the fund office - **fully completed**, signed and dated by you. Without this information, the fund office **cannot** certify **benefits** to doctors, hospitals, labs, pharmacies or any other health care provider. **DO NOT WAIT UNTIL A FAMILY MEMBER NEEDS HEALTH CARE. SEND YOUR COMPLETED FORM TO THE FUND OFFICE NOW.**

✓ **To update information** - Complete the Employee Information section and sections that show the change you are reporting, and send to the Fund office.

CHECK ONE: **NEW EMPLOYEE** **ADD SPOUSE, NEWBORN/CHILD** **CHANGE PERSONAL DATA**

EMPLOYEE INFORMATION

1. LAST NAME:	FIRST NAME:	MI:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	2. BIRTH DATE / /	3. SOCIAL SECURITY # / /
4. ADDRESS <input type="checkbox"/> CHECK HERE IF NEW ADDRESS	CITY	STATE	ZIP	5. PHONE NUMBER () -	6. EMPLOYER

SPOUSE INFORMATION

7. LAST NAME:	FIRST NAME:	MI:	8. BIRTH DATE / /	9. SOCIAL SECURITY # / /
10. IS YOUR SPOUSE EMPLOYED? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES			IF YES - EMPLOYER:	

SPOUSE OTHER INSURANCE INFORMATION

11. DOES YOUR SPOUSE'S EMPLOYER OFFER A GROUP HEALTH PLAN? YES NO (IF "NO", SKIP TO #12) GROUP OR I.D. NUMBER _____

IF YES, IS YOUR SPOUSE ENROLLED IN HIS/HER EMPLOYERS HEALTH PLAN? YES NO PLEASE INDICATE TYPE OF COVERAGE: MEDICAL, DENTAL, VISION

EFFECTIVE DATE OF COVERAGE: ____/____/____, NAME OF INSURANCE COMPANY _____

MEDICARE? YES NO (IF MEDICARE ELIGIBLE ATTACH A COPY OF THE MEDICARE CARD) HICN NUMBER _____

12. IF NO - WHY NOT? NOT ELIGIBLE UNTIL ____/____/____, OTHER - EXPLAIN _____

NOTE: IF YOUR SPOUSE IS ELIGIBLE FOR **MEDICAL** BENEFITS UNDER HIS/HER EMPLOYER'S PLAN, THIS PLAN WILL TAKE CREDIT FOR THAT COVERAGE WHETHER YOUR SPOUSE HAS ENROLLED IN IT OR NOT.

ELIGIBILITY FOR ALL PERSONS LISTED SHALL BE SUBJECT TO ALL PROVISIONS AND LIMITATIONS OF THE TRUST AGREEMENT AND PLAN DOCUMENT AS WELL AS TO ANY RULES OR REGULATIONS ADOPTED BY THE BOARD OF TRUSTEES. PLEASE SEE YOUR SUMMARY PLAN DESCRIPTION FOR A FULL EXPLANATION.

13. DEPENDENT CHILDREN INFORMATION

FULL NAME (LAST, FIRST, MIDDLE INITIAL)	SOCIAL SECURITY #	SEX	DATE OF BIRTH	RELATIONSHIP TO EMPLOYEE
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> NATURAL CHILD <input type="checkbox"/> STEP CHILD <input type="checkbox"/> OTHER, SPECIFY:
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> NATURAL CHILD <input type="checkbox"/> STEP CHILD <input type="checkbox"/> OTHER, SPECIFY:
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> NATURAL CHILD <input type="checkbox"/> STEP CHILD <input type="checkbox"/> OTHER, SPECIFY:
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> NATURAL CHILD <input type="checkbox"/> STEP CHILD <input type="checkbox"/> OTHER, SPECIFY:
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> NATURAL CHILD <input type="checkbox"/> STEP CHILD <input type="checkbox"/> OTHER, SPECIFY:

NOTE: YOU MUST ATTACH A BIRTH CERTIFICATE FOR NEWLY ADDED DEPENDENTS. YOU MUST ATTACH A COPY OF A SCHOOL CERTIFICATE OF ENROLLMENT FORM FOR ANY DEPENDENT CHILD STUDENT AGE 19 TO 23.

14. DEPENDENT OTHER INSURANCE INFORMATION

IS DEPENDENT COVERED BY ANOTHER PLAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES - SHOW NAME OF COVERED EMPLOYEE:	SOCIAL SECURITY #
MEDICARE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	EFFECTIVE DATE OF COVERAGE:	/ /
IF MEDICARE ELIGIBLE ATTACH A COPY OF MEDICARE CARD	NAME OF OTHER PLAN:	
IF YES, PLEASE INDICATE TYPE OF COVERAGE: <input type="checkbox"/> MEDICAL, <input type="checkbox"/> DENTAL, <input type="checkbox"/> VISION	ADDRESS:	GROUP, I.D. OR HICN NUMBER:

15. NOTICE OF CHANGE: **ADD DEPENDENT(S)** **DELETE DEPENDENT(S)**

MARRIAGE <input type="checkbox"/>	LAST NAME:	FIRST NAME:	SOCIAL SECURITY #	DOB / /
DIVORCE <input type="checkbox"/>				
OTHER <input type="checkbox"/>	IF OTHER - PLEASE EXPLAIN:			
MARRIAGE <input type="checkbox"/>	LAST NAME:	FIRST NAME:	SOCIAL SECURITY #	DOB / /
DIVORCE <input type="checkbox"/>				
OTHER <input type="checkbox"/>	IF OTHER - PLEASE EXPLAIN:			

NOTE: YOU MUST ATTACH A COPY OF THE MARRIAGE CERTIFICATE OR DIVORCE DECREE

16. FRAUD NOTICE

I UNDERSTAND THAT THE TRUST FUND IS RELYING ON MY ANSWERS ON THIS FORM. I REPRESENT, UNDER PENALTY OF PERJURY, THAT THE ANSWERS GIVEN TO ALL QUESTIONS ON THIS FORM ARE TRUE AND ACCURATE. I UNDERSTAND THAT IF I KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD THE TRUST FUND, PROVIDE MATERIALLY FALSE INFORMATION OR CONCEAL, FOR THE PURPOSE OF MISLEADING, INFORMATION CONCERNING ANY FACT MATERIAL THERETO, I MAY BE SUBJECT TO CIVIL AND CRIMINAL PENALTIES. I UNDERSTAND THAT IT IS A FEDERAL CRIME, PUNISHABLE BY FINE OR IMPRISONMENT, OR BOTH, TO KNOWINGLY MAKE FALSE STATEMENTS ON THIS VERIFICATION FORM.

I DECLARE UNDER PENALTY OF PERJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF ARIZONA THAT THE INFORMATION PROVIDED HEREIN IS TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE, AND I CONSENT TO THE PROVISIONS STATED ABOVE ON THIS FORM WHICH I HAVE FULLY READ AND UNDERSTAND.

17. AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND AUTHORIZATION TO PAY BENEFITS TO PROVIDER

I HEREBY AUTHORIZE ANY PHYSICIAN OR HOSPITAL TO FURNISH AND DISCLOSE ALL KNOWN FACTS CONCERNING MY CLAIM. I WILL REIMBURSE THE FUND FOR ANY OVERPAYMENT MADE TO ME OR IN MY BEHALF DUE TO ERROR ON THIS FORM.

I HEREBY AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO THE PROVIDER, FOR HIS SERVICES AS DESCRIBED HEREON, OR IN SUPPLEMENTAL STATEMENT, NOT TO EXCEED THE REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES FOR THOSE SERVICES. I UNDERSTAND THAT THIS AUTHORIZATION WILL REMAIN IN FORCE UNTIL CANCELLED IN WRITING BY ME.

	/ /	/ /
EMPLOYEE'S SIGNATURE	SOCIAL SECURITY NUMBER	DATE

UFCW & Employers Arizona Health and Welfare Trust

2400 W. Dunlap Ave., Suite 250, Phoenix, AZ 85021

Phone (602) 249-3582 Toll Free (800) 474-3485 Fax (602) 249-3795

FORMA DE INSCRIPCIÓN

Se tiene que llenar este formulario completamente al **ENTRAR** en el Plan **Y** también se puede usar para presentar cualquier información actualizada durante todo el año.

✓ **Verificaciones de entrada o anualmente - IMPORTANTE - NO SE DEMORE.** Antes de que se pueda pagar los beneficios para usted y su familia, se tiene que enviar su formulario a la Oficina del Fondo. Sin esta información, la Oficina del Fondo **no puede** certificar los **beneficios** a los médicos, hospitales, laboratorios, farmacias ni ningún otro proveedor de cuidado médico. **NO ESPERE HASTA QUE UN FAMILIAR NECESITE EL CUIDADO MÉDICO. ENVÍE SU FORMULARIO LLENADO A LA OFICINA DEL FONDO AHORA.**

✓ **Para actualizar la información** - Llene la sección de Información de Empleado y cualquier sección que muestra el cambio que usted está informando y envíelo a la oficina del Fondo.

MARQUE UNO: EMPLEADO NUEVO AGREGUE CÓNYUGE, RECIEN NACIDO/HIJO CAMBIO DE DATOS PERSONALES

INFORMACION DE EMPLEADO					
1. APELLIDO:	NOMBRE DE PILA:	SI:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	2. FECHA DE NACIMIENTO / /	3. NO. DE SEGURO SOCIAL / /
4. DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SE ES NUEVA DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	5. NO. DE TELEFONO () -	6. EMPLEADOR

INFORMACION DE CONYUGE					
7. APELLIDO:	NOMBRE DE PILA:	SI:	8. FECHA DE NACIMIENTO / /	9. NO. DE SEGURO SOCIAL / /	
10. ¿TRABAJA SU CONYUGE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			SE ES ASÍ - EMPLEADOR:		

OTRA INFORMACION DEL SEGURO DE CONYUGE

11. ¿OFRECE EL EMPLEADOR DE SU CÓNYUGE UN PLAN MÉDICO DE GRUPO? SI NO (SI ES "NO", VAYA AL #12) GRUPO O NO. DE I.D. _____

SI ES ASÍ, ¿ESTA SU CÓNYUGE EN EL PLAN MÉDICO DE SU EMPLEADOR? SI NO FAVOR DE INDICAR EL TIPO DE COBERTURA: MÉDICA, DENTAL, VISIÓN

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA: ____/____/____, NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS _____

MEDICARE? SI NO (SI MEDICARE ELIGIBLE ADJUNTAR UNA COPIA DE LA TARJETA DE MEDICARE) NO. DE HICN _____

12. SI ES NO - ¿POR QUÉ? NO REÚNE LOS REQUISITOS HASTA ____/____/____, OTRO - EXPLIQUE _____

NOTE: SI SU CÓNYUGE REÚNE LOS REQUISITOS PARA BENEFICIOS **MÉDICOS** BAJO EL PLAN DE SU EMPLEADOR, ESTE PLAN ACREDITARÁ ESA COBERTURA SI SU CÓNYUGE SE INSCRIBE EN ESO O NO. EL DERECHO AL PLAN PARA TODAS LAS PERSONAS INDICADAS ESTARÁ SUJETO A TODAS LAS DISPOSICIONES Y LIMITACIONES DEL ACUERDO DE FIDEICOMISO EN EL DOCUMENTO DEL PLAN ADEMÁS DE CUALQUIER REGLA O REGULACIÓN ADOPTADA POR EL CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS. FAVOR DE VER SU DESCRIPCIÓN EN RESUMEN DEL PLAN PARA UNA EXPLICACIÓN COMPLETA.

13. INFORMACION DE NIÑOS DEPENDIENTES (DEPENDIENTE HIJO DE LA EDAD DE 19 A 23)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE DE PILA, SI)	NO. DE SEGURO SOCIAL	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL EMPLEADO
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> HIJO NATURAL <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> OTRA, ESPECIFIQUE:
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> HIJO NATURAL <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> OTRA, ESPECIFIQUE:
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> HIJO NATURAL <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> OTRA, ESPECIFIQUE:
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> HIJO NATURAL <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> OTRA, ESPECIFIQUE:
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /	<input type="checkbox"/> HIJO NATURAL <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> OTRA, ESPECIFIQUE:

NOTE: TIENE QUE ADJUNTAR UNA ACTA DE NACIMIENTO PARA LOS DEPENDIENTES NUEVAMENTE AGREGADOS, TIENE QUE ADJUNTAR UN CERTIFICADO DE MATRICULA EN ESCUELA PARA CUALQUIER NIÑO DEPENDIENTE QUE ES ESTUDIANTE DE LAS EDADES DE 19 A 23.

14. INFORMACION DE OTRO SEGURO DE DEPENDIENTES

¿ESTA CUBIERTO POR OTRO PLAN EL DEPENDIENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI ES ASÍ - ESCRIBA EL NOMBRE DEL EMPLEADO CUBIERTO:	NO. DE SEGURO SOCIAL / /
MEDICARE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA VIGENTE DE LA COBERTURA:	
SI MEDICARE ELIGIBLE ADJUNTAR UNA COPIA DE LA TARJETA	NOMBRE DEL OTRO PLAN:	
FAVOR DE INDICAR EL TIPO DE COBERTURA: <input type="checkbox"/> MÉDICA, <input type="checkbox"/> DENTAL, <input type="checkbox"/> VISIÓN	DIRECCION:	GRUPO O NO. DE I.D. O DE HICN:

15. AVISO DE CAMBIO: AGREGUE DEPENDIENTE(S) ELIMINE DEPENDIENTE(S)

MATRIMONIO <input type="checkbox"/>	APELLIDO:	NOMBRE DE PILA:	NO. DE SEGURO SOCIAL / /	FECHA DE NACIMIENTO / /
DIVORCIO <input type="checkbox"/>				
OTRO <input type="checkbox"/>	SI ES OTRO - FAVOR DE EXPLICAR:			
MATRIMONIO <input type="checkbox"/>	APELLIDO:	NOMBRE DE PILA:	NO. DE SEGURO SOCIAL / /	FECHA DE NACIMIENTO / /
DIVORCIO <input type="checkbox"/>				
OTRO <input type="checkbox"/>	SI ES OTRO - FAVOR DE EXPLICAR:			

NOTE: TIENE QUE ADJUNTAR UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE MATRIMONIO O DECRETO DE DIVORCIO.

16. AVISO DE FRAUDE

ENTIENDO QUE EL FONDO DE FIDEICOMISO ESTÁ CONFIANDO EN MIS RESPUESTAS EN ESTE FORMULARIO. DECLARO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LAS RESPUESTAS DADAS A TODAS LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO SON VERDADES Y EXACTAS. ENTIENDO QUE SI A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR EL FONDO DE FIDEICOMISO, YO PROPORCIONO INFORMACIÓN QUE ES SUSTANCIALMENTE FALSA O SI OCULTO, PARA EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN CON RESPECTO A CUALQUIER MATERIAL DE HECHO A ESO, PUEDO ESTAR SUJETO A PENAS CIVILES Y CRIMINALES. ENTIENDO QUE ES UN DELITO FEDERAL PENADO CON UNA MULTA O ENCARCELAMIENTO, O LOS DOS, PARA HACER A SABIENDAS UNAS DECLARACIONES FALSAS EN ESTE FORMULARIO DE VERIFICACIÓN.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE ARIZONA QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTO ES VERDAD Y CORRECTA SEGÚN MI ENTENDER Y CONSIENTO EN LAS DISPOSICIONES ESTIPULADAS MÁS ARRIBA EN ESTE FORMULARIO, LAS CUALES HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE.

17. AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION Y AUTORIZACION PARA PAGAR BENEFICIOS AL PROVEEDOR

POR LA PRESENTE AUTORIZO A CUALQUIER MÉDICO O HOSPITAL PARA PROPORCIONAR Y REVELAR TODOS LOS DATOS CONOCIDOS CON RESPECTO A MI RECLAMACIÓN. REEMBOLSARÉ AL FONDO CUALQUIER PAGO EN EXCESO QUE SE PAGUE A MÍ O DE MI PARTE DEBIDO A UN ERROR EN ESTE FORMULARIO.

POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR POR SUS SERVICIOS COMO SE DESCRIBE EN ESTO, O EN DECLARACIONES SUPLEMENTARIAS, QUE NO EXCEDA LOS CARGOS RAZONABLES Y DE COSTUMBRE PARA ESOS SERVICIOS. ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN VIGOR HASTA QUE SE CANCELE POR ESCRITO POR MI.

FIRMA DE EMPLEADO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA
-------------------	-------------------------	-------

UNITED FOOD & COMMERCIAL WORKERS
& EMPLOYERS AZ HEALTH FUND
2400 W. Dunlap Ave., #250
Phoenix, AZ 85021

www.southwestservicetpa.com

March 31, 2010

**RE: UNITED FOOD & COMMERCIAL WORKERS
& EMPLOYERS AZ HEALTH FUND**

To: ALL PLAN D PARTICIPANTS

***** IMPORTANT NOTICE----BENEFIT
CHANGES IN MEXICO *****

Your health plan expenses are increasing at an alarming rate for services in Mexico. The Board of Trustees has approved the following benefit changes effective April 1, 2010, as follows:

- 1) 2 Co-Pays for a 3 Month Supply: This benefit has been removed. You will be allowed to purchase no more than a 30 day supply of prescription drugs at a time.
- 2) Erectile Dysfunction Drugs: No coverage for erectile dysfunction medications like Viagra, Cialis, etc.
- 3) Mandatory Generic Drug Program: Unless there is **no** generic equivalent, all purchases must be for generic drugs, when available. The co-pays for drugs purchased on or after April 1st are:

Generic Drugs Co-Pay:	\$5.00
Brand Drugs <i>without</i> a Generic Equivalent:	\$15.00

There is no coverage for brand name drugs purchased when there is a generic equivalent available.

Thank you for your understanding and cooperation.

Sincerely,

BOARD OF TRUSTEE

ASUNTO: UNITED FOOD & COMMERCIAL WORKERS & EMPLOYERS AZ HEALTH FUND

PARA: PARTICIPANTES DEL PLAN D

***** AVISO IMPORTANTE----CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS DE MEXICO *****

Los costos en su plan de salud esta aumentando su tarifa de manera considerable para los servicios en Mexico. La Junta Directiva aprovo los siguientes cambios en los beneficios a partir del 1ro de Abril del 2010, de la siguiente manera:

- 1) 2 Co-Pagos por Suplementos para 3 Meses: Este beneficio se ha cancelado. Solo se cubrira la compra de un suplemento de 30 dias a la vez en medicamentos prescritos.
- 2) Medicamentos para Disfuncion Erectil : No se cubriran los medicamentos para disfuncion erectil como Viagra o Cialis, etc.
- 3) Programa de Medicamentos Genericos Mandatorio: A menos que **no** exista el equivalente generico, todas las compras deberan de ser para medicamentos genericos, cuando estos esten disponibles. Los copagos para medicamentos a partir del 1ro de Abril del 2010 sera:

Co-Pago para Medicamentos Genericos: \$5.00

Medicamentos Comerciales *sin* Equivalente Generico: \$15.00

Los medicamentos comerciales que tengan equivalente generico no seran cubiertos.

Gracias por su comprension y cooperacion.

Atentamente,

JUNTA DIRECTIVA