

# UNITED FOOD & COMMERCIAL WORKERS & EMPLOYERS AZ HEALTH FUND

**Date:** December 28, 2010  
**To:** ALL **PLAN D** PARTICIPANTS  
**From:** Trust Fund Office  
**RE: IMPORTANT ANNOUNCEMENT – HEALTHCARE REFORM NOTICE**

---

This Participant Notice will advise you of changes that have been made to the UFCW & Employers AZ Health Fund to comply with the new health care reform law effective January 1, 2011. **This information is VERY IMPORTANT to you and your dependents.** Please take the time to read it carefully.

**COVERAGE FOR DEPENDENT CHILDREN TO AGE 26  
EFFECTIVE JANUARY 1, 2011**

***Attention Parents - please make sure to provide a copy of this notice to any children entitled to this special enrollment right. Under the law and applicable regulations, this notice is being transmitted to you for delivery to your children.***

The Affordable Care Act, the short-hand name for the health care reform law signed by President Obama on March 23, 2010, allows young adults to be covered by their parents' plan until they reach age 26. The law states that the extension of dependent coverage for children is effective for plan years beginning on or after September 23, 2010.

For our Plan, this law is effective January 1, 2011, and therefore, the Trust Fund is extending dependent child coverage from the current limiting age of 19 (or to age 23 if a full-time student) up to the age of 26.

Effective January 1, 2011, dependent children do not have to be unmarried or be full-time students or reside with the employee in order to qualify for this extended coverage.

**ONE-TIME SPECIAL ENROLLMENT**

All dependent children who are age 19 to 26, or will turn 19 before December 31, 2010, are required to complete the Adult Dependent Certification and Enrollment Forms enclosed.

Individuals have 30 days to request enrollment and coverage will be effective January 1, 2011. For more information contact the Administrative Office at 602-249-3582.

## **One-Time Special Enrollment**

If you have a child (son, daughter, stepchild, foster child, adopted child or child placed with you for adoption) who is under age 26 (whether married or unmarried), including a child that is currently on COBRA continuation coverage, that child may be eligible to enroll in the Plan with coverage effective on January 1, 2011.

This special enrollment opportunity applies to children whose coverage under the Plan already ended (or eligibility was never approved) because they did not meet the eligibility requirements of the plan including reaching the limiting age, were not full-time students or graduated from college, married, were not residing with the employee or not meeting the financial support requirements of the Plan, along with children who are currently on COBRA continuation coverage because they lost eligibility under the Plan.

**NOTE:** This Special Enrollment opportunity **does not apply** to adult dependent children who are **eligible** to enroll in another employer-sponsored health plan (other than their parent's group health plan).

### **The Special Enrollment period is the 30-day period from December 30, 2010 through January 30, 2011.**

- To enroll a dependent child, who is age 19 to 26, or will turn 19 before December 31, 2010, the dependent child and the employee must complete the Adult Dependent Certification and Enrollment Forms enclosed.
- Be prepared to present the child's birth certificate at the time you enroll the dependent child.
- A dependent child enrolled during this period will have coverage effective on January 1, 2011.
- Any dependent children added during this Special Enrollment opportunity will have all the same benefits that are available to similarly situated individuals.

This new Special Enrollment opportunity afforded under the Federal law applies to the child who is enrolled and **does not** create any eligibility for coverage for the husband or wife of the child (the employee's son-in-law or daughter-in-law) or the children of the child (the employee's grandchild).

**NOTE:** Dependent children who reach the age of 19 after December 31, 2010 must complete the Adult Dependent Certification Form at the time they reach the age of 19.

The Plan will continue to provide coverage for disabled adult children who are age 26 and older in accordance with the eligibility rules set out in the SPD/Plan Rules, including the Eligible Employee's unmarried Dependent children who are incapable of self-sustaining employment by reason of **mental retardation or physical handicap** provided that the Eligible Employee continues Dependent coverage and such incapacity commenced prior to the date the Dependent child's coverage would otherwise terminate, and provided that the child is dependent upon the Eligible Employee for support and maintenance.

**REMOVAL OF THE PRE-EXISTING CONDITION LIMITATION  
FOR CHILDREN UNDER 19 EFFECTIVE JANUARY 1, 2011**

Effective January 1, 2011, children under 19 will no longer be subject to the Plan's pre-existing condition limitation. Children under 19 were previously subject to pre-existing condition limitations as described in Part E of Article 4 of your Plan Document.

**ELIMINATION OF CERTAIN LIFETIME MAXIMUMS  
EFFECTIVE JANUARY 1, 2011**

The Medical Plan's \$250,000 Lifetime Maximum is being removed effective January 1, 2011. This means that there will be no overall lifetime maximum on essential health benefits under Plan D.

The lifetime limit on the dollar value of benefits under the UFCW & Employers AZ Health & Welfare Plan no longer applies as of January 1, 2011. Eligible individuals whose coverage ended by reason of reaching a lifetime limit under the Plan are eligible and coverage will be effective January 1, 2011. For more information, contact the Administrative Office at their phone number included with this notice

This notice is being provided to employees who should also share this notice with any dependents who may now be eligible to enroll for coverage.

**ELIMINATION OF THE \$250,000 LIFETIME MAXIMUM  
EFFECTIVE JANUARY 1, 2011**

**PLAN IS REPLACING THE LIFETIME MAXIMUM WITH  
AN ANNUAL MAXIMUM ON ESSENTIAL BENEFITS**

The Medical Plan's \$250,000 Lifetime Maximum and reinstatement of the lifetime maximum is being removed effective January 1, 2011. This means that there will be no overall lifetime maximum on essential medical plan benefits. Instead, the Plan will implement a \$750,000 calendar year maximum for all essential benefits under the Medical Plan for all participants effective January 1, 2011.

In addition, any other calendar year dollar maximums currently in the Plan that relate to "essential health benefits," a technical term in the new law, will not apply.

**NO RETROACTIVE CANCELLATION OF COVERAGE  
EFFECTIVE JANUARY 1, 2011**

In accordance with the requirements in the Affordable Care Act, effective January 1, 2011, the Plan will not retroactively cancel coverage except when contributions are not timely paid, or in cases of fraud or intentional misrepresentation of material fact.

\* \* \* \* \*

**MX PPO NETWORK CO-PAY CHANGE FOR BRAND DRUGS**—Effective January 1, 2011, the co-payment for brand drugs will be \$8.00 per prescription. **PLEASE REMEMBER---** whenever available, **YOU MUST** purchase generic drugs in Mexico.

Because this Plan is a “grandfathered health plan,” we are required by law to provide this notice to you:

This group health plan believes this plan is a “grandfathered health plan” under the Patient Protection and Affordable Care Act (the Affordable Care Act). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted.

Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventive health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example, the elimination of lifetime limits on benefits.

Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the Administrative Office at 602-249-3582 or Toll Free at 800-474-3485. You may also contact the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor at 1-866-444-3272 or [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this important notice with your Plan Document/Summary Plan Description (SPD) for easy reference to all Plan provisions. Should you have any questions, please contact the Administrative Office at 602-249-3582.

Sincerely,

**Board of Trustees**

December, 2010

UFCW-PlanDHCRNotice-Jan1,2011

# UNITED FOOD & COMMERCIAL WORKERS & EMPLOYERS AZ HEALTH FUND

**Fecha:** 28 de diciembre de 2010

**A:** TODOS LOS PARTICIPANTES DEL PLAN D

**De:** La Oficina del Fondo de Fideicomiso

**Asunto:** ANUNCIO IMPORTANTE – AVISO DE REFORMA DE LA ATENCIÓN MÉDICA

---

Este Aviso al Participante le notificará sobre los cambios que se han hecho al UFCW & Employers AZ Health Fund para cumplir con la nueva ley de reforma de la atención médica que entrará en vigor el 1 de enero de 2011. **Esta información es MUY IMPORTANTE para usted y sus dependientes.** Por favor tome el tiempo para leerlo cuidadosamente.

## **COBERTURA PARA NIÑOS DEPENDIENTES HASTA LA EDAD DE 26 EN VIGOR EL 1 DE ENERO DE 2011**

**Atención Padres – por favor estén seguros de proporcionar una copia de este aviso a cualquier niño que tiene derecho a este derecho especial de inscripción. Según la ley y las regulaciones aplicables, este aviso se envía a usted para entregar a sus niños.**

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act), el título corto para la ley de reforma de la atención médica firmada por el Presidente Obama el 23 de marzo de 2010, permite a los adultos jóvenes estar cubiertos por el plan de sus padres hasta que lleguen a la edad de 26 años. La ley dice que la extensión de cobertura para los niños dependientes entrará en vigor en los años de plan que comienzan en o después del 23 de septiembre de 2010.

Para nuestro Plan, esta ley entrará en vigor el 1 de enero de 2011 y por lo tanto el Fondo de Fideicomiso está extendiendo la cobertura de niños dependientes desde la edad limitativa de 19 años (o de 23 años si es estudiante a tiempo completo) hasta la edad de 26 años.

A partir del 1 de enero de 2011, los niños dependientes no tienen que ser solteros ni estudiantes a tiempo completo ni residir con el empleado para reunir los requisitos para esta cobertura extendida.

## **INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE UNA SOLA VEZ**

Todos los niños dependientes que tienen la edad de 19 a 26 años antes del 31 de diciembre de 2010 se les requieren llenar los formularios adjuntos de Certificación de Adulto Dependiente e Inscripción.

Los individuos tienen 30 días para solicitar la inscripción y la cobertura entrará en vigor el 1 de enero de 2011. Para más información, póngase en contacto con la Oficina Administrativa al 602-249-3582.

## **Inscripción Especial de Una Sola Vez**

Si usted tiene un niño (hijo, hija, hijastro/a, niño/a acogido/a, niño/a adoptivo/a o niño/a colocado/a para adopción) que es menor de la edad de 26 años (sea casado o soltero), incluyendo un niño que actualmente tiene la cobertura de continuación de COBRA, dicho niño puede reunir los requisitos para inscribirse en el Plan con la cobertura en vigor el 1 de enero de 2011.

Esta oportunidad de inscripción especial se aplica a los niños cuya cobertura según el Plan ya ha terminado (o la elegibilidad nunca fue aprobada) porque no satisficieron los requisitos de elegibilidad, incluyendo que llegaron a la edad limitativa, no fueron estudiantes a tiempo completo o se graduaron de universidad, fueron casados, no residieron con el empleado o no satisficieron los requisitos de apoyo económico del Plan, junto con los niños que actualmente tienen la cobertura de continuación de COBRA porque perdieron su elegibilidad según el Plan.

**NOTE:** Esta oportunidad de Inscripción Especial **no se aplica** a los niños adultos dependientes que **reúnen los requisitos** para inscribirse en otro plan médico por un empleador (aparte del plan médico de grupo de su padre o madre).

**El período de Inscripción Especial es el período de 30 días desde el 30 de diciembre de 2010 hasta el 30 de enero de 2011.**

- Para inscribir a un niño dependiente, quien tiene la edad de 19 a 26 años o que llegará a la edad de 19 años antes del 31 de diciembre de 2010, el niño dependiente y el empleado tienen que llenar los formularios adjuntos de Certificación de Adulto Dependiente e Inscripción.
- Esté preparado para presentar el certificado de nacimiento del niño al tiempo que inscriba al niño dependiente.
- Un niño dependiente inscrito durante este período tendrá su cobertura en vigor el 1 de enero de 2011.
- Cualquier niño Dependiente agregado durante esta oportunidad de Inscripción Especial tendrá todos los mismos beneficios disponibles para los individuos que están en una situación similar.

Esta oportunidad de Inscripción Especial ofrecida según la ley Federal se aplica al niño que se inscribe y **no** crea ninguna elegibilidad de cobertura para el esposo o esposa del niño (el yerno o nuera) o los niños del niño (nietos del empleado).

**NOTE:** Los niños dependientes que llegan a la edad de 19 años después del 31 de diciembre de 2010 tienen que llenar el Formulario de Certificación de Adulto Dependiente al tiempo que llegan a la edad de 19 años.

El Plan continuará proporcionando la cobertura para los niños adultos discapacitados que tienen la edad de 26 años y mayores de acuerdo con las reglas de elegibilidad establecidas en la Reglas del SPD/Plan, incluyendo los niños Dependientes no casados. Los niños dependientes que son incapaz de empleo autosustentable por razón del **retraso mental** o **discapacidad física**, siempre que el Empleado Elegible continúe la cobertura de Dependientes y tal discapacidad comenzó antes de la fecha en cual la cobertura del niño Dependiente terminaría de otra manera, y siempre que el niño dependa del Empleado Elegible para apoyo y manutención.

**ELIMINACIÓN DE LA LIMITACIÓN DE CONDICIONES PREEXISTENTES  
PARA NIÑOS MENORES DE 19 AÑOS  
EN VIGOR EL 1 DE ENERO DE 2011**

A partir del 1 de enero de 2011, los niños menores de 19 años ya no estarán sujetos a la limitación de condiciones preexistentes como se describen en la Parte E del Artículo 4 de su Documento de Plan.

**ELIMINACIÓN DE CIERTOS MÁXIMOS DE POR VIDA  
EN VIGOR EL 1 DE ENERO DE 2011**

El Máximo de Por Vida de \$250,000 del Plan Médico se está eliminando a partir del 1 de enero de 2011. Esto quiere decir que no habrá ningún máximo total de por vida sobre los beneficios médicos según el Plan D.

El límite de por vida del valor de dólares de beneficios según el Plan de Salud y Bienestar del UFCW & Employers AZ ya no se aplica a partir del 1 de enero de 2011. Los individuos elegibles cuya cobertura terminó por razón de llegar al límite de por vida según el Plan reúnen los requisitos y la cobertura entrará en vigor el 1 de enero de 2011. Para más información, póngase en contacto con la Oficina Administrativa al número de teléfono incluido con este aviso.

Este aviso se proporciona a los empleados que también deben compartir este aviso con cualquier dependiente que ya puede llenar los requisitos para la cobertura.

**ELIMINACIÓN DEL MÁXIMO DE POR VIDA DE \$250,000  
EN VIGOR EL 1 DE ENERO DE 2011**

**EL PLAN ESTÁ REEMPLAZANDO EL MÁXIMO DE POR VIDA CON UN MÁXIMO  
ANUAL SOBRE LOS BENEFICIOS ESENCIALES**

El Máximo de Por Vida de \$250,000 del Plan Médico y el restablecimiento del máximo de por vida se está eliminando a partir del 1 de enero de 2011. Esto quiere decir que no habrá ningún máximo total de por vida sobre los beneficios esenciales del plan médico. En lugar, el Plan implementará un máximo del año del calendario de \$750,000 para todos los beneficios esenciales según el Plan Médico para todos los participantes a partir del 1 de enero de 2011.

Además. Cualquier otro máximo de dólares del año del calendario que actualmente está en el Plan que relaciona a los “beneficios esenciales de salud,” un término técnico en la nueva ley, no se aplicará.

**NINGUNA CANCELACIÓN RETROACTIVA DE COBERTURA  
EN VIGOR EL 1 DE ENERO DE 2011**

De acuerdo con los requisitos en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act), a partir del 1 de enero de 2011. El Plan no cancelará la cobertura retroactivamente, excepto cuando no se paguen las contribuciones de manera oportuna, o en casos de fraude o tergiversación intencional de hechos relevantes.

\* \* \* \* \*

**CAMBIO DE COPAGO DE LA RED MX PPO PARA MEDICAMENTOS DE MARCA** – a partir de 1 de enero de 2011. El copago para los medicamentos de marca será de \$8.00 por receta médica. **POR FAVOR RECUERDE** --- siempre que están disponibles, **USTED TIENE QUE** comprar los medicamentos genéricos en México.

Ya que este Plan es un “plan médico que tiene exención por derecho adquirido (grandfathered),” la ley nos requiere proporcionarle este aviso:

Este plan médico de grupo cree que este plan es un “plan médico que tiene exención por derecho adquirido (grandfathered),” según la Ley de Protección al Paciente y de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act). Como se permite por la Ley de Salud a Bajo Precio, un plan médico que tiene exención por derecho adquirido puede preservar cierta cobertura básica de salud que ya estuvo en vigor cuando se promulgó esa ley.

Ser un plan médico que tiene exención por derecho adquirido quiere decir que su plan podría no incluir ciertas protecciones del consumidor de la Ley de Salud a Bajo Precio que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito para la provisión de servicios preventivos de salud sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes médicos que tienen exención por derecho adquirido tienen que cumplir con ciertas otras protecciones al consumidor en la Ley de Salud a Bajo Precio, por ejemplo, la eliminación de límites de beneficios de por vida.

Las preguntas con respecto de cuales protecciones se aplican y cuales protecciones no se aplican a un plan que tiene exención por derecho adquirido y lo que puede causar que un plan se cambie de la categoría de un plan que tiene exención por derecho adquirido se pueden dirigir a la Oficina Administrativa al 602-249-3582 o gratis al 800-474-3485. También puede ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento del Trabajo de los EE.UU. al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Este sitio web tiene una tabla que resume cuales protecciones se aplican y no se aplican a los planes médicos que tienen exención por derecho adquirido.

Por favor guarde este aviso importante con su Documento de Plan / Descripción en Resumen del Plan (SPD, *siglas en inglés*) para referencia fácil sobre todas las estipulaciones del Plan. Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con la Oficina Administrativa al 602-249-3582.

Atentamente,

**Consejo de Fideicomisarios**  
Diciembre 2010

UFCW-PlanDHCRAviso-1 de enero de 2011