

**United Food & Commercial Workers &
Employers AZ Health & Welfare Trust**
c/o Southwest Service Administrators, Inc.
2400 West Dunlap Ave., Suite 250
Phoenix, AZ 85021

www.southwestservicetpa.com

NAME
ADDRESS
ADDRESS

UNITED FOOD & COMMERCIAL WORKERS & EMPLOYERS AZ HEALTH PLAN

PLAN B1 BENEFIT MODIFICATIONS ANNOUNCEMENT

To: All Participants of Plan B1
From: The Board of Trustees
Re: Plan Changes effective February 1, 2012

Dear Participant:

As you may be aware, the cost of providing health care continues to escalate. To that end, the Board of Trustees has implemented changes to the existing plan of benefits so that the Trust can maintain an affordable plan of health benefits and comply with applicable requirements of the Affordable Care Act (ACA—the Health Reform Law). While some of these changes represent cost shifting to participants and beneficiaries necessitated by the ever increasing cost of health care, others are benefit enhancements aimed at improving health care and treatment outcomes. The following changes will occur on February 1, 2012:

- The annual deductible will increase from \$300 per individual and \$750 per family to \$500 per individual and \$1,000 per family for in network services and from \$300 per individual and \$750 per family to \$500 per individual and \$1,000 per family for services received out-of-network. Please note that each group of deductibles is separate and does not apply to each other. For example, in network deductible amounts do not also apply to out-of-network deductibles.

- The office visit copayment will increase from \$20 per visit to \$25 per visit for services received in network.
- The coinsurance amount /out-of-pocket maximum will change to \$6,000 out-of-pocket maximum for in network services received and to \$10,000 out-of-pocket maximum for out-of-network services. Please note that each out-of-pocket maximum is separate and the amounts do not apply to each other.
- The prescription drug copayments will change from \$15 to \$17 per script for generic drugs, from \$35 to \$40 for brand name drugs with no generic available and from \$50 to \$17 plus the difference in price for brand name drugs with generic equivalents.
- A complete list of recommended preventive care services will be available to participants and beneficiaries, in network only, without any co-payment/co-insurance obligation, and without application of any Plan deductible. The list of preventative care services will be available on the fund's website shortly.

As you will note, the changes noted above place a premium on the use of the Plan's PPO Networks. Use of providers within these networks, and securing referrals only to providers within these networks, will help stretch available health care dollars.

The following additional changes are also effective on February 1, 2012:

- The Plan payments for emergency services will be the same in- and out-of-network. Payment will be the greater of: (i) PPO negotiated amounts; (ii) the amount payable under the Plan's allowed charge formula; or (iii) the Medicare allowable.
- Although the Trustees believe that the need for such review will be rare, an additional avenue of appeal will be made available to participants and beneficiaries for certain claims that have reached the Board of Trustees, the last current level of appeal, and have been denied. This additional avenue will be through review organizations independent of the Trustees.
- Dependent Children under the age of 26 will be eligible for Plan enrollment, even if they have other employment-generated coverage.

Should you have any questions pertaining to these changes, please contact the Trust Fund Office at the contact numbers on this notice between 8:30 am-5:00 pm, Monday – Friday.

UNITED FOOD & COMMERCIAL WORKERS & EMPLOYERS AZ HEALTH PLAN

ANUNCIO DE MODIFICACIONES A LOS BENEFICIOS DEL PLAN B1

A: Todos los Participantes del Plan B1
De: El Consejo de Fideicomisarios
Asunto: Cambios al Plan en vigor el 1 de febrero de 2012

Estimado Participante:

Como ya debe saber, el costo de proporcionar el cuidado médico continúa subiendo. Para este fin, el Consejo de Fideicomisarios ha implementado cambios al plan existente de beneficios para que el Fideicomiso pueda mantener un plan asequible de beneficios médicos y cumplir con los requisitos aplicables de la Ley de Cuidado Asequible (ACA [*siglas en inglés*] – la Ley de Reforma Médica). Aunque algunos de estos cambios representan una transferencia de costos a los participantes y beneficiarios necesitada por el costo cada vez más alto del cuidado médico, otros son mejoras de beneficios con objetivo de mejorar el cuidado médico y los resultados de tratamiento. Los siguientes cambios entrarán en vigor el 1 de febrero de 2012.

- El deducible anual aumentará de \$300 por individuo y \$750 por familia a \$300 por individuo y \$1,000 por familia para los servicios en la red y de \$300 por individuo y \$750 por familia a \$500 por individuo y \$1,000 por familia para los servicios recibidos fuera de la red. Por favor note que cada grupo de deducibles es separado y no se aplica el uno al otro. Por ejemplo: las cantidades deducibles en la red no se aplican también a los deducibles fuera de la red.

- El copago por una visita al consultorio aumentará de \$20 por visita a \$25 por visita para los servicios recibidos en la red.
- La cantidad de coaseguro / máximo de su propio bolsillo cambiará a un máximo de su propio bolsillo de \$6,000 para los servicios recibido en la red y a un máximo de su propio bolsillo de \$10,000 para los servicios recibido fuera de la red. Por favor note que cada máximo de su propio bolsillo es separada y las cantidades no se aplican la una a la otra.
- Los copagos de las recetas médicas de medicamentos cambiarán de \$15 a \$17 por receta para los medicamentos genéricos, de \$35 a \$40 para los medicamentos de marca con ninguna genérica disponible y de \$50 a \$17 más la diferencia de precio para los medicamentos de marca con equivalentes genéricos.
- Una lista completa de los servicios de cuidado preventivo recomendado estará disponible para los participantes y beneficiarios, en la red sólo, sin ninguna obligación de copago / coaseguro y sin ninguna aplicación de cualquier deducible del Plan. La lista de servicios de cuidado preventivo estará disponible en el sitio web del Fondo dentro de poco.

Como usted notará, los cambios indicados arriba hacen hincapié en el uso de las Redes PPO del Plan. El uso de proveedores dentro de estas redes, y consiguiendo referencias solamente a los proveedores dentro de estas redes, ayudará a estirar los dólares disponibles para el cuidado médico.

Los siguientes cambios adicionales también entrarán en vigor el 1 de febrero de 2012:

- Los pagos del Plan por los servicios de emergencia serán el mismo en y fuera de la red. El pago será la mayor de: (i) la cantidad negociada del PPO; (ii) la cantidad pagadera bajo la fórmula de los cargos permitidos del Plan; o (iii) la cantidad permitida de Medicare.
- Aunque los Fideicomisarios creen que la necesidad de tal revisión será rara, una vía adicional de apelación se hará disponible para los participantes y beneficiarios para ciertas reclamaciones que han llegado al Consejo de Fideicomisarios, actualmente el último nivel de apelación, y que han sido negadas. Esta vía adicional será a través de organizaciones de revisión independientes de los Fideicomisarios
- Los niños dependientes menos de 26 años de edad tendrán derecho a la inscripción en el Plan, aunque tengan cobertura generada por otro empleo.

Si tiene alguna pregunta con respecto a estos cambios, por favor póngase en contacto con la Oficina Fondo Fiduciario a los números de contacto en este aviso entre las horas de 8:30 a.m. y 5:00 p.m., lunes a viernes.