

AVISO IMPORTANTE

Diciembre de 2010

A todos los participantes del plan:

Los miembros del Consejo Directivo del Fondo de Beneficios de Line Construction han adoptado los siguientes cambios al plan, de los cuales la mayoría entran en vigor el **1 de enero de 2011**. Muchos de estos cambios representan mejoras significativas al Plan. Por favor, lea este aviso cuidadosamente y guárdelo con su folleto de Descripción Resumida del Plan (SPD) del 1 de junio, 2009 para referencia futura.

LA EDAD LÍMITE PARA LOS HIJOS HA AUMENTADO CAMBIO EN LA DEFINICIÓN DE DEPENDIENTE

La definición del Plan de un hijo dependiente elegible cambiará de la siguiente manera a partir del 1 de enero, 2011:

- El Plan cubrirá a sus hijos hasta la edad de 25 años (la cobertura termina cuando el hijo cumpla 26 años).
- No se requiere que los Hijos sean estudiantes.
- Si su hijo cumple con la definición de “Hijo” a continuación, la residencia, dependencia financiera, y estado civil del hijo no afectan la elegibilidad.

Usted **NO** tiene que reinscribir a un hijo quien estaba cubierto previamente pero perdió la elegibilidad a causa de la edad límite que se aplicaba anteriormente. Sin embargo, si usted quiere agregar a un hijo quien no estaba cubierto anteriormente, usted puede descargar una forma de Inscripción Familiar en www.lineco.org y enviarla a la Oficina del Fondo junto con una copia del certificado de nacimiento del hijo. O llame a la Oficina del Fondo y le enviarán una forma de Inscripción Familiar. Si el hijo no es fruto de su matrimonio actual, usted necesitará enviar las copias del decreto del divorcio y/o de cualquier documento judicial pertinente.

NUEVA DEFINICIÓN DE “DEPENDIENTE” - Debido a los cambios descritos arriba, la definición del Plan de “Dependiente” será modificada a partir del 1 de enero, 2011 de la manera siguiente:

Dependiente

1. Una persona que sea su cónyuge (del empleado o del jubilado), siempre y cuando no esté separado legalmente de usted. Una copia certificada de su certificado de matrimonio debe estar archivada en la Oficina del Fondo antes de que los reclamos de su cónyuge puedan ser procesados. Si su cónyuge es un miembro activo a tiempo completo de la militar o de las fuerzas armadas de cualquier país, no será considerado un dependiente bajo este plan.
2. Una persona que sea un hijo (del empleado o del jubilado), (véase la “Definición de Hijo” a continuación):
 - a. que tenga menos de 26 años de edad; o

- b. que tenga 26 años de edad o más y esté incapacitada a causa de retraso mental o incapacidad mental o física. El hijo debe de haberse incapacitado antes de cumplir 26 años; debe seguir incapacitado y ser incapaz de mantener autosuficiencia económica por medio de un empleo; y debe de depender económicamente de usted en la mayor parte del apoyo económico. Cuando se presente el primer reclamo por parte del hijo, usted debe proporcionar pruebas de que el hijo fue incapacitado antes de cumplir 26 años. Las pruebas son proporcionadas a costo de usted con la excepción de que, si los miembros del Consejo Directivo requieren un examen físico, el Plan lo pagará. Si los miembros del Consejo Directivo requieren pruebas de la incapacidad del hijo en el futuro, usted debe proporcionar las pruebas, o la cobertura del hijo será terminada.

Definición de Hijo – Para los propósitos de esta definición, un hijo significa cualquiera de los siguientes:

1. Un hijo natural de usted.
2. Cualquier hijo adoptado legalmente por usted o colocado en su hogar para ser adoptado.
3. Un hijastro suyo, que quiere decir cualquier hijo de su cónyuge que nació de su cónyuge o que fue adoptado legalmente por su cónyuge antes de contraer matrimonio con usted.
4. Un hijo que sea determinado para ser un recipiente alterno conforme a una orden judicial que los miembros del Consejo Directivo consideren una Orden de Apoyo Médico Calificado Infantil. Se requerirá una copia de la orden judicial por parte de la Oficina del Fondo también antes de que se considere pagar los reclamos por parte del hijo. Usted puede obtener, sin cargo alguno, una copia de los procedimientos del Plan que gobiernan las determinaciones de una Orden de Apoyo Médico Calificado Infantil, llamando o escribiendo a la Oficina del Fondo.
5. Un hijo de crianza que fue colocado en su hogar por una agencia de servicio social estatal o privada.

El Plan también cubrirá a un nieto, hermano, o sobrino de usted o de su cónyuge, siempre y cuando tenga una orden de tutela o custodia, y el dependiente viva en una relación de padre-hijo con usted, y dependa de usted en la mayoría de su apoyo económico. La cobertura se puede continuar después de la edad de 19 años si el dependiente continua como estudiante registrado a tiempo completo en una escuela, colegio, universidad, o escuela vocacional o técnica acreditada, y sigue dependiendo de usted en la mayoría de su apoyo económico. Se le debe enviar a la Oficina del Fondo pruebas de su estatus de estudiante a tiempo completo por cada sesión escolar para que el dependiente esté cubierto. La cobertura terminará cuando su nieto, hermano, o sobrino cumpla 25 años de edad o deje de ser estudiante a tiempo completo, lo que ocurra primero.

Si un hijo es un miembro activo de tiempo completo de la militar o de las fuerzas armadas de cualquier país, no será considerado un dependiente bajo este Plan.

Cualquier hijo que nazca de una persona cubierta que actúe como madre sustituta, es decir, una mujer quien se embarazó con la intención o compromiso de renunciar al niño después de su nacimiento, no será considerado un dependiente de la madre sustituta o de su cónyuge.

ELIMINACIÓN DE CIERTOS MONTOS LÍMITES

El máximo de por vida del Plan de \$2,000,000 bajo el Beneficio Comprensivo de Gastos Médicos Mayores se elimina a partir del 1 de enero, 2011. El máximo anual de \$1,000,000 continuará en efecto en el 2011.

También se elimina el monto límite anual para el tratamiento sin hospitalización para el abuso de drogas.

NUEVO BENEFICIO DE CUIDADO PREVENTIVO Cobertura Aumentada para el Cuidado Preventivo

Un nuevo beneficio comprensivo para el cuidado preventivo se agrega al Plan a partir del 1 de enero, 2011. **Los beneficios para los servicios preventivos cubiertos serán pagados al 100% cuando usted utiliza un proveedor de Blue Cross Blue Shield (BCBS) PPO y a un 70% si utiliza un proveedor fuera de la red (no-PPO).** No se aplicará ningún deducible a los gastos que son de proveedores del PPO, pero el deducible del año natural se aplicará a los gastos que no son de proveedores del PPO. (Para encontrar un proveedor del BCBS PPO, vaya al www.bcbsil.com, o llame a 1-800-810 Blue (2583)).

Las inmunizaciones para niños de menos de 19 años de edad serán pagadas al 100% sin deducible sin importar si un proveedor del PPO está cobrando el servicio o no. El límite de \$1,000 dejará de ser aplicable.

- Si usted obtiene una inmunización cubierta en una farmacia de Express Scripts (ESI) que participa con el Plan, no habrá ningún costo para usted y no tendrá que presentar ningún reclamo si muestra su tarjeta de ESI al farmacéutico desde el inicio de la transacción. La mayoría de las cadenas de farmacias grandes están en la red de ESI. Si usted necesita información adicional sobre farmacias de ESI que participan con el Plan, llame al 1-877-327-0568 o vaya al www.express-scripts.com.

Los productos farmacéuticos que se incluyen en la lista de costos cubiertos del cuidado preventivo (suplementos de ácido fólico, fluoruro oral, aspirina, y suplementos de hierro) serán pagados al 100%. (Véase también la nota de (*) en la página 5.)

Este nuevo beneficio del cuidado preventivo reemplaza el Beneficio de Exámenes Físicos Rutinarios actual, y el Beneficio de Revisiones para el Cáncer Colorrectal actual. Los beneficios de exámenes físicos y colonoscopias serán cubiertos cuando cumplan con los requisitos de la lista mencionada abajo. Los beneficios serán pagados al 100% si usted utiliza un proveedor del BCBS PPO, y a un 70% después del deducible si utiliza un proveedor fuera de la red.

Los cargos para laboratorio y radiografía relacionados al cuidado preventivo cubierto (que actualmente están cubiertos bajo el Beneficio de Radiografías y Análisis Diagnósticos (DXL)) también serán cubiertos bajo el nuevo beneficio. (Radiografías y Análisis preventivos/rutinarios ya no serán cubiertos bajo el Beneficio de DXL.)

Adicionalmente, ya que el nuevo beneficio proporciona cobertura comprensiva para el cuidado preventivo para niños, el beneficio de cuidado preventivo de \$500 para los participantes en el Programa de Cuidado Prenatal se discontinuará.

La lista de servicios incluidos se demuestra abajo y está sujeta a cambios.

BENEFICIO DE CUIDADO PREVENTIVO

A. INMUNIZACIONES

PPO (o Farmacia que Participa en Express Scripts)= 100% no deducible

Non-PPO = 70% después del deducible

100% para niños 0-18 (PPO y non-PPO)

Inmunización Cubierta	Frecuencia
1. Hepatitis B (HepB)	Según las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) que han sido adoptadas por el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Horario de Inmunizaciones Recomendadas para Personas de la Edad de 0 a 6 Años • Horario de Inmunizaciones Recomendadas para Personas de la Edad de 7 a 18 Años • Horario de Actualización de Inmunizaciones Recomendadas para Personas de la Edad de 4 Meses a 18 Años quienes iniciaron tarde o quienes tienen más de 1 mes de retraso • Horario de Inmunizaciones Recomendadas para Adultos
2. Rotavirus (RV)	
3. Difteria, tétanos y tosferina (DTaP)	
4. Gripe Tipo B (Hib)	
5. Neumocócico (PCV/PPSV)	
6. Poliomielitis (IPV)	
7. Gripe (estacional)	
8. Sarampión, paperas y rubeola (MMR)	
9. Varicela	
10. Hepatitis A (HepA)	
11. Meningocócico (MCV)	
12. Virus del Papiloma Humano (HPV)	
13. Zoster (herpes)	

B. CUIDADO PREVENTIVO/REVISIONES PARA ADULTOS	
PPO = 100% no deducible No PPO = 70% después del deducible	
Servicio o Suministro Cubierto	Frecuencia
1. Revisión de ultrasonido para aneurisma aórtico abdominal (hombres de 65-75 años de edad quienes fuman/fumaban)	una de por vida
2. Asesoramiento para el abuso de alcohol (adultos)	una sesión de por vida
3. Aspirina para prevenir la enfermedad cardiovascular (hombres de 45-79 años de edad; mujeres de 55-79 años de edad), cuando un médico la receta	Cubierta a base de las recomendaciones del médico *
4. Asesoramiento para revisión de BRCA (mujeres con antecedentes familiares de BRCA 1 o factores de riesgo de BRCA 2)	una sesión de por vida
5. Asesoramiento sobre la quimo prevención del cáncer de busto (mujeres con alto riesgo)	una sesión de por vida
6. Revisión para la tensión arterial alta (adultos mayores de 18+ años)	una por año natural
7. Mamogramas (mujeres mayores de 40+ años)	una por año natural
8. Revisión para el cáncer cervical	uno por año natural
9. Suplementos de ácido fólico (mujeres capaces de embarazo)	0.4 a 0.8 mg (400-800 µg) por día* (empleados y cónyuges solamente)
10. Revisión para anomalías del colesterol (hombres edad de 35+, o edad de 20+ si hay alto riesgo; mujeres edad de 45+, o edad de 20+ si hay alto riesgo)	una por año natural
11. Revisión para depresión (adultos)	una de por vida
12. Revisión para diabetes (adultos con la presión arterial mayor que 135/80)	una por año natural
13. Asesoramiento para la dieta (adultos con alto riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta)	una sesión de por vida
14. Revisión para gonorrea (mujeres con alto riesgo)	una por año natural
15. Revisión para sífilis (personas con alto riesgo)	una por año natural

16. Revisión para VIH (adultos)	una de por vida al menos que el paciente tenga alto riesgo de infección de VIH
17. Revisión para infección de clamidia (mujeres ≤24 años de edad o con alto riesgo)	una por año natural
18. Asesoramiento para enfermedades de transmisión sexual (adultos con alto riesgo)	una sesión de por vida
19. Revisión y asesoramiento para la obesidad (adultos)	una sesión de por vida
20. Revisión para osteoporosis (mujeres de 65 años de edad; 60 años de edad si hay alto riesgo de fracturas por osteoporosis)	una de por vida
21. Asesoramiento para el uso de tabaco (adultos)	una sesión de por vida
22. Revisión para cáncer colorrectal (adultos 50-75 años de edad) - pruebas y procedimientos dentro de las pautas sobre edad y frecuencia establecidas por la Sociedad Americana del Cáncer (que recomienda que las personas con riesgo normal deberían de realizarse una colonoscopia inicial a la edad de 50 años), incluso exámenes colorrectales, sigmoidoscopias flexibles, enemas de bario, y colonoscopias.	
23. Examen físico rutinario (honorario profesional)	uno por año natural

C. CUIDADO PREVENTIVO/REVISIONES PEDIATRICAS (RECIÉN NACIDO – 21 AÑOS DE EDAD)

PPO = 100% no deducible No PPO = 70% después del deducible

Servicio o Suministro Cubierto	Frecuencia
1. Revisiones para los recién nacidos para hemoglobinopatias, pérdida de la audición, hipotiroidismo, fenilcetonuria (PKU), y trastornos hereditarios (según la recomendación del Panel Uniforme del Comité Asesor del Secretario sobre Trastornos Hereditarios en Recién Nacidos y Niños que entró en vigor el 21 de mayo, 2010)	una de por vida
2. Medicación profiláctica para la gonorrea	una de por vida

3. Historial médico	Según la recomendación de la Academia Americana de Pediatría y Bright Futures
4. Medidas, que incluyen altura, peso, BMI, presión arterial, etc.	
5. Revisión de sentidos (visión y oído)	
6. Revisión del desarrollo	
7. Revisión del Autismo	
8. Asesoramiento de comportamiento	
9. Asesoramiento de alcohol/drogas	
10. Examen médico	
11. Revisión del Metabolismo	
12. Revisión de la Hemoglobina	
13. Hemoglobina de Plomo	
14. Revisión de Dislipidemia	
15. Revisión de Enfermedades de Transmisión Sexual	
16. Revisión de Displasia Cervical	
17. Asesoramiento del Riesgo de la Salud Oral	
18. Asesoramiento Previsor	
19. Suplementos de hierro (niños de 6-12 meses de edad con alto riesgo de anemia)	Según recetado por el médico del niño*

20. Revisión para la agudeza visual (niños <5 años de edad)	Una por año natural
21. Revisión y asesoramiento para la obesidad (niños 6+ años de edad)	Una de por vida
22. Fluoruro oral (niños de 6 meses de edad + si la fuente de agua tiene deficiencia de fluoruro)	Según recetado hasta la edad de 15 años*
23. Revisión para la depresión (niños de 12-18 años de edad)	una de por vida
24. Asesoramiento para infecciones de transmisión sexual (niños de alto riesgo)	una sesión de por vida
25. Revisión para VIH (niños 11-21 años de edad con alto riesgo)	una de por vida

* *Se requiere una receta por escrito de un médico. Para el fluoruro oral, se puede aceptar la receta de un dentista. Se cubrirá solamente los productos genéricos al menos que un sustituto genérico no esté disponible. Usted puede obtener estos productos con un co-pago de \$0 en una farmacia participante en Express Scripts (ESI) utilizando su tarjeta de medicinas de ESI. No se requiere presentar ningún reclamo si usted obtiene estos productos en una farmacia de ESI. Usted puede también presentar un reclamo por escrito a Lineco. Su reclamo debe incluir una copia de la receta del médico y una factura detallada de la farmacia. No se aceptarán recibos de cajas registradoras por si solos.*

Los servicios que están cubiertos bajo este nuevo beneficio están basados en las siguientes recomendaciones y están sujetos a cambios:

- Artículos o servicios que tienen una clasificación de A o B en las recomendaciones actuales del Equipo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos;
- Inmunizaciones para el uso rutinario en niños, adolescentes, y adultos que tienen una recomendación del Comité Asesor sobre las Prácticas de la Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;
- Referente a los infantes, niños, y adolescentes, cuidado preventivo y revisiones basadas en pruebas especificadas en las pautas comprensivas recomendadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud; y
- Referente a las mujeres, cuidado preventivo y revisiones recomendadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.

TRATAMIENTO PARA EMERGENCIAS

A partir del 1 de enero, 2011, los servicios hospitalarios para emergencias que son proporcionados por un hospital no-PPO (un hospital que no pertenezca a la red de Blue Cross Blue Shield PPO) se pagarán al porcentaje que corresponde a los pagos de PPO si el tratamiento fue obtenido a causa de una emergencia. Una "emergencia" se define como una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de severidad suficiente (incluso dolor severo) para que una persona prudente que no sea una especialista, quien posea conocimientos comunes acerca de la salud y asuntos médicos, pueda razonablemente creer que la falta de atención médica inmediata tendría como resultado: poner en grave peligro la salud del individuo (o, respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su niño que todavía está sin nacer); la debilitación grave de funciones corporales; o la disfunción grave de un órgano o parte corporal.

NO HAY MONTO LÍMITE PARA DOLENCIAS PREEXISTENTES PARA NIÑOS

El monto límite del Plan para dolencias preexistentes para hijos de crianza se elimina a partir del 1 de enero, 2011.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO ESCALONADO PARA MEDICINAS ESPECIALIZADAS

El Programa de Tratamiento Escalonado para Medicinas Especializadas de Express Scripts ha sido agregado al plan de medicinas recetadas a partir del 4 de octubre, 2010.

“El tratamiento escalonado” se utiliza para guiar a un paciente con una dolencia crónica para que utilice una medicina que cueste menos (llamada una medicina de “paso uno”), si es apropiado, antes de que pruebe una medicina de más valor (llamada una medicina de “paso dos”). La meta es asegurarse de que el paciente reciba medicina apropiada para la dolencia. Ya que una medicina apropiada no debe ser siempre la más costosa, el tratamiento escalonado puede también servir para reducir los costos.

Este programa afecta a cuatro categorías de medicinas especializadas:

Estimulantes de eritroides	Epogen, Arenesp
Hormonas de crecimiento	Genotropin, Humatrope, Nutropin/AQ, Tev-Tropin, Norditropin/Norfler, Omnitrope, Saizen
Esclerosis múltiple	Extavia, Avonex
Dolencias inflamatorias	Simponi, Cimzia, Kineret, Amevive, Stelara, Rituxan, Remicade, Orencia, Actemra

Solamente los pacientes con nuevas recetas para medicinas en estas categorías serán afectados.

Express Scripts les enviará a los participantes afectados más información sobre el Programa de Manejo de Tratamiento Escalonado para Medicinas Especializadas.

Por favor, observe que Lineco requiere que muchas medicinas especializadas sean ordenadas por medio de Curascript, que es la farmacia especializada de Express Scripts.

NUEVOS PROCEDIMIENTOS SOBRE APELACIONES

Los siguientes cambios se aplicarán a los procedimientos sobre la apelación de reclamos de Lineco a partir del 1 de enero de 2011:

1. Si usted apela la denegación de un reclamo al Comité de Revisión de Reclamos, el Plan le proveerá todas las evidencias nuevas que el Plan ha considerado o utilizado respecto a la apelación. (Esto generalmente se aplicará a las apelaciones relacionadas con decisiones médicas. Con respecto a estos tipos de apelaciones, las “evidencias nuevas” son la decisión médica por escrito proporcionada por el profesional médico independiente que revisa su apelación).
2. **Revisión Externa** – Si usted apela al Comité de Revisión de Reclamos, pero el proceso de revisión también resulta en una determinación de beneficios adversa, usted puede, en ciertos casos, solicitar una revisión adicional realizada por parte de una organización de revisión independiente (IRO). Una revisión externa independiente está disponible para reclamos que son denegados a base de decisiones clínicas o científicas, tal como decisiones basadas en la necesidad médica. No se aplica a denegaciones que son relacionadas a la elegibilidad para la cobertura de una persona.

Usted debe solicitar la revisión externa dentro de un plazo de cuatro meses después de la fecha de haber recibido la decisión de apelación por escrito que recibió por parte del Fondo. Para solicitar una revisión externa, llame o escriba a la Oficina del Fondo. El personal de la Oficina del Fondo le proveerá la información que necesite para presentar su solicitud formal para una revisión externa y le proveerá la información que usted necesite para llevar a cabo el proceso.

Usted puede también solicitar una revisión externa rápida si el reclamo está relacionado con una dolencia médica por la cual el plazo normal para completar una apelación podría poner en peligro la vida o la salud de un cliente, o crearía un riesgo de que el solicitante no vuelva a tener la habilidad de la capacidad completa, o si la determinación de beneficios adversa interna final está relacionada con una admisión, disponibilidad de asistencia, estancia continuada, o servicio o artículo de asistencia médica para el cual el solicitante recibió servicios de urgencia pero no le han dado de alta. Para solicitar una revisión externa, llame o escriba a la Oficina del Fondo. El personal de la Oficina del Fondo le proveerá la información que necesite para llevar al cabo el proceso.

OTROS CAMBIOS AL PLAN

1. Los cónyuges divorciados o legalmente separados de empleados jubilados pueden hacer autopagos de COBRA por 36 meses o hasta que el cónyuge cumpla 65 años, lo que ocurra primero. Este cambio al Plan entró en vigor el 1 de julio, 2010.
2. A partir del 1 de Mayo, 2010 con respecto a los Beneficios de Ingresos Semanales, la regla que requiere que el empleado consulte a un médico dentro de un plazo de 15 días después del último día de trabajo ha sido eliminada.

* * *

• Resumen de Modificaciones Materiales • EIN: 36-6066988 PN: 501 • c106/smm2010-1

* * *

AVISOS REQUERIDOS POR LA LEY FEDERAL

Aviso acerca de la Eliminación del Monto Límite de por Vida

El monto límite de por vida para beneficios médicos bajo el Fondo de Beneficios de Line Construction ya no se aplica. Los individuos en que cobertura ha sido terminada por haber alcanzado un monto límite bajo el plan están elegibles para inscribirse al Plan. Los individuos tienen 30 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar la inscripción. Para más información, póngase en contacto con la Oficina del Fondo. La información de contacto se muestra en la parte de arriba de la página 1 de este aviso.

Recordatorio acerca de la Cobertura para la Reconstrucción del Busto

Lineco considerará que los cargos para los siguientes servicios y suministros son gastos médicos cubiertos cuando los cargos son incurridos por una persona cubierta que esté recibiendo beneficios del Plan para una mastectomía, y cuando la persona elija (después de haber consultado a un médico) la reconstrucción del busto junto con la mastectomía: 1) reconstrucción de un busto en el que la mastectomía ha sido realizada; 2) cirugía y reconstrucción del otro busto para realizar un aspecto simétrico; y 3) prótesis y complicaciones físicas relacionadas a todas las etapas de la mastectomía, que incluye limfedemas. Los beneficios del Plan pagables para estos servicios y suministros están sujetos a los deducibles, porcentajes de co-pago, y límites de beneficios máximos que se aplican a servicios cubiertos para otras dolencias médicas cubiertas.

El siguiente aviso se aplica a los individuos que se les requiera pagar primas para estar cubiertos por un plan de salud patrocinado por el empleador. La información en este aviso NO se aplicará a la ma-

yoría de los participantes de Lineco porque los participantes de Lineco no le pagan directamente a Lineco las primas para la cobertura. Sin embargo, las regulaciones federales requieren que todos los empleadores en los estados enumerados en la tabla de abajo emitan el aviso. Lineco solamente manda este aviso por parte de sus empleadores participantes.

**Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
Ofrecen Cobertura Médica Gratis a Bajo Costo para Niños y Familias**

Si usted está elegible para una cobertura médica por parte de su empleador, pero no puede pagar las primas, algunos Estados tienen programas de ayuda para pagar primas que pueden ayudarle a pagar la cobertura. Estos Estados utilizan los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP para ayudarles a las personas que están elegibles para una cobertura médica patrocinada por parte del empleador, pero que necesitan ayuda para pagar las primas del seguro para asistencia médica.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en un estado que está mencionado a continuación, usted puede ponerse en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si la ayuda con las primas está disponible.

Si usted o sus dependientes no están inscritos en Medicaid o CHIP, y cree usted que usted o cualquier de sus dependientes podría estar elegible para cualquiera de estos programas, usted puede ponerse en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marcar al 1-877-KIDS-NOW o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo hacer la solicitud. Si usted califica, puede preguntarle a su Estado si tiene un programa que podría ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por parte del empleador.

Una vez que se determine que usted o sus dependientes están elegibles para la ayuda con las primas del seguro bajo Medicaid o CHIP, se requiere que el plan de seguro médico de su empleador les permita a usted y a sus dependientes inscribirse en el plan – siempre y cuando usted y sus dependientes estén elegibles, pero no hayan sido inscritos anteriormente en el plan del empleador. A esto se le llama una oportunidad de “inscripción especial,” y usted debe solicitar la cobertura dentro de un plazo de 60 días a partir de la determinación de elegibilidad para la ayuda con las primas del seguro.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, usted podría estar elegible para obtener ayuda con su pago de las primas del plan de seguro médico que su empleador provee. La lista de Estados a continuación está vigente a partir del 1 de septiembre, 2010. Usted debe ponerse en contacto con el Estado en que vive para más información acerca de la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio Web: http://www.medicaid.alabama.gov Teléfono: 1-800-362-1504	Sitio Web: http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx Teléfono: 1-866-298-8443
ALASKA – Medicaid	COLORADO - Medicaid y CHIP
Sitio Web: http://health.hss.state.ak.us/dpa/programs/medicaid/ Teléfono (fuera de Anchorage): 1-888-318-8890 Teléfono (Anchorage): 907-269-6529	Sitio Web de Medicaid: http://www.colorado.gov/ Teléfono de Medicaid: 1-800-866-3513 Sitio Web de CHIP: http:// www.CHPplus.org Teléfono de CHIP: 303-866-3243
ARIZONA – CHIP	
Sitio Web: http://www.azahcccs.gov/applicants/default.aspx Teléfono: 1-877-764-5437	
ARKANSAS – CHIP	FLORIDA – Medicaid

Sitio Web: http://www.arkidsfirst.com/ Teléfono: 1-888-474-8275	Sitio Web: http://www.fdhc.state.fl.us/Medicaid/index.shtml Teléfono: 1-866-762-2237
GEORGIA – Medicaid	MONTANA – Medicaid
Sitio Web: http://dch.georgia.gov/ Haga clic en Programas, luego en Medicaid Teléfono: 1-800-869-1150	Sitio Web: http://medicaidprovider.hhs.mt.gov/clientpages/clientindex.shtml Teléfono: 1-800-694-3084
IDAHO - Medicaid y CHIP	NEBRASKA – Medicaid
Sitio Web de Medicaid: www.accesstohealthinsurance.idaho.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-926-2588 Sitio Web de CHIP: www.medicaid.idaho.gov Teléfono de CHIP: 1-800-926-2588	Sitio Web http://www.dhhs.ne.gov/med/medindex.htm Teléfono: 1-877-255-3092
INDIANA – Medicaid	NEVADA - Medicaid y CHIP
Sitio Web: http://www.in.gov/fssa/2408.htm Teléfono: 1-877-438-4479	Sitio Web de Medicaid: http://dwss.nv.gov/ Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900 Sitio Web de CHIP: http://www.nevadacheckup.nv.org/ Teléfono de CHIP: 1-877-543-7669
IOWA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio Web: www.dhs.state.ia.us/hipp/ Teléfono: 1-888-346-9562	Sitio Web: http://www.dhhs.state.nh.us/DHHS/MEDICAIDPROGRAM/default.htm Teléfono: 1-800-852-3345 x 5254
KANSAS – Medicaid	NEW JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio Web: https://www.khpa.ks.gov Teléfono: 800-766-9012	Sitio Web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 1-800-356-1561 Sitio Web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
KENTUCKY – Medicaid	NEW MEXICO – Medicaid y CHIP
Sitio Web: http://chfs.ky.gov/dms/default.htm Teléfono: 1-800-635-2570	Sitio Web de Medicaid: http://www.hsd.state.nm.us/mad/index.html Teléfono de Medicaid: 1-888-997-2583 Sitio Web de CHIP: http://www.hsd.state.nm.us/mad/index.html Haga clic en Insure New Mexico Teléfono de CHIP: 1-888-997-2583
LOUISIANA – Medicaid	NEW YORK – Medicaid
Sitio Web: http://www.lahipp.dhh.louisiana.gov Teléfono: 1-888-342-6207	Sitio Web: http://www.nyhealth.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
MAINE – Medicaid	NORTH CAROLINA – Medicaid
Sitio Web: http://www.maine.gov/dhhs/oms/ Teléfono: 1-800-321-5557	Sitio Web: http://www.nc.gov Teléfono: 919-855-4100
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	UTAH – Medicaid
Sitio Web de Medicaid & CHIP: http://www.mass.gov/MassHealth Teléfono de Medicaid & CHIP: 1-800-462-1120	
MINNESOTA – Medicaid	
Sitio Web: http://www.dhs.state.mn.us/ Haga clic en Health Care, luego en Medical Assistance Teléfono (Fuera del área de Twin City): 800-657-3739 Teléfono (Área de Twin City): 651-431-2670	
MISSOURI – Medicaid	
Sitio Web: http://www.dss.mo.gov/mhd/index.htm Teléfono: 573-751-6944	
NORTH DAKOTA – Medicaid	

Sitio Web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-800-755-2604	Sitio Web: http://health.utah.gov/medicaid/ Teléfono: 1-866-435-7414
OKLAHOMA – Medicaid	VERMONT – Medicaid
Sitio Web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio Web: http://ovha.vermont.gov/ Teléfono: 1-800-250-8427
OREGON – Medicaid y CHIP	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio Web de Medicaid & CHIP: http://www.oregonhealthykids.gov Teléfono de Medicaid & CHIP: 1-877-314-5678	Sitio Web de Medicaid: http://www.dmas.virginia.gov/rcp-HIPP.htm Medicaid Teléfono: 1-800-432-5924 Sitio Web de CHIP: http://www.famis.org/ Teléfono de CHIP: 1-866-873-2647
PENNSYLVANIA – Medicaid	WASHINGTON – Medicaid
Sitio Web: http://www.dpw.state.pa.us/partnersproviders/medicalassistance/doingbusiness/003670053.htm Teléfono: 1-800-644-7730	Sitio Web: http://hrsa.dshs.wa.gov/premiumpymt/Apply.shtm Teléfono: 1-877-543-7669
RHODE ISLAND – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid
Sitio Web: www.dhs.ri.gov Teléfono: 401-462-5300	Sitio Web: http://www.wvrecovery.com/hipp.htm Teléfono: 304-342-1604
SOUTH CAROLINA – Medicaid	WISCONSIN – Medicaid
Sitio Web: http://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio Web: http://dhs.wisconsin.gov/medicaid/publications/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
TEXAS – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Sitio Web: https://www.gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio Web: http://www.health.wyo.gov/healthcarefin/index.html Teléfono: 307-777-7531

Para averiguar si más Estados han iniciado un programa de ayuda con el pago de las primas después del 1 de septiembre, 2010, o para más información sobre los derechos de inscripción especial, usted puede ponerse en contacto con una de las siguientes dos oficinas:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
<http://1-877-267-2323>, Ext. 61565

INFORME RESUMIDO ANUAL
FONDO DE BENEFICIOS DE LINE CONSTRUCTION

Éste es un informe resumido anual del Fondo de Beneficios de Line Construction, EIN 36-6066988, No. de Plan 501 para el año que terminó el 31 de diciembre, 2009. El informe anual ha sido presentado con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados tal como lo requiere la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA).

El Fondo de Beneficios de Line Construction está comprometido a pagar todos los beneficios menos el seguro de vida y los reclamos de incapacidad total temporal, y reclamos de incapacidad permanente incurridos bajo los términos del Plan.

Información sobre Seguros

El plan tiene un contrato grupal con la Trustmark Life Insurance Company para pagar ciertos reclamos de seguro de vida y reclamos de incapacidad total temporal, y reclamos de incapacidad permanente incurridos bajo los términos del Plan. Las primas totales pagadas por el año de vigencia de una póliza que terminó el 31 de diciembre, 2009, fueron de \$1,963,778.

Estados de Cuenta Básicos

El valor de los bienes del plan, después de deducir las responsabilidades del plan fue de \$435,916,957 a partir del 31 de diciembre, 2009, a comparación con \$366,504,346 a partir del 1 de enero, 2009. Durante el año de vigencia del plan, el plan tuvo un aumento en sus bienes netos de \$69,412,611. Durante el año de vigencia del plan, el plan tuvo ingresos totales de \$292,830,707, que incluye (de forma enunciativa) contribuciones por parte del empleador de \$223,958,495, contribuciones por parte del participante de \$11,802,714, ganancias realizadas de \$3,459,505 provenientes de la venta de bienes y de inversiones de \$49,454,692. Los gastos del Plan fueron \$223,418,096. Estos gastos incluyeron \$8,099,208 en costos administrativos y \$215,318,888 en beneficios pagados a los participantes y beneficiarios.

Derechos de Recibir Información Adicional

Usted tiene el derecho de recibir una copia del informe anual completo, o cualquier parte del informe, por medio de una petición. Los artículos enumerados a continuación están incluidos en el informe:

- informe de contabilidad;
- información financiera e información sobre pagos a los proveedores de servicios;
- bienes guardados para la inversión;
- información sobre seguros que incluye comisiones de ventas pagadas por los proveedores de seguros;
- transacciones que excedan de 5 por ciento de los bienes del Plan; y
- información con respecto a cualquier fideicomiso común o colectivo, cuentas por separado que están combinadas, y fideicomisos principales o entidades de inversión de 103-12 en las cuales el plan participa.

Para obtener una copia del informe anual completo, o cualquier parte del informe, llame o escriba a la oficina del Fondo de Beneficios de Line Construction, quien es el patrocinador del plan, en 2000 Springer Drive, Lombard, IL 60148, (800) 323-7268. El cargo de costos por las copias será de \$38.25 por el informe anual completo o \$.25 por página por cualquier parte del informe. Usted también tiene el derecho de recibir por parte del administrador del plan, por medio de una petición y sin costo alguno, una declaración de los bienes y responsabilidades del plan y notas pertinentes o las dos cosas. Si usted requiere una copia del informe anual completo por parte del administrador del plan, estas dos declaraciones y notas pertinentes serán incluidas como parte del informe. El cargo de costos por las copias mencionado arriba no incluye ningún cargo por las copias de estas secciones del informe porque estas secciones son proporcionadas sin costo alguno.

Usted también está protegido por medio de la ley para examinar el informe anual en la oficina principal del plan en 2000 Springer Drive, Lombard, IL 60148 y en el Departamento del Trabajo de los EE.UU. en Washington, D.C., o para obtener una copia por parte del Departamento del Trabajo de

los EE.UU. después de haber pagado los costos de las copias. Las solicitudes al Departamento del Trabajo deben ser dirigidas a: Public Disclosure Room, N1513, Employee Benefit Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, NW, Washington, D.C. 20210.