



Carpenters Health & Welfare Trust Fund for California

Comparación del Plan B y Plan de Tarifa Fija

REFERENCIA RÁPIDA	
Información necesaria:	Comuníquese con:
Elegibilidad Beneficios COBRA Discapacidad Reclamaciones del Seguro de Vida y por Muerte y Desmembramiento Accidentales (AD&D)	Oficina del Fondo: (510) 633-0333 o Línea telefónica gratuita: (888) 547-2054
Reclamaciones: Indemnity Medical Plan Beneficios de ortodoncia Beneficio de audífonos de Indemnity	Oficina del Fondo: (510) 633-0333 o Línea telefónica gratuita (888) 547-2054 www.carpenterfunds.com
Programa de Proveedores Participantes – En California (Indemnity Medical Plan)	Oficina del Fondo: (510) 633-0333 o Línea telefónica gratuita (888) 547-2054 www.anthem.com/ca
Programa de Proveedores Participantes – Fuera de California (Indemnity Medical Plan)	BlueCard (800) 810-2583 www.bluecares.com
Organización de Revisión para preautorizaciones requeridas – dentro o fuera de California (Indemnity Medical Plan)	Anthem Blue Cross (800) 274-7767
Beneficios de Medicamentos de venta con receta (Indemnity Medical Plan)	Medco (800) 939-7093 www.medco.com Oficina del Fondo: (888) 547-2054
Vision Service Plan (Indemnity Medical Plan)	(800) 877-7195 www.vsp.com
Kaiser Permanente	(800) 464-4000 http://my.kp.org/ca/carpenterfunds/index.html
Delta Dental (Delta Preferred Option)	(800) 765-6003 www.deltadentalca.org
PacifiCare Behavioral Health Programa de Asistencia a los Miembros - Servicios de salud mental (Solamente Indemnity Medical Plan) - Dependencia al alcohol y a sustancias químicas - Programa de asistencia a los miembros	(877) 225-2267 www.liveandworkwell.com

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California cree que este plan es un “plan médico protegido” según la Ley de Atención Asequible y Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act) o Ley de Atención Asequible. Según lo permite la Ley de Atención Asequible, un plan médico protegido puede conservar cierta cobertura médica básica que ya estaba vigente cuando se aprobó la ley. El estado de plan médico protegido significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones para el consumidor de la Ley de Atención Asequible que aplican a otros planes; por ejemplo, el requisito del suministro de servicios médicos preventivos sin ninguna distribución de costos. Sin embargo, los planes médicos protegidos deben cumplir con ciertas otras protecciones para el consumidor de la Ley de Atención Asequible, por ejemplo la eliminación de límites de por vida en los beneficios.

Puede dirigir sus preguntas referentes a las protecciones que aplican y las que no aplican a un plan médico protegido, y lo que pudiera causar que un plan cambiara su estado de plan médico protegido, al administrador del plan a 265 Hegenberger Rd., Suite 100, Oakland, CA 94621. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de EE.UU. al 1-866-444-3272 o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. En este sitio Web encontrará una tabla que resume las protecciones que aplican y las que no aplican a los planes médicos protegidos.

Por favor note: Este resumen es una descripción breve de los beneficios del Plan Carpenters Health and Welfare. En todos los casos, las Normas y los Reglamentos del Plan, inclusive sus enmiendas, se tomarán como base para el pago de cualquier beneficio.

BENEFICIOS	KAISER	INDEMNITY
Selección del plan	Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que proporciona beneficios prepagados médicos, de farmacia, de visión y de audífonos a los Participantes inscritos en este Plan con un pago garantizado de estos beneficios. Los Participantes deben vivir dentro del Área de Servicio.	Indemnity Plan es un plan global de beneficios con un deducible anual y un límite en sus gastos anuales de su propio bolsillo cubiertos. Después de que se alcance el límite de gastos de su propio bolsillo cada año, el Plan pagará un 100 % de los gastos cubiertos durante el resto del año calendario.
Phantom COB (Coordinación de Beneficios)	No aplica Phantom COB	Phantom COB: Si el cónyuge de un Participante está empleado y el empleador ofrece seguro, el cónyuge debe elegir la cobertura. Si declina la cobertura, Indemnity Plan pagará hasta 20 % de las facturas médicas cubiertas. El Fondo calculará los beneficios del otro plan colectivo al 80 % de los gastos incurridos y coordinará sus beneficios con los beneficios calculados.
Deducible anual	Ninguno	Por persona: PPO: \$100; No PPO: \$200 Deducible máximo por familia: PPO: \$200; No PPO: \$400
Límites de gastos anuales de su propio bolsillo	Por persona - \$1,500 Por familia - \$3,000	Proveedores Participantes, \$5,000 por persona, no exceder \$10,000 por familia. No existe un límite de gastos de su propio bolsillo para proveedores no participantes.
Participación del costo	Se muestran por cada servicio	Una vez que se satisface el deducible anual y hasta que se cumpla el límite de gastos de su propio bolsillo, el Plan paga: Los planes PPO al 80 % de las tarifas de contrato y los que no son PPO, al 60 % del cargo admisible de todos los beneficios, a menos que se indique otra cosa.
Máximo de por vida del Plan	Ninguno	\$2,000,000
Selección de Médicos	Los miembros seleccionan un Médico del personal de una instalación de Kaiser Permanente ubicada en su área de servicio. La atención de rutina, preventiva y de especialistas se proporciona en las instalaciones de Kaiser Permanente o por sus proveedores contratados.	Los miembros pueden usar los servicios de los proveedores de su preferencia; sin embargo, para recibir los beneficios máximos, los miembros deben usar proveedores participantes/PPO.

BENEFICIOS**KAISER****INDEMNITY**

Servicios de Hospital	\$250 por admisión.	Pacientes Internos: Sujeto a deducibles y a límites de gastos de su propio bolsillo. Los beneficios de hospital y de médico se reducen un 25 % si no se obtiene la revisión de la utilización. PPO: 80% No PPO: 60% Pero, si no había otra opción en el hospital que se utilizo por causa de una emergencia y el paciente fue admitido del salon de emergencia el beneficio es 80% de los caargos admisibles.
Sala de emergencia de un Hospital	\$100 por visita (Exento si admitido)	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 80 %; No PPO: pagado al 60%; sin embargo, si no se pudo seleccionar el hospital usado debido a una emergencia, el beneficio es al 80 % de los cargos admisibles.
Visitas al consultorio del Médico	\$20 por visita	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 80 % No PPO: pagado al 60 %
Servicios quirúrgicos	\$20 por procedimiento (Pacientes Externos)	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 80 % No PPO: pagado al 60 %
Rayos X y laboratorio	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 80 % No PPO: pagado al 60 %
Maternidad	\$5 por visita prenatal con cita y por la primera visita después del parto; co-pago de \$250 por admision al hospital para el parto.	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 80 % No PPO: pagado al 60 %
Ambulancia	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 80 % No PPO: pagado al 80 % del cargo admisibles

ATENCIÓN PREVENTIVA

Examen físico para adultos	\$20 por visita	Los siguientes beneficios están sujetos a los deducibles del plan y se pagan al 80 % en el caso de PPO o al 60 % en el caso de no PPO: El examen físico para adultos está limitado a \$250 en cualquier periodo de 12 meses. (El examen físico NO está cubierto para hijos dependientes.) Los límites de gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los límites de los beneficios. Las colonoscopias, sigmoidoscopias, mamogramas y pruebas del antígeno prostático específico (PSA) están cubiertos a las tarifas de contrato para PPO o el cargo admisible para no PPO, pagados a al 80% para PPO y al 60% para no PPO, y no están sujetos al máximo de \$ 250. Las pruebas del PSA están cubiertas para los Participantes de 50 años de edad y más.
Atención del bebé sano/Exámenes físicos rutinarios para hijos dependientes	De 0 a 23 meses de edad: \$5 por visita Dos años y más: \$20 por visita sujeto al deducible.	Sujeto al deducible y a los límites de gastos de su propio bolsillo, pagados a al 80 % para PPO o al 60 % para no PPO. Para niños mayores de 2 años los beneficios son limitados a un examen físico en cualquier periodo o de 12 meses.
Examen femenino de rutina	\$15 por visita. Sin cargo para visitas de planificación familiar.	Véase “Examen físico para adultos” más arriba. Sólo para el Participante y su Cónyuge. El examen se limita a \$250 en combinación con el examen físico para adultos cada año. Sujeto a deducibles y a los límites de gastos de su propio bolsillo. Asignación adicional para un examen de Papanicolaou.
Inmunización	Sin cargo (Adultos y niños)	Sólo hijos dependientes. Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 80 % No PPO: pagado al 60 %
Pruebas y tratamiento de alergias	\$20 por visita de prueba; \$3.00 por visita para inyección.	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 80 % No PPO: pagado al 60 %

SALUD MENTAL

Pacientes Internos, tratamiento parcial y diurno	\$250 por admisión (hasta 45 días por año calendario)	Beneficio proporcionado por PacifiCare. Dentro de la red – 90 %, sin deducible. Fuera de la red - 40 % del cargo admisible, sin deducible. Hasta 20 días por año calendario (máximo combinado para dentro y fuera de la red). Todos los servicios deben estar preautorizados, de otra manera no se pagarán.
Pacientes Externos	\$20 individual/\$10 de grupo (hasta 20 visitas por año calendario) Este beneficio se proporciona a través de Kaiser, no de PacifiCare.	Beneficio proporcionado por PacifiCare. Dentro de la red – Copago de \$20 por visita; Fuera de la red – 50 % del cargo UR, sin deducible. Hasta 20 visitas por año calendario (máximo combinado dentro y fuera de la red)
Enfermedades Mentales Graves/Trastornos Emocionales Graves de Niños	Los copagos y límites de visita/día por enfermedades mentales mostradas arriba no aplican a las enfermedades graves o trastornos emocionales graves de niños. Los servicios para estas condiciones serán cubiertas bajo los mismos fundamentos que una condición médica. (\$250 por admisión; \$20 por visita al consultorio)	Pacientes Internos dentro de la red – 90 %, sin deducible, días ilimitados. Pacientes Externos dentro de la red – Copago de \$20 por visita, visitas ilimitadas. Todos los tratamientos deben estar preautorizados, de otra manera no se pagarán. Fuera de la red – No es un beneficio cubierto.

TRATAMIENTO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y A SUSTANCIAS QUÍMICAS

Todos los niveles de Atención por Dependencia Química (incluso desintoxicación)	Sólo dentro de la red - Copago de \$0, cubierto al 100 %. Se requiere autorización previa.	Dentro de la red – 100 %, sin deducible. Fuera de la red – 50 %, sin deducible. Todos los servicios deben estar preautorizados, de otra manera no se pagarán.
Máximo Anual	\$25,000	\$25,000
Máximo de por Vida	\$35,000	\$35,000

PROGRAMA DE ASISTENCIA A LOS MIEMBROS (MEMBER ASSISTANCE PROGRAM, MAP) PROPORCIONADO POR PACIFICARE BEHAVIORAL HEALTH

Sesiones de asesoramiento con un consejero de la red PBH	3 visitas por incidente con un copago de \$0 (Dentro de la red – Se requiere preautorización), referencias a recursos de la comunidad (Sin deducible)	3 visitas por incidente con un copago de \$0 (Dentro de la red – Se requiere preautorización), referencias a recursos de la comunidad (Sin deducible)
--	---	---

OTROS SERVICIOS MÉDICOS

Atención Médica en el Hogar	Sin cargo, (hasta 100 visitas por año calendario)	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 80 % No PPO: pagado al 60 %
-----------------------------	---	---

BENEFICIOS**KAISER****INDEMNITY**

Instalaciones de Enfermería Especializada	\$250 por cada adición, (hasta 100 visitas por año calendario)	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 80 % No PPO: pagado al 60 % Limitado a 70 días por periodo de confinamiento. Se recomienda revisión de la utilización.
Terapia a corto plazo (física, del habla, ocupacional)	\$20 por visita.	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 80 % No PPO: pagado al 60 %
Quiropráctico	Autoreferencia; debe usar los proveedores de la red. \$10 por visita, limitado a 30 visitas por año. Asignación de \$50 por cada año calendario en instrumentos quiroprácticos.	Beneficio sólo para el Participante y su cónyuge. Pago máximo de \$25 por visita y 20 visitas por año calendario. Sujeto a deducibles. Los límites de gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos del plan.
Acupuntura	Disponibile con referencia	Pago máximo de \$35 por visita y 20 visitas por año calendario. Sujeto a deducibles. Los límites de gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos del plan.
Podiatría	\$20 por visita.	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 80 % No PPO: pagado al 60 %
Equipo Médico Duradero	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a los límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 80 % No PPO: pagado al 60 %

BENEFICIOS DE VISIÓN

Examen de la vista	\$20 por visita; debe usar los servicios de Kaiser Optical	Examen de la vista a través de Vision Service Signature Choice Plan cada 12 meses después de un copago de \$10.
Anteojos y lentes de contacto	Asignación máxima de \$125 para anteojos o lentes de contacto. El beneficio se renueva cada 24 meses.	Con cobertura a través de Vision Service Signature Choice Plan después de un copago de \$25 por los materiales. Proporciona un par de anteojos cada 12 meses y armazones cada 24 meses. Los lentes de contacto necesarios se pagan totalmente. Lentes de contacto visualmente necesarios pagados totalmente si los suministra un médico de VSP. Para otros lentes de contacto electivos, el plan paga una asignación de hasta \$105 por honorarios profesionales y materiales.

MEDICAMENTOS CON RECETA

Farmacia minorista	<p>Medicamento genérico: Suministro de 30 días - \$10 Suministro de 31 a 60 días - \$20 Suministro de 61 a 100 días - \$30 Medicamento de marca: Suministro de 30 días - \$30 Suministro de 31 a 60 días - \$60 Suministro de 61 a 100 días - \$90 Las recetas de proveedores fuera de Kaiser (excepto los dentistas si la receta es para cuidado dental) o otras recetas obtenidas en conjunto con cuidado de emergencia cubierto bajo el plan o cuidado urgente fuera del area NO son cubiertas.</p>	<p>\$10 por medicamentos genéricos del formulario. Sólo farmacias minoristas participantes, a menos que no haya una en una distancia de 10 millas. \$10, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes. \$40 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente. \$60 por medicamentos fuera del formulario - Ciertos medicamentos fuera del formulario no tienen cobertura sin autorización previa. Suministro de 30 días Los beneficios de medicamentos de venta con receta se limitan al pago máximo del plan de \$75,000 por persona elegible, por año calendario.</p>
Pedidos por correo	<p>Medicamento genérico: Suministro de 30 días - \$10 Suministro de 31 a 100 días - \$20 Medicamento de marca: Suministro de 30 días - \$30 Suministro de 31 a 100 días - \$60 Pedidos por correo sólo para reabastecer las recetas. Visite www.kp.org para ver información sobre el reabastecimiento de recetas. Las recetas de proveedores fuera de Kaiser (excepto los dentistas) NO están cubiertas.</p>	<p>\$20 por medicamentos genéricos del formulario. \$20, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes. \$80 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente. \$100 por medicamentos fuera del formulario. Ciertos medicamentos fuera del formulario no tienen cobertura sin autorización previa. Suministro de 90 días. Las recetas de más de un suministro de 30 días debe ser llenado a través del programa de pedidos por correo. Los beneficios de medicamentos de venta con receta se limitan al pago máximo del plan de \$75,000 por persona elegible, por año calendario.</p>
Exámenes de la audición y audífonos	<p>\$20 por examen. El Plan paga: una asignación de \$2,500 por dispositivo. Un dispositivo por oído cada 36 meses.</p>	<p>Límites máximos de los beneficios: 100 %, hasta un máximo de \$800 por cada oído, inclusive el examen sólo si se obtiene uno o más audífonos. Los audífonos se proporcionan cada 3 años. (No está sujeto a deducibles ni a los límites de gastos de su propio bolsillo.)</p>

BENEFICIOS**KAISER****INDEMNITY**

Áreas de cobertura	Véase en la página adjunta una lista de los códigos postales de las áreas cubiertas.	Instalaciones participantes/PPO disponibles en todo California y Estados Unidos. Llame al 1(800) 323-6661 para verificar los proveedores participantes de California, o al 1 (800) 810-2583 para los proveedores participantes fuera de California
Dónde llamar para solicitar más información	1(800) 464-4000 http://my.kp.org/ca/carpenterfunds/index.html	Oficina del Fondo de Fideicomiso 1(888)547-2054 o 1(510) 633- 0333 www.carpenterfunds.com

**BENEFICIOS DENTALES
PARA LOS PARTICIPANTES DEL KAISER Y DE INDEMNITY PLAN**

Dentro de la red: Dentista de la PPO Delta Dental	Máximo: \$2,500 por paciente por año calendario Diagnósticos y preventivos – 100 % Servicios básicos a la tarifa de contrato - 80 % de la tarifa de contrato Coronas y restauraciones moldeadas: 80 % de la tarifa de contrato Prostodoncia: 80 % de la tarifa de contrato
Fuera de la red de la PPO Delta Dental	Máximo: \$2,000 por paciente por año calendario Diagnósticos y preventivos: 100 % de la tarifa de contrato Servicios básicos: 50 % de la tarifa de contrato Coronas y restauraciones moldeadas: 50 % de la tarifa de contrato Prostodoncia: 50 % de la tarifa de contrato
Beneficio máximo	El beneficio máximo es de \$2,500 al año, reducido a \$2,000 por los servicios de dentistas no PPO. Los máximos mencionados no son máximos separados.

BENEFICIOS ORTODÓNCICOS

Beneficios ortodóncicos para los hijos dependientes	Beneficios cubiertos por Indemnity Medical Plan, no por Delta Dental. El Plan paga 50 % de los cargos cubiertos hasta un máximo de \$1,500 por hijo dependiente hasta la edad de 19 años.
---	---

DEFINICIONES

Medicamento genérico	Un medicamento identificado por su nombre químico, una versión equivalente a un medicamento de marca cuya patente exclusiva ha caducado.
Medicamento de marca de múltiples fuentes	Un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico.
Medicamento de marca del formulario de una sola fuente	Un medicamento de marca que no tiene equivalente genérico y que el gerente de beneficios de farmacia coloca en una lista de medicamentos preferidos del formulario.
Medicamento fuera del formulario	Un medicamento que NO se encuentra en una lista de medicamentos preferidos del formulario.
Cargo Admisible	La cantidad monetaria que el Fondo de Fideicomiso ha determinado que permitira para cubrir servicios médicos necesarios o provisiones proveidos por preveedores no participantes.
Phantom COB (Coordinación de beneficios)	Si el cónyuge de un Participante está empleado y el empleador ofrece seguro, el cónyuge debe elegir la cobertura.

**NORTHERN CALIFORNIA SERVICE AREA ZIP CODE RANGES
FOR KAISER PERMANENTE NON-SENIOR ADVANTAGE (NON-KPSA)**

The Service Area is that portion of Alameda, Amador, Contra Costa, El Dorado, Fresno, Kings, Madera, Marin, Mariposa, Napa, Placer, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Sonoma, Stanislaus, Sutter, Tulare, Yolo, and Yuba counties within the following ZIP codes:

93230	93714-18	94074	94252	94617-24	95011	95196	95360-61	95462	95722
93232	93720-30	94080	94254	94649	95013-15	95201-13	95363	95465	95736
93238	93737	94083	94256-59	94659-62	95020-21	95215	95366-68	95471-73	95741-42
93242	93741	94085-89	94261-63	94666	95026	95219-20	95376-78	95476	95746-47
93261	93744-45	94101-05	94267-69	94701-10	95030-33	95227	95380-82	95486-87	95757-59
93601-02	93747	94107-12	94271	94712	95035-38	95230-31	95385-87	95492	95762-63
93604	93750	94114-34	94273-74	94720	95042	95234	95391	95602-05	95765
93606-07	93755	94137	94277	94801-08	95044	95236-37	95397	95607-21	95776
93609	93760-61	94139-47	94279-80	94820	95046	95240-42	95401-07	95623-26	95798-99
93611-14	93764-65	94151	94282-91	94850	95050-56	95253	95409	95628	95811-38
93616	93771-79	94156	94293-98	94901	95070-71	95258	95416	95630	95840-43
93618-19	93786	94158-64	94301-06	94903-04	95076	95267	95419	95632-35	95851-53
93623-27	93790-94	94172	94309	94912-15	95101	95269	95421	95638-41	95860
93630-31	93844	94177	94401-04	94920	95103	95296-97	95425	95645	95864-67
93636-39	93888	94188	94497	94922-31	95106	95304	95430-31	95648	95894
93643-46	94002	94199	94501-03	94933	95108-13	95307	95433	95650-52	95899
93648-54	94005	94203-09	94505-31	94937-42	95115-36	95313	95436	95655	95903
93656-57	94010-11	94211	94533-53	94945-57	95138-41	95316	95439	95658-64	95961
93660	94014-28	94229-30	94555-66	94960	95148	95319-20	95441-42	95667-74	
93662	94030	94232	94567*	94963-66	95150-61	95323	95444	95676-78	
93666-69	94035	94234-37	94568-83	94970-79	95164	95326	95446	95680-83	
93673	94037-44	94239-40	94585-92	94999	95170	95328-30	95448	95686-88	
93675	94060-66	94244	94595-99	95002	95172-73	95336-37	95450	95690-98	
93701-12	94070	94246-50	94601-15	95008-09	95190-94	95350-58	95452	95703	

*Knoxville is not in the Service Area.

**SOUTHERN CALIFORNIA SERVICE AREA ZIP CODE RANGES
FOR KAISER PERMANENTE NON-SENIOR ADVANTAGE (NON-KPSA)**

The Service Area is that portion of Imperial, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, and Ventura counties within the following ZIP codes:

90001-84	90680	91101-10	91416	91795	92101-24	92305	92548	92825	93276
90086-91	90701-03	91114-18	91423	91801-04	92126-32	92307-08	92551-57	92831-38	93280
90093-96	90706-07	91121	91426	91896	92134-40	92313-18	92562-64	92840-46	93285
90101	90710-17	91123-26	91436	91901-03	92142-43	92320-22	92567	92850	93287
90103	90720-21	91129	91470	91908-17	92145	92324-26	92570-72	92856-57	93301-09
90189	90723	91182	91482	91921	92147	92329	92581-87	92859-61	93311-14
90201-02	90731-34	91184-85	91495-96	91931-33	92149-50	92331	92589-93	92863	93380
90209-13	90740	91188-89	91499	91935	92152-55	92333-37	92595-96	92865-71	93383-90
90220-24	90742-49	91199	91501-08	91941-47	92158-79	92339-41	92599	92877-83	93501-02
90230-33	90755	91201-10	91510	91950-51	92182	92344-46	92602-07	92885-87	93504-05
90239-42	90801-10	91214	91521-23	91962-63	92184	92350	92609-10	92899	93510
90245	90813-15	91221-22	91601-12	91976-80	92186-87	92352	92612	93001-07	93518-19
90247-51	90822	91224-26	91614-18	91987	92190-94	92354	92614-20	93009-12	93531-32
90254-55	90831-35	91301-11	91701-02	92007-11	92195-99	92357-59	92623-30	93015-16	93534-36
90260-67	90840	91313	91706	92013-14	92201-03	92369	92637	93020-22	93539
90270	90842	91316	91708-11	92018-27	92210-11	92371-78	92646-63	93030-36	93543-44
90272	90844	91319-22	91714-16	92029-30	92220	92382	92672-79	93040-44	93550-53
90274-75	90846-48	91324-31	91722-24	92033	92223	92385-86	92683-85	93060-66	93560-61
90277-78	90853	91333-35	91729-35	92037-40	92230	92391-95	92688	93094	93563
90280	90895	91337	91737	92046	92234-36	92397	92690-94	93099	93581
90290-96	91001	91340-46	91739-41	92049	92240-41	92399	92697-98	93203	93584
90301-12	91003	91350-62	91743-50	92051-52	92247-48	92401-08	92701-08	93205-06	93586
90401-11	91006-12	91364-65	91752	92054-58	92252-56	92410-15	92711-12	93215-16	93590-91
90501-10	91016-17	91367	91754-56	92064-65	92258	92418	92728	93220	93599
90601-10	91020-21	91371-72	91758-59	92067-69	92260-64	92423-24	92735	93222	
90620-24	91023-25	91376-77	91761-73	92071-72	92268	92427	92780-82	93224-26	
90630-33	91030-31	91380-81	91775-76	92074-75	92270	92501-09	92799	93240-41	
90637-40	91040-43	91383-87	91778	92078-79	92274-78	92513-19	92801-09	93243	
90650-52	91046	91390	91780	92081-85	92282	92521-22	92811-12	93249-52	
90660-62	91066	91392-96	91784-86	92091-93	92284-86	92530-32	92814-17	93263	
90670-71	91077	91401-13	91788-93	92096	92292	92543-46	92821-23	93268	