



Carpenters Health & Welfare Trust Fund for California

Comparación del Plan para jubilados

REFERENCIA RÁPIDA

Información necesaria:	Comuníquese con:
Elegibilidad, Beneficios, COBRA o Discapacidad	Oficina del Fondo: (510) 633-0333 o Línea telefónica gratuita: (888) 547-2054
Reclamaciones: Indemnity Medical Plan Beneficio de auxiliares auditivos 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 Prudent Buyer Plan (sólo para médicos)
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
Health Net	(800) 638-3889 www.healthnet.com
Dental Delta Dental (PPO) Departamento de Relaciones con los Clientes del PMI	(800) 765-6003 (800) 422-4234

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.

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Selección del Plan	Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que proporciona Beneficios prepagados médicos, de farmacia, de la vista y de auxiliares auditivos a los Participantes inscritos en este Plan con un pago garantizado de estos Beneficios. Los Participantes deben vivir dentro del Área de Servicio.	Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que proporciona Beneficios prepagados médicos, de farmacia y de la vista 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 de su propio bolsillo cubiertos anuales. 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.
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 se obtiene de Proveedores Participantes de Kaiser Permanente.	Los miembros seleccionan un Médico de Atención Primaria del grupo médico participante (PMG) en Health Net o de una asociación de práctica individual (IPA). El Médico de Atención Primaria administra la atención de rutina y preventiva del miembro y refiere a los pacientes a especialistas según sea necesario.	Los miembros pueden usar los servicios de los proveedores de su preferencia. Para recibir los Beneficios máximos, los miembros deben usar Proveedores Participantes/PPO.
Deducible anual	Ninguno	Ninguno	Año calendario - Por persona PPO: \$100 No PPO: \$200 Máximo - Por familia PPO: \$200 No PPO: \$400
Límites anuales de gastos de su propio bolsillo	Límite de copagos: Por persona - \$1,500 Por familia - \$3,000	Límite de copagos: Por persona - \$1,500 Por familia de 3 o más - \$4,500	Límites de gastos de su propio bolsillo Por persona - PPO: \$1,000 No PPO: \$2,000 Máximo por familia - PPO: \$2,000; No PPO: \$4,000

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Copagos	Se muestran por cada servicio	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: PPO al 90% de las tarifas de contrato, no PPO al 70% de los AR (acostumbrados y razonables) para todos los Beneficios, a menos que se indique otra cosa
Máximo de por vida del Plan	Ninguno	Ninguno	\$250,000, con restitución anual de hasta \$10,000
Servicios de Hospital	Sin cargo	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. Los Beneficios se reducen un 25% si no se obtiene la revisión de la utilización. PPO: pagado al 90%; No PPO: pagado al 70% de los AR; sin embargo, si no se pudo seleccionar el hospital usado debido a una emergencia, y se le admite de la sala de emergencia, el Beneficio es del 90% de los cargos AR
Sala de emergencia de un Hospital	\$50 por visita, se dispensa en caso de admisión en el hospital.	\$50 por visita, se dispensa en caso de admisión en el hospital.	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%; sin embargo, si no se pudo seleccionar el hospital usado debido a una emergencia, el Beneficio es del 90% de los cargos AR.
Visitas al consultorio del Médico	\$20 por visita	\$20 por visita	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Servicios quirúrgicos	Sin cargo para cirugía interna; \$20 por procedimiento de cirugía ambulatoria	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Rayos X y laboratorio	Sin cargo	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Maternidad	\$5 por visita de atención prenatal programada y la primera visita después del parto	Aplican copagos por las visitas al médico, hospital y cirugía.	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Beneficios de esterilización	Se requiere copago	Se requiere copago	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Ambulancia	Sin cargo	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 90%
ATENCIÓN PREVENTIVA			
Examen físico para adultos	\$20 por visita	\$20 por visita por una evaluación médica periódica cuando lo recomiende el Médico de Atención Primaria. Los exámenes físicos de rutina anuales no están cubiertos (por ejemplo: exámenes requeridos por un empleador o para admisión escolar).	Sólo para el jubilado y el Cónyuge, un examen en cada periodo de 12 meses. Los siguientes Beneficios están sujetos a los deducibles del Plan y se pagan al 90% en el caso de PPO o al 70% en el caso de no PPO: El examen físico para adultos está limitado a \$250 al año. Los límites de los gastos del 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) para Participantes de 50 años y más están cubiertos al 90% de las tarifas de contrato para PPO o al 70% del cargo AR para no PPO.
Atención del niño sano	\$5 por visita de 0 a 23 meses; \$20 por visita después de los dos años	\$20 por visita	Sin cobertura

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Examen femenino de rutina	\$20 por visita	\$20 por visita	Véase “Examen físico para adultos” más arriba. Mamogramas – PPO: pagado al 90% No PPO pagado al 70%.
Inmunización (hijos dependientes)	Sin cargo (adultos y niños)	Sin cargo	Sin cobertura
Pruebas y tratamiento de alergias	\$20 por visita para prueba; \$3.00 por visita para inyección	Pruebas de alergia - Sin cargo Inyecciones contra alergia - Sin cargo Suero contra alergia - Sin cobertura	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
SALUD MENTAL			
Pacientes Internos	Sin cargo, hasta 45 días por año calendario.	Sin cargo; limitado a 30 días por año calendario, combinado con el Beneficio por dependencia química y alcohol.	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Pacientes Externos	\$20 por visita individual, \$10 por visita de grupo. Limitado a 20 visitas por año.	\$30 por visita; limitado a 20 visitas por año, combinado con el Beneficio por dependencia química y alcohol.	Sin cobertura
Enfermedades Graves	Mentales	Los copagos por salud mental y los límites por visita/día mostrados arriba no aplican a Enfermedades Mentales Graves ni a Trastornos Emocionales Graves de un niño. Los servicios por estas afecciones tienen cobertura de la misma manera que una afección médica. Excepción: El copago por visita al consultorio de Health Net por afecciones graves es de \$15.	
TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA QUÍMICA Y DEL ALCOHOL			
Pacientes Internos	Sin cargo por rehabilitación residencial recetada, hasta 30 días por año calendario. \$100 por admisión por servicios de recuperación residencial de transición, hasta 60 días por año, sin exceder 120 días en cualesquiera 5 años calendario consecutivos.	Sin cargo; limitado a 30 días por año calendario, combinado con días de atención mental para pacientes internos.	Los Beneficios están limitados a dos tratamientos por persona. 100% por el primer tratamiento, 80% por el segundo tratamiento. Debe usar un proveedor PPO o no se pagarán Beneficios. Sujeto a deducibles. Los límites de los gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos del Plan.

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Pacientes Externos	\$20 por visita	\$30 por visita; limitado a 20 visitas por año, combinado con el Beneficio de salud mental.	Máximo de \$2,500 por el tratamiento recibido en una Instalación no Participante si no hay disponible un programa para Pacientes Externos en una Instalación Participante en el Área de Servicio del Proveedor Preferido. Incluido en los dos tratamientos máximos de arriba. Sujeto a deducibles. Los límites de los gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos.
OTROS SERVICIOS MÉDICOS			
Atención médica en el hogar	Sin cargo, hasta 100 visitas por año calendario	\$20 por visita; El copago comienza el 31.º día de servicio	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70% Limitado a 70 días por periodo de internación.
Instalaciones de Enfermería Especializada	Sin cargo; limitado a 100 días por periodo de Beneficio.	Sin cargo, limitado a 100 días por año calendario.	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Terapia a corto plazo (física, del habla, ocupacional)	\$20 por visita	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Quiropráctico	Autorreferencia; debe usar los proveedores de la red; \$10 por visita, hasta 30 visitas por año.	Autorreferencia; debe usar los proveedores de la red; \$10 por visita, hasta 20 visitas por año.	Pago máximo de \$25 por visita y 20 visitas por año calendario. Sujeto a deducibles. Los límites de los gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos del Plan. Beneficio sólo para el Participante y su Cónyuge.
Acupuntura	Disponibile con referencia	Comuníquese con el Departamento Well Choices de Health Net al 1(888)793-7746 para pedir una lista de los proveedores que ofrecen descuentos. (Éste no es un Beneficio.)	Pago máximo de \$35 por visita y 20 visitas por año calendario. Sujeto a deducibles. Los límites de los gastos de su propio bolsillo no aplican a los cargos que excedan los máximos del Plan.

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Podiatría	\$20 por visita	No cubierto	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%
Equipo Médico Duradero	Sin cargo	Sin cargo	Sujeto a deducibles y a límites de gastos anuales de su propio bolsillo. PPO: pagado al 90% No PPO: pagado al 70%

BENEFICIOS DE LA VISTA

Examen de la vista	\$20 por visita; debe usar los servicios de Kaiser Optical	\$20 por visita; debe usar los servicios de un Proveedor Participante.	Examen de la vista a través de Vision Service Signature Choice Plan cada 12 meses después de un copago de \$10 por el examen.
Anteojos y lentes de contacto	Se deben usar los servicios de Kaiser Optical. Asignación máxima de \$125 para anteojos o lentes de contacto. El Beneficio se renueva cada 24 meses.	Los anteojos y los armazones se proporcionan cada 24 meses hasta una asignación máxima de \$60 por armazones. Los lentes de contacto se proporcionan, en lugar de anteojos, cada 24 meses hasta una asignación máxima de \$100. Lentes de contacto visualmente necesarios: \$250 de asignación. Debe usar Proveedores Participantes.	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. 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, si los suministra un médico de VSP, y con un copago de \$10 por examen.

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
MEDICAMENTOS CON RECETA			
Farmacia minorista	<p>\$10 por medicamentos genéricos</p> <p>\$30 por medicamentos de marca del formulario</p> <p>Las recetas de proveedores fuera de Kaiser (excepto los dentistas) NO están cubiertas. Suministro máximo de 100 días</p>	<p>Solo farmacias minoristas participantes.</p> <p>\$10 por medicamentos genéricos</p> <p>\$35 por medicamentos de marca del formulario</p> <p>\$50 por medicamentos de marca fuera del formulario Las recetas de proveedores fuera de Health Net, incluso los dentistas, NO están cubiertas. Suministro de 30 días</p>	<p>Sólo farmacias participantes.</p> <p>Suministro de 30 días. \$10 por medicamentos genéricos del formulario</p> <p>\$10, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes</p> <p>\$40 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente.</p> <p>\$60 por medicamentos fuera del formulario. Ciertos medicamentos fuera del formulario no tienen cobertura sin autorización previa. Todos los Beneficios de medicamentos de venta con receta se limitan a un pago máximo de \$75,000 por persona elegible por año calendario.</p>
Pedidos por correo	<p>\$10 por medicamentos genéricos</p> <p>\$30 por medicamentos de marca del formulario</p> <p>Suministro máximo de 100 días</p> <p>Pedidos por correo sólo para reabastecer las recetas. Llame a la farmacia Kaiser de su localidad para solicitar más detalles o consulte el sitio Web de Kaiser en http://my.kp.org/ca/carpenterfunds/index.html Las recetas de proveedores fuera de Kaiser (excepto los dentistas) NO están cubiertas.</p>	<p>\$20 por medicamentos genéricos</p> <p>\$70 por medicamentos de marca del formulario</p> <p>\$100 por medicamentos fuera del formulario Suministro de 90 días Las recetas de proveedores fuera de Health Net, incluso los dentistas, NO están cubiertas.</p>	<p>\$20 por medicamentos genéricos del formulario</p> <p>\$20, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes</p> <p>\$80 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente</p> <p>\$100 por medicamentos fuera del formulario, ciertos medicamentos fuera del formulario no tiene cobertura sin autorización previa. Suministro de 90 días Todos los Beneficios de medicamentos de venta con receta se limitan a un pago máximo de \$75,000 por persona elegible por año calendario.</p>

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
AÚN NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICARE			
Exámenes de la audición y auxiliares auditivos	\$20 por visita; \$2,500 como máximo para cada auxiliar auditivo. Los auxiliares auditivos se proporcionan cada 36 meses.	\$20 por visita; Los auxiliares auditivos están cubiertos bajo Indemnity Plan.	Límites máximos de los Beneficios: 100%, hasta un máximo de \$800 por cada oído, inclusive el examen sólo si se obtiene uno o más auxiliares auditivos. Los auxiliares auditivos se proporcionan cada 3 años. (No está sujeto a deducibles ni a límites de gastos de su propio bolsillo.)
Áreas de cobertura	Véase en la página adjunta una lista de los códigos postales de las áreas cubiertas.	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(888) 547-2054 (en California) o al 1(800) 232-2527 (fuera de California) para verificar las instalaciones participantes.

BENEFICIO	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
MEDICARE COORDINATED		
Selección del Plan	Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que proporciona Beneficios prepagados médicos, de farmacia y de la vista a los Participantes inscritos en este Plan con pago garantizado de estos Beneficios. Red de proveedores limitada. Los Participantes deben vivir dentro del Área de Servicio.	Un plan de indemnización que proporciona Beneficios que suplementan a los de Medicare.
Selección de Médicos	Los miembros seleccionan un Médico de Atención Primaria del grupo médico participante (PMG) en Health Net o de una asociación de práctica individual (IPA). El Médico de Atención Primaria administra la atención de rutina y preventiva del miembro y refiere a los pacientes a especialistas según sea necesario.	Los miembros pueden usar los servicios de los proveedores de su preferencia.
Deducible anual	Ninguno	\$100 por persona
Máximo de por vida del Plan	Ninguno	Ninguno

BENEFICIO	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
MEDICARE COORDINATED		
Copagos	Se muestran por cada servicio	Beneficios de Hospital para Pacientes Internos: El Plan paga el deducible de la Parte A de Medicare por los primeros 60 días de cada periodo de Beneficios de Medicare. Beneficios médicos suplementarios por los servicios para los cuales la Parte B de Medicare proporciona Beneficios. Para servicios que no sean servicios hospitalarios o de instalaciones para Pacientes Externos: Después del deducible de \$100 del Plan, el Plan paga un 20% de los cargos acostumbrados y razonables cubiertos si el proveedor no acepta la asignación de Beneficios de Medicare; o un 20% de los cargos permitidos de Medicare si el proveedor acepta la asignación de Beneficios de Medicare. Por servicios hospitalarios o de instalaciones para pacientes externos: El Plan paga el resto del cargo permitido de Medicare después del pago de Medicare, sujeto al deducible de \$100 del Plan.
Servicios de Hospital	Sin cargo	
Sala de emergencia de un Hospital	\$50 por visita, se dispensa en caso de admisión en el hospital.	
Visitas al consultorio del Médico	\$20 por visita	
Servicios quirúrgicos	Sin cargo	
Rayos X y laboratorio	Sin cargo	
Ambulancia	Sin cargo	

ATENCIÓN PREVENTIVA

Examen físico para adultos	\$20 por visita por una evaluación médica periódica cuando lo recomienda el Médico de Atención Primaria. Los exámenes físicos de rutina anuales no están cubiertos (por ejemplo: exámenes requeridos por un empleador o para admisión escolar).	Vea Beneficios médicos suplementarios. Con cobertura si están cubiertos por Medicare.
----------------------------	---	---

SALUD MENTAL

Pacientes Internos	Sin cargo. Limitado a 30 días por año calendario, Beneficio combinado de salud mental y dependencia química y del alcohol. *	Vea Beneficios de Hospital para Pacientes Internos.
Pacientes Externos	\$30 por visita* Limitado a 20 visitas por año calendario. Beneficio combinado de salud mental y dependencia química y del alcohol.	Vea Beneficios médicos suplementarios; con cobertura si están cubiertos por Medicare.
Enfermedades Mentales Graves	*Los copagos por salud mental y los límites mostrados arriba no aplican a Enfermedades Mentales Graves ni a Trastornos Emocionales Graves de un niño. Los servicios por estas afecciones requieren los mismos copagos que una afección médica. Excepción: El copago por visita al consultorio de Health Net por afecciones graves es de \$15.	Vea Beneficios médicos suplementarios en la página anterior. Con cobertura si están cubiertos por Medicare.

BENEFICIO	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
MEDICARE COORDINATED		
TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA QUÍMICA Y DEL ALCOHOL		
Pacientes Internos	Sin cargo. Limitado a 30 días por año calendario, Beneficio combinado de salud mental y dependencia química y del alcohol.	Vea Beneficios de Hospital para Pacientes Internos.
Pacientes Externos	\$30 por visita. Limitado a 20 visitas por año calendario. Beneficio combinado de salud mental y dependencia química y del alcohol.	Vea Beneficios médicos suplementarios; con cobertura si están cubiertos por Medicare.
OTROS SERVICIOS MÉDICOS		
Atención médica en el hogar	\$20 por visita; El copago comienza el 31.º día de servicio	No se proporcionan Beneficios suplementarios por los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare (esto es, las primeras 100 visitas posteriores a una estadía calificada en un hospital o en una instalación de enfermería especializada). Consulte Beneficios médicos suplementarios en la página anterior para ver los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare.
Instalaciones de Enfermería Especializada	Sin cargo. Limitada a 100 días por año calendario	Vea Beneficios de Hospital para pacientes internos en la página anterior. El Plan paga el deducible de la Parte A de Medicare por los primeros 60 días de cada periodo de Beneficios de Medicare. No se proporcionan otros Beneficios suplementarios.
Quiropráctico	\$10 por visita Autorreferencia; limitado a 20 visitas por año. Debe usar proveedores de la red.	Vea Beneficios médicos suplementarios. Los Beneficios sólo se proporcionan al Participante y su Cónyuge.
Equipo Médico Duradero	Sin cargo	Vea Beneficios médicos suplementarios.
BENEFICIOS DE LA VISTA		
Examen de la vista	\$20 por visita	Examen de la vista a través de Vision Service Signature Choice Plan cada 12 meses después de un copago de \$10 por el examen.
Anteojos y lentes de contacto	Los anteojos y los armazones se proporcionan cada 24 meses hasta una asignación máxima de \$60 por armazones. Los lentes de contacto se proporcionan, en lugar de anteojos, cada 24 meses hasta una asignación máxima de \$100. Debe usar Proveedores Participantes. Asignación de \$250 para lentes de contacto Visualmente Necesarios.	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. 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, si los suministra un médico de VSP, y con un copago de \$10 por examen.

BENEFICIO	HEALTH NET	INDEMNITY PLAN
MEDICARE COORDINATED		
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Farmacia minorista	<p>Suministro de 30 días</p> <p>\$10 por medicamentos genéricos</p> <p>\$35 por medicamentos de marca del formulario</p> <p>\$50 por medicamentos de marca fuera del formulario</p> <p>Las recetas de proveedores fuera de Health Net, incluso los dentistas, NO están cubiertas.</p>	<p>Sólo farmacias participantes. Suministro de 30 días</p> <p>\$10 por medicamentos genéricos del formulario</p> <p>\$10, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes</p> <p>\$40 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente.</p> <p>\$60 por medicamentos fuera del formulario. Ciertos medicamentos fuera del formulario no tienen cobertura sin autorización previa. Todos los Beneficios de medicamentos de venta con receta se limitan a un pago máximo de \$75,000 por persona elegible por año calendario.</p>
Pedidos por correo	<p>Suministro de 90 días</p> <p>\$20 por medicamentos genéricos</p> <p>\$70 por medicamentos de marca del formulario</p> <p>\$100 por medicamentos de marca fuera del formulario</p> <p>Las recetas de proveedores fuera de Health Net, incluso los dentistas, NO están cubiertas.</p>	<p>Suministro de 90 días</p> <p>\$20 por medicamentos genéricos del formulario</p> <p>\$20, MÁS la diferencia en costo entre el medicamento genérico y el de marca para marcas de múltiples fuentes</p> <p>\$80 por medicamentos de marca del formulario de una sola fuente</p> <p>\$100 por medicamentos fuera del formulario, ciertos medicamentos fuera del formulario no tiene cobertura sin autorización previa. Todos los Beneficios de medicamentos de venta con receta se limitan a un pago máximo de \$75,000 por persona elegible por año calendario.</p>
Exámenes de la audición y auxiliares auditivos	\$20 por visita; Los auxiliares auditivos están cubiertos bajo Indemnity Plan.	100%, hasta un máximo de \$800 por cada oído, inclusive el examen sólo si se obtiene uno o más auxiliares auditivos. Los auxiliares auditivos se proporcionan cada 3 años. (No está sujeto a deducibles ni a límites de gastos de su propio bolsillo.)
Áreas de cobertura	Véase en la página adjunta una lista de los códigos postales de las áreas cubiertas.	Proveedores cubiertos por Medicare.
Dónde llamar para solicitar más información	1(800) 638-3889 www.healthnet.com	Oficina del Fondo de Fideicomiso 1(888) 547-2054 or 1(510) 633-0333 www.carpenterfunds.com

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET
MEDICARE SENIOR ADVANTAGE		
Selección del Plan	Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que proporciona Beneficios prepagados médicos, de farmacia, de la vista y de auxiliares auditivos a los Participantes inscritos en este Plan con un pago garantizado de estos Beneficios. Los Participantes deben vivir dentro del Área de Servicio.	Una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que proporciona Beneficios prepagados médicos, de farmacia y de la vista a los Participantes inscritos en este Plan con un pago garantizado de estos Beneficios. Los Participantes deben vivir dentro del Área de Servicio.
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 se obtiene de Proveedores Participantes de Kaiser Permanente.	Los miembros seleccionan un Médico de Atención Primaria del grupo médico participante (PMG) en Health Net o de una asociación de práctica individual (IPA). El Médico de Atención Primaria administra la atención de rutina y preventiva del miembro y refiere a los pacientes a especialistas según sea necesario.
Deducible anual	Ninguno	Ninguno
Copagos	Se muestran abajo por cada servicio	Se muestran abajo por cada servicio
Máximo de por vida del Plan	Ninguno	Ninguno
Servicios de Hospital	Sin cargo	Sin cargo para los Pacientes Internos; \$20 por visita por servicios ambulatorios
Sala de emergencia de un Hospital	\$50 por visita, se dispensa en caso de admisión en el hospital.	\$50 por visita, se dispensa en caso de admisión en el hospital. \$20 por visita al Centro de Atención Urgente
Visitas al consultorio del Médico	\$20 por visita	\$20 por visita
Servicios quirúrgicos	Sin cargo para los Pacientes Internos; \$20 por procedimiento de cirugía ambulatoria.	Sin cargo para los Pacientes Internos; \$20 por visita a un centro de cirugía ambulatoria o instalación hospitalaria para Pacientes Externos
Rayos X y laboratorio	Sin cargo	Sin cargo
Ambulancia	Sin cargo	Sin cargo
ATENCIÓN PREVENTIVA		
Examen físico para adultos	\$20 por visita	\$20 por visita
Pruebas y tratamiento de alergias	\$20 por visita para pruebas de alergia; \$3.00 por visita para inyección	Pruebas de alergia - Sin cargo Inyecciones contra alergia - Sin cargo Suero contra alergia - Sin cobertura
MENTAL HEALTH		
Pacientes Internos	Sin cargo, limitado a un máximo de por vida de 190 días según la cobertura de Medicare. Después de esto, hasta 45 días por año calendario	Sin cargo, limitado a un máximo de por vida de 190 días.
Pacientes Externos	\$20 por visita individual o \$10 por terapia de grupo.	\$20 por visita

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET
MEDICARE SENIOR ADVANTAGE		
TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA QUÍMICA Y DEL ALCOHOL		
Pacientes Internos	Sin cargo por tratamiento residencial recetada, limitada a 30 días por año calendario. \$100 por admisión por servicios de recuperación residencial de transición, hasta 60 días por año, sin exceder 120 días en cualesquiera 5 años consecutivos.	Sin cargo por el tratamiento residencial recetado.
Pacientes Externos	\$20 por visita individual; \$5 por visita para terapia de grupo	\$20 por visita
OTROS SERVICIOS MÉDICOS		
Atención médica en el hogar	Sin cargo	Sin cargo para las visitas cubiertas por Medicare
Instalaciones de Enfermería Especializada	Sin cargo Hasta 100 días por periodo de Beneficios	Sin cargo Hasta 100 días por periodo de Beneficios
Terapia a corto plazo (física, del habla, ocupacional)	\$20 por visita	Sin cargo
Quiropráctico	\$10 por visita, hasta 30 visitas por año cuando se usa un plan quiropráctico de American Specialty Health Plans, o \$20 por visita, por visitas cubiertas por Medicare.	\$10 por visita, hasta 20 visitas por año cuando se usa la Red de Quiroprácticos; o \$20 por cada visita cubierta por Medicare.
Acupuntura	Disponible con referencia	Comuníquese con el Departamento Well Choices de Health Net al 1(888)793-7746 para pedir una lista de los proveedores que ofrecen descuentos. (Éste no es un Beneficio.)
Equipo Médico Duradero	Sin cargo	Sin cargo
BENEFICIOS DE LA VISTA		
Examen de la vista	\$20 por visita; debe usar los servicios de Kaiser Optical	\$20 por visita
Anteojos y lentes de contacto	Se deben usar los servicios de Kaiser Optical. Asignación máxima de \$150 para anteojos o lentes de contacto. El Beneficio se renueva cada 24 meses.	Los anteojos y los armazones se proporcionan cada 24 meses hasta una asignación máxima de \$100 por armazones, los lentes sin cargo. Los lentes de contacto se proporcionan cada 24 meses hasta una asignación máxima de \$100. Debe usar Proveedores Participantes. Anteojos o lentes de contacto sin cargo después de cirugía de cataratas.

BENEFICIO	KAISER	HEALTH NET
MEDICARE SENIOR ADVANTAGE		
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Farmacia minorista	\$10 por medicamentos genéricos \$20 por medicamentos de marca del formulario Las recetas de proveedores fuera de Kaiser (excepto los dentistas) NO están cubiertas. Suministro máximo de 100 días	\$10 por medicamentos genéricos \$20 por medicamentos de marca del formulario \$35 por medicamentos de marca fuera del formulario Las recetas de proveedores fuera de Health Net, incluso los dentistas, NO están cubiertas. Suministro de 30 días
Pedidos por correo	\$10 por medicamentos genéricos \$20 por medicamentos de marca del formulario Suministro máximo de 100 días Pedidos por correo sólo para reabastecer las recetas. Llame a la farmacia Kaiser de su localidad para solicitar más detalles o consulte el sitio Web de Kaiser en http://my.kp.org/ca/carpenterfunds/index.html Las recetas de proveedores fuera de Kaiser (excepto los dentistas) NO están cubiertas.	\$10 por medicamentos genéricos \$20 por medicamentos de marca del formulario \$35 por medicamentos fuera del formulario Suministro de 90 días Las recetas de proveedores fuera de Health Net, incluso los dentistas, NO están cubiertas.
Exámenes de la audición y auxiliares auditivos	\$20 por visita; asignación de \$2,500 para cada auxiliar auditivo. Los auxiliares auditivos se proporcionan cada 36 meses.	\$20 por visita; Los auxiliares auditivos están cubiertos bajo Indemnity Plan.
Áreas de cobertura	Véase en la página adjunta una lista de los códigos postales de las áreas cubiertas.	Véase en la página adjunta una lista de los códigos postales de las áreas cubiertas.
Dónde llamar para solicitar más información	1(800) 464-4000 http://my.kp.org/ca/carpenterfunds/index.html	1(800) 638-3889 http://www.healthnet.com

**BENEFICIOS DENTALES PLANES VOLUNTARIOS
PARA JUBILADOS QUE DECIDEN COMPRAR COBERTURA**

	Sólo el jubilado	El jubilado y un dependiente	REl jubilado y más de un dependiente
Delta Dental PPO Grupo N.º 1533	\$37.00	\$66.00	\$110.00
DeltaCare/PMI (Plan dental HMO prepago- do) Grupo N.º 00907-0001	\$27.00	\$43.00	\$59.00

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 que NO se encuentra en una lista de medicamentos preferidos del formulario.
Medicamento fuera del formulario	A drug that is NOT on a list of preferred formulary drugs.
AR	Acostumbrado y razonable

Kaiser Zip Codes

90001-84	90895	91510	92081-85	92418	93040-44	93618	94232	95044	95425
90086-89	90899	91521-23	92090-93	92423	93060-66	93619	94234-37	95046	95430
90091	91001	91526	92096	92424	93093	93623-27	94239	95050-56	95431
90093-96	91003	91601-12	92101-24	92427	93094	93630	94240	95070	95433
90099	91006-12	91614-18	92126-40	92501-09	93099	93631	94244-50	95071	95436
90101-03	91016	91701	92142	92513-19	93203	93636-39	94252	95101	95439
90189	91017	91702	92143	92521	93205	93643-46	94254	95103	95441
90201	91020	91706	92145	92522	93206	93648-54	94256-59	95106	95442
90202	91021	91708-11	92147	92530-32	93215	93656	94261-63	95108-13	95444
90209-13	91023-25	91714-16	92149	92543-46	93216	93657	94267-69	95115-36	95446
90220-24	91030	91722-24	92150	92548	93220	93660	94271	95138-41	95448
90230-33	91031	91729-35	92152-55	92551-57	93222	93662	94273	95148	95450
90239-42	91040-43	91737	92158-79	92562-64	93224-26	93666-69	94274	95150-61	95452
90245	91046	91739-41	92182	92567	93230	93673	94277-80	95164	95462
90247-51	91066	91743-50	92184	92570-72	93232	93675	94282-91	95170	95465
90254	91077	91752	92186	92581-87	93238	93701-12	94293-99	95172	95471-73
90255	91101-10	91754-56	92187	92589-93	93240-43	93714-18	94301-06	95173	95476
90260-67	91114-18	91758	92190-99	92595		93720-30	94309	95190-94	95486
90270	91121	91759	92201-03	92596		93740-41	94401-04	95196	95487
90272	91123-26	91761-73	92210	92599		93744	94497	95201-13	95492
90274	91129	91775-76	92211	92602-07	93250-52	93745	94501-03	95215	95602-05
90275	91131	91778	92220	92609	93261	93747	94505-31	95219	95607-21
90277	91182	91780	92223	92610	93263	93750	94533-53	95220	95623-26
90278	91184	91784-86	92230	92612	93268	93755	94555-83	95227	95628
90280	91185	91788-93	92234-36	92614-20	93276	93760	94585-92	95230	95630
90290-96	91188	91795	92240	92623-30	93280	93761	94595-99	95231	95632-35
90301-13	91189	91797-99	92241	92637	93285	93764	94601-15	95234	95638-41
90397	91191	91801-04	92247	92646-63	93287	93765	94617-25	95236	95645
90398	91199	91841	92248	92672-79	93301-09	93771-80	94649	95237	95648
90401-11	91201-10	91896	92252-56	92683-85	93311-14	93784	94659-62	95240-42	95650-52
90501-10	91214	91899	92258	92688	93380-90	93786	94666	95253	95655
90601-10	91221	91901-03	92260-64	92690-94	93501	93790-94	94701-10	95258	95658-64
90612	91222	91908-17	92268	92697	93502	93844	94712	95267	95667-74
90620-24	91224-26	91921	92270	92698	93504	93888	94720	95269	95676-78
90630-33	91301-11	91931-33	92274-78	92701-12	93505	94002	94801-08	95296	95680-83
90637-40	91313	91935	92282	92725	93510	94005	94820	95297	95686-88
90650-52	91316	91941-47	92284-86	92728	93518	94010	94850	95304	95690-98
90659-62	91319-22	91950	92292	92735	93519	94011	94901	95307	95703
90670	91324-31	91951	92305	92780-82	93531	94013-28	94903	95313	95722
90671	91333-35	91962	92307	92799	93532	94030	94904	95316	95736
90680	91337	91963	92308	92801-09	93534-36	94035	94912-15	95319	95741
90701-03	91340-46	91976-80	92313-18	92811	93539	94037-44	94920	95320	95742
90706	91350-65	91987	92320-22	92812	93543	94060-66	94922-31	95323	95746
90707	91367	91990	92324-26	92814-17	93544	94070		95326	95747
90710-17	91371	92007-11	92329	92821-23	93550-53	94074	94933	95328-30	95757-59
90720	91372	92013	92331	92825	93560	94080	94937-42	95336	95762
90721	91376	92014	92333-37	92831-38	93561	94083	94945-57	95337	95763
90723	91377	92018-30	92339-41	92840-46	93563	94085-89	94960	95350-58	95765
90731-34	91380-88	92033	92344-46	92850	93581	94101-12	94963-66	95360	95776
90740	91390	92037-40	92350	92856	93584	94114-47	94970-79	95361	95798
90742-49	91392-96	92046	92352	92857	93586	94150-56	94998-99	95363	95799
90755	91399	92049	92354	92859-71	93590	94158-64	95002	95366-68	95811-38
90801-10	91401-13	92051	92357-59	92877-83	93591	94171-72	95008	95376-78	95840-43
90813-15	91416	92052	92369	92885-87	93599	94175	95009	95380-82	95851-53
90822	91423	92054-58	92371-78	92899	93601	94177	95011	95385-87	95860
90831-35	91426	92064	92382	93001-07	93602	94188	95013-15	95391	95864-67
90840	91436	92065	92385	93009-12	93604	94199	95020	95397	95887
90842	91470	92067-69	92386	93015	93606	94203-09	95021	95401-07	95894
90844-48	91482	92071	92391-95	93016	93607	94211	95026	95409	95899
90853	91495-97	92072	92397	93020-22	93609	94229	95030-33	95416	95903
90888	91499	92074	92399	93030-36	93611-14	94230	95035-38	95419	95961
	91501-08	92075	92401-08		93616		95042	95421	
		92078-79	92410-15						

11/2008

Kaiser Senior Advantage Service Areas - Northern California

Alameda, Napa, SF Counties and Greater Fresno Plan (*for persons who live in this plan's service area and have Medicare Parts A and B*). The service area for this plan includes Alameda and San Francisco Counties and portions of the following counties in the ZIP Codes listed:

- Fresno: 93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93741, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–80, 93784, 93786, 93790–94, 93844, 93888.
- Kings: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656.
- Madera: 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, 93720.
- Mariposa: 93601, 93623, 93653.
- Napa: 94503, 94508, 94515, 94558–59, 94562, 94567, 94573–74, 94576, 94581, 94589–90, 94599, 95476.
- Tulare: 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 93673.

Central Valley and SClara and Solano Counties Plan (*for persons who live in this plan's service area and have Medicare Parts A and B*). The service area for this plan includes San Joaquin, Solano, and Stanislaus Counties and portions of Santa Clara County in the following ZIP Codes: 94022–24, 94035, 94039–43, 94085–89, 94301–06, 94309, 94550, 95002, 95008–09, 95011, 95013–15, 95020–21, 95026, 95030–33, 95035–38, 95042, 95044, 95046, 95050–56, 95070–71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108–13, 95115–36, 95138–41, 95148, 95150–61, 95164, 95170, 95172–73, 95190–94, 95196.

Contra Costa County Plan (*for persons who live in this plan's service area and have Medicare Parts A and B*). The service area for this plan is Contra Costa County.

Greater Sacramento and Sonoma County Plan (*for persons who live in this plan's service area and have Medicare Parts A and B*). The service area for this plan includes Sacramento County and portions of the following counties in the ZIP Codes listed:

- Amador: 95640, 95669.
- El Dorado: 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95762.
- Placer: 95602–04, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95692, 95703, 95722, 95736, 95746–47, 95765.
- Sonoma: 94515, 94922–23, 94927–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87, 95492.
- Sutter: 95626, 95645, 95648, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692, 95837.
- Yolo: 95605, 95607, 95612, 95616–18, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776, 95798–99.
- Yuba: 95692, 95903, 95961.

Marin and San Mateo Counties Plan (*for persons who live in this plan's service area and have Medicare Parts A and B*). The service area for this plan is Marin and San Mateo Counties.

Kaiser Senior Advantage Service Areas - Southern California

Inland Empire and San Diego County Plan (*for persons who live in this plan's service area and have Medicare Parts A and B*). The service area for this plan includes portions of Riverside, San Bernardino, and San Diego Counties in the following ZIP Codes:

- Riverside: 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253, 92255, 92258, 92260-64, 92270, 92276, 92282, 92292, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501-09, 92513-19, 92521-22, 92530-32, 92543-46, 92548, 92551-57, 92562-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83.
- San Bernardino: 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758, 91761-64, 91766, 91784-86, 91792, 91798, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-26, 92329, 92331, 92333-37, 92339-41, 92344-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397, 92399, 92401-08, 92410-15, 92418, 92423-24, 92427, 92880.
- San Diego: 91901-03, 91908-17, 91921, 91931-33, 91935, 91941-47, 91950-51, 91962-63, 91976-80, 91987, 92007-11, 92013-14, 92018-27, 92029-30, 92033, 92037-40, 92046, 92049, 92051-52, 92054-58, 92064-65, 92067-69, 92071-72, 92074-75, 92078-79, 92081-85, 92090-93, 92096, 92101-24, 92126-40, 92142-43, 92145, 92147, 92149-50, 92152-55, 92158-79, 92182, 92184, 92186-87, 92190-99.

Kern County Plan (*for persons who live in this plan's service area and have Medicare Parts A and B*). The service area for this plan is portions of Kern County in the following ZIP Codes: 93203, 93205-06, 93215-16, 93220, 93222, 93224-26, 93238, 93240-41, 93243, 93250-52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380-90, 93501-02, 93504-05, 93518-19, 93531, 93536, 93560-61, 93581.

Los Angeles and Orange Counties Plan (*for persons who live in this plan's service area and have Medicare Parts A and B*). The service area for this plan includes Orange County and portions of Los Angeles County in the following ZIP Codes: 90001-84, 90086-89, 90091, 90093-96, 90101-03, 90189, 90201-02, 90209-13, 90220-24, 90230-32, 90239-42, 90245, 90247-51, 90254-55, 90260-67, 90270, 90272, 90274-75, 90277-78, 90280, 90290-96, 90301-13, 90397-98, 90401-11, 90501-10, 90601-10, 90623, 90630-31, 90637-40, 90650-52, 90659-62, 90670-71, 90701-03, 90706-07, 90710-17, 90723, 90731-34, 90744-49, 90755, 90801-10, 90813-15, 90822, 90831-35, 90840, 90842, 90844-48, 90853, 90888, 90895, 91001, 91003, 91006-12, 91016-17, 91020-21, 91023-25, 91030-31, 91040-43, 91046, 91066, 91077, 91101-10, 91114-18, 91121, 91123-26, 91129, 91131, 91182, 91184-85, 91188-89, 91191, 91199, 91201-10, 91214, 91221-22, 91224-26, 91301-11, 91313, 91316, 91321-22, 91324-31, 91333-35, 91337, 91340-46, 91350-57, 91361-65, 91367, 91371-72, 91376, 91380-81, 91383-88, 91390, 91392-96, 91399, 91401-13, 91416, 91423, 91426, 91436, 91470, 91482, 91495-97, 91499, 91501-08, 91510, 91521-23, 91601-12, 91614-18, 91702, 91706, 91709, 91711, 91714-16, 91722-24, 91731-35, 91740-41, 91744-50, 91754-56, 91759, 91765-73, 91775-76, 91778, 91780, 91788-93, 91795, 91801-04, 91896, 93243, 93510, 93532, 93534-36, 93539, 93543-44, 93550-53, 93560, 93563, 93584, 93586, 93590-91, 93599.

Ventura County Plan (*for persons who live in this plan's service area and have Medicare Parts A and B*). The service area for this plan is portions of Ventura County in the following ZIP Codes: 90265, 91304, 91307, 91311, 91319-20, 91358-62, 91377, 93001-07, 93009-12, 93015-16, 93020-22, 93030-36, 93040-44, 93060-66, 93093-94, 93099, 93252.

Health Net's Medicare HMO Service Area 2009

Alameda	Fresno Cont.	Los Angeles	Los Angeles Cont.	Los Angeles Cont.	Orange Cont.
94514	93648 - 93652	90001 - 90084	91040 - 91043	91744 - 91750	92861 - 92871
94550	93654	90086 - 90089	91046	91754 - 91756	92877
94557	93656 - 93657	90091	91066	91765 - 91773	92885 - 92887
94596	93660	90093 - 90096	91077	91775 - 91778	92899
94706 - 94708	93662	90099	91101 - 91110	91780	Placer
94501 - 94502	93664	90101 - 90103	91114 - 91118	91788 - 91793	95602 - 95604
94536 - 94546	93667 - 93668	90189	91121	91795	95631
94551 - 94552	93675	90201 - 90202	91123 - 91126	91797	95648
94555	93701 - 93712	90209 - 90213	91129	91799	95650
94560	93714 - 93730	90220 - 90224	91131	91801 - 91804	95658
94566	93740 - 93741	90230 - 90233	91182	91841	95661
94568	93744 - 93745	90239 - 90242	91184 - 91185	91896	95663
94577 - 94580	93747	90245	91188 - 91189	91899	95677 - 95678
94586 - 94588	93750	90247 - 90251	91191	93510	95681
94601 - 94615	93755	90254 - 90255	91199	93532	95701
94617 - 94627	93759 - 93762	90260 - 90267	91201 - 91210	93534 - 93536	95703
94643	93764 - 93765	90270	91214	93539	95713 - 95715
94649	93771 - 93780	90272	91221 - 91222	93543 - 93544	95717
94659 - 94662	93782	90274 - 90275	91224 - 91226	93550 - 93563	95722
94666	93784	90277 - 90278	91301 - 91311	93584	95736
94701 - 94705	93786	90280	91313	93586	95746 - 95747
94709 - 94710	93790 - 93844	90290 - 90296	91316	93590 - 93591	95765
94712	93888	90301 - 90313	91321 - 91322	93599	Riverside
94720	Kern	90397 - 90398	91324 - 91331	Orange	91752
Contra Costa	93203	90401 - 90411	91333 - 91335	90620 - 90622	92201 - 92203
94506 - 94507	93205 - 93206	90501 - 90510	91337	90624	92210 - 92211
94509	93215 - 93216	90601 - 90610	91340 - 91346	90632 - 90633	92220
94511	93238	90612	91350 - 91357	90639	92223
94513	93243	90623	91361 - 91362	90680	92225 - 92226
94516 - 94531	93220	90630 - 90631	91364 - 91365	90720 - 90721	92230
94547 - 94549	93222	90638	91367	90740	92234 - 92236
94553	93224 - 93226	90640	91371 - 91372	90742 - 90743	92239 - 92241
94556	93240 - 93241	90650 - 90652	91376	92602 - 92607	92247 - 92248
94561	93249 - 93251	90659 - 90662	91380 - 91388	92609 - 92610	92253 - 92255
94563 - 94565	93255	90670 - 90671	91390	92612	92258
94569 - 94570	93263	90701 - 90704	91392 - 91396	92614 - 92620	92260 - 92264
94572	93268	90706 - 90707	91399	92623 - 92630	92270
94575	93276	90710 - 90717	91401 - 91413	92637	92274 - 92276
94582 - 94583	93280	90723	91416	92646 - 92663	92282
94595	93283	90731 - 90734	91423	92672 - 92679	92292
94597 - 94598	93285	90744 - 90749	91426	92683 - 92685	92320
94800 - 94808	93287	90755	91436	92688	92324
94820	93301 - 93309	90801 - 90810	91470	92690 - 92694	92331
94850	93311 - 93314	90813 - 90815	91482	92697 - 92698	92501 - 92509
Fresno * NEW	93380 - 93390	90822	91495 - 91497	92701 - 92712	92513 - 92519
93245	93501 - 93502	90831 - 90835	91499	92725	92521 - 92522
93618	93504 - 93505	90840	91501 - 91508	92728	92530 - 92532
93620	93518 - 93519	90842	91510	92735	92536
93210	93523 - 93524	90844 - 90848	91521 - 91523	92780 - 92782	92539
93234	93528	90853	91526	92799	92543 - 92546
93242	93531	90888	91601 - 91612	92801 - 92809	92548 - 92549
93602	93554 - 93555	90895	91614 - 91618	92811 - 92812	92551 - 92557
93605 - 93613	93558	90899	91702	92814 - 92817	92561 - 92564
93616	93560	91001	91706	92821 - 92823	92567
93619	93561	91003	91709	92825	92570 - 92572
93621 - 93622	93581	91006 - 91012	91711	92831 - 92838	92581 - 92587
93624 - 93631	93596	91016 - 91017	91714 - 91716	92840 - 92846	92589 - 92593
93634		91020 - 91021	91722 - 91724	92850	92595 - 92596
93640 - 93642		91023 - 91025	91731 - 91735	92856 - 92857	92599
93646		91030 - 91031	91740 - 91741	92859	92860

Health Net's Commercial HMO Service Area 2009

Alameda	Fresno Cont.	Los Angeles Cont.	Madera Cont.	Orange Cont.	Riverside Cont.	San Bernardino Cont.
94082	93660	90280	93610	90742 - 90743	92383	92321 - 92322
94500 - 94502	93662	90290 - 90296	93614	92601 - 92610	92387 - 92388	92324 - 92327
94536 - 94546	93664	90300 - 90612	93636 - 93639	92612 - 92635	92390	92329
94550 - 94552	93667 - 93668	90637 - 90638	93643 - 93645	92637	92395 - 92396	92333 - 92337
94555	93675	90640	93653	92640 - 92670	92500 - 92523	92339 - 92342
94557	93700 - 93799	90650 - 90665	93669	92672 - 92681	92530 - 92532	92345 - 92347
94560	Kern	90670 - 90671	Marin	92683 - 92688	92536	92350
94566	93203	90701 - 90707	94900 - 94915	92690 - 92694	92539	92352
94568	93205 - 93206	90710 - 90717	94920	92697 - 92698	92543 - 92546	92354
94577 - 94580	93215 - 93217	90723	94924 - 94925	92700 - 92859	92548 - 92557	92356 - 92359
94586 - 94588	93220	90731 - 90734	94929 - 94930	92861 - 92876	92561 - 92564	92365
94600 - 94799	93222	90744 - 90899	94933 - 94934	92884 - 92899	92567	92368
Contra Costa	93224 - 93226	91001 - 91003	94937 - 94942	Placer	92570 - 92572	92369
94504	93238	91006 - 91007	94945 - 94950	95602 - 95604	92581 - 92589	92371 - 92378
94506 - 94507	93240 - 93241	91009 - 91012	94950	95631	92590 - 92593	92382
94509	93243	91016 - 91017	94956 - 94957	95648	92595 - 92596	92385 - 92386
94511	93249 - 93255	91020 - 91021	94960	95650	925860	92391 - 92394
94513 - 94514	93263	91023 - 91025	94963 - 94966	95658	92877 - 92883	92397 - 92427
94516 - 94531	93268	91030 - 91031	94969 - 94971	95661	Sacramento	93562
94547 - 94549	93276	91040 - 91043	94973 - 94974	95663	94203 - 94299	San Diego
94553	93280	91046	94976 - 94979	95668	95608 - 95611	91901 - 91903
94556	93283	91050 - 91051	Merced	95677 - 95678	95615	91905 - 91906
94561	93285	91066 - 91077	93620	95681	95621	91908 - 91917
94563 - 94570	93287 - 93288	91100 - 91299	93635	95701	95624	91921
94572	93300 - 93391	91301 - 91313	93661	95703 - 95704	95626	91931 - 91935
94575	93399	91316	93665	95713 - 95714	95628	91941 - 91948
94582 - 94583	93501 - 93505	91321 - 91337	95301	95717	95630	91950 - 91951
94593 - 94598	93516	91340 - 91346	95303	95722	95632	91962 - 91963
94800 - 94899	93518 - 93519	91350 - 91357	95312	95736	95638 - 95639	91976 - 91980
94881 - 94899	93523 - 93524	91364 - 91367	95315	95746 - 95747	95641	91990 - 91991
El Dorado	93527	91370 - 91372	95317	95765	95652	91994
95613 - 95614	93531	91375 - 91376	95322	96145	95655	92001 - 92014
95619	93560 - 93561	91380 - 91388	95324	Riverside	95660	92016 - 92075
95623	93581 - 93582	91390	95333	91718 - 91720	95662	92077 - 92086
95633 - 95636	93596	91392 - 91396	95339	91752	95670 - 95671	92088
95643	Kings	91399 - 91649	95340 - 95344	91760	95673	92090 - 92093
95651	93202	91651 - 91699	95348	92201 - 92203	95680	92100 - 92199
95664	93204	91702	95365	92210 - 92211	95683	San Francisco
95667	93212	91706	95369	92220	95690	94100 - 94199
95672	93230 - 93232	91711	95388	92223	95693	96202
95682	93239	91714 - 91716	Napa	92230	95700	96208 - 96210
95684	93245	91722 - 91724	94508	92234 - 92236	95741 - 95743	96212 - 96213
95709	93266	91731 - 91735	94515	92240 - 92241	95757 - 95759	96218
95726 - 95727	Los Angeles	91740 - 91741	94558 - 9459	92247 - 92248	95763	96220 - 96221
95762	90000 - 90102	91744 - 91750	94562	92253 - 92255	95800 - 95899	96224 - 96225
96157	90111	91754 - 91756	94567	92258	San Bernardino	96230 - 96231
Fresno	90118	91765 - 91778	94574	92260 - 92264	91701	96235 - 96236
93210	90141	91780	94576	92270	91708 - 91710	96239
93234	90172	91788 - 91793	94581	92274	91729 - 91730	96244 - 96245
93242	90174	91795	94599	92276	91737	96248
93602	90176 - 90177	91797	Nevada County	92282	91739	96251
93605 - 93609	90185	91799 - 91899	95712	92292	91743	96259
93611 - 93613	90200 - 90202	93510	95924	92302 - 92303	91758 - 91759	96261
93616	90209 - 90213	93532	95945 - 95946	92306	91761 - 91764	96263 - 96264
93619	90220 - 90224	93534 - 93539	95949	92320	91784 - 91786	96266
93621 - 93622	90230 - 90233	93543 - 93544	95959 - 95960	92330	91798	96270 - 96271
93624 - 93631	90239 - 90242	93550 - 93553	95975	92343 - 92344	92252	96274
93634	90245	93563	Orange	92348 - 92349	92256	96276 - 96277
93640 - 93642	90247 - 90251	93584 - 93586	90620 - 90624	92353	92268	96280
93646	90254 - 90255	93590 - 93591	90630 - 90633	92355	92277 - 92278	96282
93646	90260 - 90267	93599	90639	92360 - 92362	92284 - 92286	96286 - 96287
93648 - 93652	90270	Madera	90680	92367	92301	96290
93654	90272	93601	90720 - 90721	92370	92305	96292
93656 - 93657	90274 - 90278	93604	90740	92380 - 92381	92307 - 92318	96298

Rates Effective January 1, 2009

Non-Medicare Retiree	Retirement Effective Date	Health Net				Kaiser				Indemnity			
		Cost of Coverage	10 - 20 Years of Service	20 - 25 Years of Service	More than 25 Years of Service	Cost of Coverage	10 - 20 Years of Service	20 - 25 Years of Service	More than 25 Years of Service	Cost of Coverage	10 - 20 Years of Service	20 - 25 Years of Service	More than 25 Years of Service
Surviving Spouse Retiree Only	8/94 - 12/2008	\$939.57	\$940	\$940	\$940	\$821.36	\$822	\$822	\$822	\$689.63	\$690	\$690	\$690
	1/1/2009 or later		\$630	\$595	\$561		\$512	\$477	\$443		\$380	\$345	\$311
Retiree One Dependent													
Without Medicare	8/94 - 12/2008	\$1,879.13	\$1,084	\$995	\$907	\$1,642.72	\$1,028	\$960	\$891	\$1,368.65	\$753	\$685	\$616
	1/1/2009 or later		\$1,264	\$1,196	\$1,127		\$1,028	\$960	\$891		\$753	\$685	\$616
With Medicare	8/94 - 12/2008	\$1,228.39	\$710	\$652	\$594	\$1,521.36	\$954	\$891	\$828	\$930.95	\$513	\$466	\$419
	1/1/2009 or later		\$811	\$764	\$717		\$1,104	\$1,057	\$1,010		\$513	\$466	\$419
With Risk	8/94 - 12/2008	\$1,178.63	\$683	\$628	\$573	\$1,126.10	\$709	\$662	\$615	N/A	N/A	N/A	N/A
	1/1/2009 or later		\$761	\$714	\$667		\$709	\$662	\$615		N/A	N/A	N/A
Non-Medicare Retiree More than One Dependent													
No Dependent with Medicare	8/94 - 12/2008	\$2,723.40	\$1,571	\$1,443	\$1,314	\$2,324.24	\$1,544	\$1,457	\$1,370	\$1,583.53	\$871	\$792	\$713
	1/1/2009 or later		\$2,011	\$1,932	\$1,853		\$1,612	\$1,533	\$1,454		\$871	\$792	\$713
One Dependent With Medicare	8/94 - 12/2008	\$2,072.66	\$1,197	\$1,099	\$1,002	\$2,202.88	\$1,407	\$1,318	\$1,229	\$1,145.83	\$631	\$573	\$516
	1/1/2009 or later		\$1,558	\$1,500	\$1,443		\$1,689	\$1,631	\$1,574		\$631	\$573	\$516
One Dependent With Risk	8/94 - 12/2008	\$2,022.90	\$1,170	\$1,075	\$980	\$1,807.62	\$1,165	\$1,094	\$1,022	N/A	N/A	N/A	N/A
	1/1/2009 or later		\$1,509	\$1,451	\$1,394		\$1,293	\$1,235	\$1,178		N/A	N/A	N/A
More than One Dependent with Medicare	8/94 - 12/2008	\$1,514.93	\$876	\$805	\$734	\$2,219.90	\$1,361	\$1,266	\$1,170	\$1,123.43	\$618	\$562	\$506
	1/1/2009 or later		\$1,010	\$954	\$898		\$1,715	\$1,659	\$1,603		\$618	\$562	\$506
More than One Dependent	8/94 - 12/2008	\$1,415.41	\$823	\$757	\$691	\$1,429.38	\$879	\$818	\$757	N/A	N/A	N/A	N/A
	1/1/2009 or later		\$910	\$854	\$798		\$924	\$868	\$812		N/A	N/A	N/A

Rates Effective January 1, 2009

Medicare Retiree	Medicare Effective Date	Health Net		Kaiser		Indemnity	
		Cost of Coverage	Medicare Retiree Self Payment	Cost of Coverage	Medicare Retiree Self Payment	Cost of Coverage	Medicare Retiree Self Payment
Surviving Spouse		\$288.83	\$289	\$700.00	\$700	\$242.19	\$243
Retiree Only	Pre 1/1/2009	\$288.83	\$155	\$700.00	\$548	\$242.19	\$122
	Post 1/1/2009		\$169		\$580		\$122
Retiree Plus One Dependent		Health Net		Kaiser		Indemnity	
Without Medicare	Pre 1/1/2009	\$1,228.39	\$652	\$1,521.36	\$1,062	\$921.22	\$461
	Post 1/1/2009		\$769		\$1,062		\$461
With Medicare	Pre 1/1/2009	\$577.65	\$309	\$1,400.00	\$923	\$483.52	\$242
	Post 1/1/2009		\$337		\$1,159		\$242
With Risk	Pre 1/1/2009	\$527.89	\$285	\$1,004.74	\$700	N/A	N/A
	Post 1/1/2009		\$287		\$764		N/A
Retiree Plus More than One Dependent		Health Net		Kaiser		Indemnity	
No Dependent with Medicare	Pre 1/1/2009	\$2,072.66	\$1,098	\$2,202.88	\$1,489	\$1,136.10	\$569
	Post 1/1/2009		\$1,506		\$1,636		\$569
One Dependent With Medicare	Pre 1/1/2009	\$1,421.92	\$755	\$2,081.52	\$1,350	\$698.40	\$350
	Post 1/1/2009		\$1,074		\$1,734		\$350
One Dependent With Risk	Pre 1/1/2009	\$1,372.16	\$732	\$1,686.26	\$1,126	N/A	N/A
	Post 1/1/2009		\$1,024		\$1,338		N/A
More than One Dependent with	Pre 1/1/2009	\$864.19	\$461	\$2,098.54	\$1,298	\$676.00	\$338
	Post 1/1/2009		\$527		\$1,761		\$338
More than One Dependent with	Pre 1/1/2009	\$764.67	\$413	\$1,308.02	\$850	N/A	N/A
	Post 1/1/2009		\$427		\$971		N/A

Rates Effective January 1, 2009

Medicare Risk Retiree	Medicare Effective Date	Health Net		Kaiser		Indemnity	
		Cost of Coverage	Medicare Retiree Self Payment	Cost of Coverage	Medicare Retiree Self Payment	Cost of Coverage	Medicare Retiree Self Payment
Surviving Spouse		\$239.07	\$240	\$304.74	\$305	N/A	N/A N/A
Retiree Only	Pre 1/1/2009	\$239.07	\$119	\$304.74	\$153	N/A	
	Post 1/1/2009		\$119		\$185		
Retiree Plus One Dependent		Health Net		Kaiser		Indemnity	
Without Medicare	Pre 1/1/2009	\$1,178.63	\$628	\$1,126.10	\$666	N/A	
	Post 1/1/2009		\$719		\$666		
With Medicare	Pre 1/1/2009	\$527.89	\$285	\$1,004.74	\$528	N/A	
	Post 1/1/2009		\$287		\$764		
With Risk	Pre 1/1/2009	\$478.13	\$237	\$609.48	\$304	N/A	
	Post 1/1/2009		\$237		\$368		
Retiree Plus More than One Dependent		Health Net		Kaiser		Indemnity	
No Dependent with Medicare	Pre 1/1/2009	\$2,022.90	\$1,075	\$1,807.62	\$1,094	N/A	
	Post 1/1/2009		\$1,456		\$1,241		
One Dependent With Medicare	Pre 1/1/2009	\$1,372.16	\$732	\$1,686.26	\$955	N/A	
	Post 1/1/2009		\$1,024		\$1,338		
One Dependent With Risk	Pre 1/1/2009	\$1,322.40	\$708	\$1,291.00	\$731	N/A	
	Post 1/1/2009		\$974		\$943		
More than One Dependent with	Pre 1/1/2009	\$814.43	\$437	\$1,703.28	\$903	N/A	
	Post 1/1/2009		\$477		\$1,366		
More than One Dependent with Risk	Pre 1/1/2009	\$714.91	\$377	\$912.76	\$455	N/A	
	Post 1/1/2009		\$377		\$575		