

## **Las Estructuras Saludables Programa Promesa Enfoque en Salud**

Las Estructuras Saludables Promesa se basa en la idea de que cuando usted sabe más de su estado de salud y entiende los posibles riesgos para la salud, usted será capaz de mejorar o mantener su salud.

### **La Asociación Juntos Saludables**

Estamos todos juntos en esto.

**Cuando usted y su cónyuge, si lo hay, han leído y estado de acuerdo con la Promesa, al firmar y fechar el Formulario de elección Estructuras Saludables Promesa, usted se está comprometiendo a:**

1. Obtener una evaluación de salud biométrica gratuita antes **del 31 de diciembre**.
2. Mantener su información de contacto actualizada.
3. Proporcionar una dirección de correo electrónico y /o número de teléfono celular como una forma suplementaria para la Oficina del Fondo poder contactarlo con información general sobre el Programa Promesa y otros programas del Fondo Fideicomiso.
4. Llame a nuestra línea de enfermería de Anthem las 24 horas del día, los 7 días de la semana antes de recibir atención ambulatoria. La línea de enfermería está disponible en el 1-800-700-9184

**Una vez usted y su cónyuge han acordado la Promesa, acordamos:**

1. Proporcionarle un examen de salud biométrica gratuita.
2. Proporcionarle con los recursos para ayudarlo a entender lo que significan los resultados y que medidas tomar para mejorar su salud.
3. Inscribirle en el Plan de Premier con un deducible más bajo.

**Con los recursos y las herramientas adecuadas, usted puede entender mejor su estado de salud, conocer los posibles riesgos y tomar decisiones inteligentes sobre su estilo de vida y cuidado. Ese es el objetivo del Programa de Estructuras Saludables Promesa. Todos tenemos interés en estar sanos.**

### **Paso 1: Completar el Formulario de Elección Promesa**

Después de que usted y su cónyuge, hayan leído el formulario de Elección Promesa, si ambos están de acuerdo a llevar a cabo los compromisos señalados en el Programa Promesa, es necesario:

1. Completar el formulario de elección Estructuras Saludables Promesa.
2. Firmar y fechar el formulario.
3. Devuelva su formulario completado a la Oficina del Fondo a más tardar el **15 de diciembre**, en el sobre predirigido adjunto.

Usted y su cónyuge están haciendo un compromiso con su salud. El Programa Promesa es completamente voluntario y es su decisión participar en el mismo. Si usted no desea participar o

renovar su inscripción en el Programa Promesa, usted permanecerá o será inscrito en el Plan Básico, con el deducible anual más alto.

**Prometa pertenecer conectados:** Mantenerle informado con importantes mensajes de salud es parte de nuestro papel en el Programa Promesa. Por eso debemos tener su información de contacto actual y una forma adicional para comunicarse con usted y su cónyuge. Así que, como parte del Programa Promesa, le estamos pidiendo que proporcione una dirección de correo electrónico y/o número de teléfono celular que acepta mensajes de texto, de tenerlo.

**Mudándose? Nuevo número de teléfono? Nueva dirección de correo electrónico?** Como parte del Programa Promesa debe mantener la Oficina del Fondo actualizada con su información de contacto. Cada vez que surja un cambio en su dirección, número de teléfono, correo electrónico y/o número de teléfono celular, llame a la Oficina del Fondo al 1-888-245-5005, para solicitar el formulario en el que usted puede actualizar su información. **Si usted no mantiene su información de contacto actualizada, puede ser que usted pierda su inscripción en el Plan Premier.**

## **Paso 2: Cómo obtener una evaluación gratuita biométrica de salud**

Como parte del Programa Promesa, usted y su cónyuge deben obtener **una evaluación de salud biométrica gratuita, antes del 31 de diciembre.**

La evaluación ayudara a identificar los posibles factores de riesgo para la salud, que usted o su cónyuge puedan tener y que pueden conducir a una enfermedad crónica si no se detecta a tiempo. Conocer esta información y luego trabajar con su médico para mejorar su salud puede ayudarle a vivir una vida más sana y productiva.

### **Cómo programar una evaluación biométrica.**

A continuación se explica el proceso para programar un examen de salud biométrico. Nota: Debe ser elegible para los beneficios en el mes que programe y recibir su examen de salud biométrico. Para confirmar la elegibilidad, llame a la Oficina del Fondo Fiduciario al 1-888-245-5005. Si usted es miembro de Kaiser Permanente y desea cambiarse al Plan de Pago Directo, primero debe comunicarse con la Oficina del Fondo Fiduciario para completar el proceso de registro en línea de Quest, como se describe a continuación.

Usted puede coordinar su examen de salud biométrica a través de Quest Diagnostics@ Centro de Servicio al Paciente (PSC) o a través de su médico - véanse las **opciones 1 y 2** a continuación. Usted puede utilizar los resultados de detección de salud biométricos, obtenidos este año, si ya ha recibido previamente un examen.

**Opciones 1:** Para programar un Plan para exámenes de salud biométrica Wellness® con Quest Diagnostics llame al 1-855-623-9355 o visite el sitio [my.questforhealth.com](https://my.questforhealth.com). Puede mirar el video tutorial de como reistrarse en la siguiente pagina: <https://youtu.be/r8ZPsPyB-7A>

## **PROCESO DE REGISTRO:**

Visite la página <http://My.QuestForHealth.com>. Si ya se ha registrado anteriormente, y tiene su identificación de usuario, puede proseguir accedendo su información. Si está entrando por primera vez, para registrarse, debe entrar la frase: **CementMasons2025** en el encasillado de llave de registro (REGISTRATION KEY), luego oprima el botón de “Registrarse Ahora” (Register Now), el cual le llevará a la página de “Terminos y Condiciones” (Terms and Conditions). Luego de leer los terminos y condiciones, oprima “Aceptar y Continuar” (Accept and Continue), el cual le llevará a la página de “Confirmar Elegibilidad”(CoConfirm Eligibility), para crear su cuenta de usuario. Su ID individual es el número en su tarjeta de identificación de Anthem comenzando con HA, luego los siete dígitos, más la letra E o S, dependiendo de si usted es el albañil de cemento (E) o del cónyuge (S). Por ejemplo, utilizando la tarjeta de identificación mostrada a la derecha, tendría que escribir HA0001234E como su ID Individual; y el de su cónyuge, sería HA0001234S. A continuación, siga los pasos para registrar y programar su examen en un cercano Quest Diagnostics **PSC. Asegúrese de imprimir la página de confirmación cuando haya terminado y llévela con usted a su cita.**

**Opciones 2:** Obtenga un examen de salud biométrico de su médico. Tenga en cuenta que su médico puede cobrarle una tarifa si toma esta opción. Si elige esta opción, usted y su médico deben completar un Formulario de Resultados Médicos que se puede obtener e imprimir solo iniciando sesión en su cuenta de usuario con Quest, esto es por razones de seguridad, ya que el formulario tiene un código de barras con su UID. Primero, siga el PROCESO DE REGISTRO como se describe anteriormente. Después de iniciar sesión o registrarse, aparecerán varias pantallas. Haga clic en las siguientes pestañas a medida que aparecen: "Comenzar", "Participar ahora" y "Seleccionar" Formulario de resultados médicos. Complete su parte, luego lleve el formulario a su médico y pídale a su médico que llene su parte. El formulario completo debe ser devuelto por fax por su médico a Quest Diagnostics al número de fax que se muestra en el formulario o cargado a [my.questforhealth.com](http://my.questforhealth.com) antes **del 31 de diciembre.**

**Revise sus resultados.** Después de completar su evaluación, usted recibirá su perfil “Quest Diagnostics Blueprint for Wellness MyTest” de Quest Diagnostic, para compartir con su médico.

**Se compartirán mis resultados personales?** No. Quest Diagnostics notificará la Oficina del Fondo que ha completado con éxito un examen de salud biométrica. Su información de salud personal es confidencial y nunca será compartido con nadie que no sea usted. La Oficina del Fondo Fideicomiso sólo sabrá que usted y su cónyuge, obtuvieron una evaluación de salud biométrica, de modo que usted será elegible para el Plan Premier, con un deducible más bajo.

**Para prepararse para su selección.** Es importante que no coma ni beba nada, aparte de agua, durante 10 a 12 horas antes de su cita. Se obtienen los resultados de las pruebas de sangre más precisos cuando se está "en ayunas". Tome todos los medicamentos prescritos por su médico. La prueba de detección de salud biométrica toma sólo unos minutos. Cuando vaya a su cita, el profesional de la salud extraerá una pequeña muestra de sangre que se utilizará para medir: Glucosa (o el nivel de azúcar en la sangre) \* El colesterol (bueno, malo y total) \* Los triglicéridos (tipos de grasas en su sangre). El profesional de la salud también medirá su: Altura / Peso / Cintura / La presión arterial.

Y, por último, su profesional de la salud le preguntará acerca de su uso de la nicotina.

**Usted recibirá un informe confidencial detallado, después de su examen de salud biométrica.** El informe explicará sus resultados, los posibles riesgos de salud y sugerencias que puede tomar para mejorar su salud. Es una buena idea para hacer una cita con su médico de cabecera para revisar sus resultados. Su médico puede ayudarle a entender lo que significan sus resultados y le ayudará a planificar sus próximos pasos para mejorar su salud.

**Por qué exámenes de salud biométricos son importantes:**

<b>Si Conoce estos riesgos a tiempo:</b>	<b>Puede prevenir enfermedades de:</b>
presión arterial alta, colesterol alto, alto contenido de glucose, sobrepeso, fumar	Cancer, Diabetes, enfermedades del Corazón, enfermedades renales, accidente cerebrovascular/ derrame cerebral

**Identificando los posibles riesgos para la salud, a través de un examen de salud biométrico, y tratarlos a tiempo, le puede ayudar a sentirse mejor, vivir más tiempo y evitar que ciertas condiciones se conviertan más graves y, como resultado, más costosas de tratar.**

**Paso 3: Recibir o permanecer en el Deducible Bajo del Plan Premier**

**Esto es lo que hay que hacer para el Paso 3:** Asegúrese de obtener un examen de salud biométrica, de lo contrario serán inscritos en el Plan Básico, con un deducible mas alto, a partir **del 1 de Enero de 2025**. Cuando complete los pasos 1 y 2 de las Estructuras Saludables Promesa usted continuará o será inscrito en el Plan de Premier, con un deducible más bajo.

*Y si usted decide no obtener una evaluación de salud biométrica, usted y su familia, en su caso, se cambiará automáticamente al **Plan Básico, con un deducible más alto, para todo el año calendario 2025.***

**Inscripción Abierta:** Con el fin de permanecer inscrito en el Plan Premier, se le requerirá renovar su Promesa, completar un Formulario de Elección y obtener una examinación biométrica cada año en el mes de Octubre. Si usted decide no participar en el Programa de Promesa en este momento, usted tendrá la oportunidad de nuevo, durante el próximo período de inscripción abierta.

## Recursos Importantes

Recursos	Información de Contacto
<b>Fondo Fideicomiso de Salud de Bienstar de los Albañiles de Cemento para el Norte de California.</b>	1-707-864-3300 oa la línea gratuita 1-888-245-5005 De lunes a viernes de 8:00 AM a 5:00 PM Email: nccmenrollment@hsba.com
<b>Anthem 24/7 EnfermeraLínea</b>	1-855-754-7271
<b>Quest Diagnostics Blueprint for Wellness</b> Para programar una cita de evaluación de salud biométrica	1-855-623-9355 (1-855-6-BE-WELL) De Lunes a Viernes de 7:00 al 8:30 PM CST Sábado 7:30 AM a 4:00 PM CST Sitio web: my.questforhealth.com

## Formulario de Elección del Programa Promesa por Plan De Pago Directo

(Complete TODA la información requerida en este formulario y envíelo de vuelta antes del 15 de diciembre de 2024)

Nuestro registro indica que actualmente está inscrito en el Plan Básico con el deducible más alto o en el Plan Premier con el deducible más bajo y que debe renovar su participación en el Programa Promesa. Su oportunidad anual de participar en el Programa Promesa de Estructuras Saludables e inscribirse en el Plan Premier con un deducible más bajo para el próximo año calendario **enero-diciembre de 2025**. Si usted y su cónyuge elegible, si lo tiene, completan los requisitos del Programa Promesa, quedarán inscritos en el Plan Premier **a partir del 1 de enero de 2025**. Si decide no participar en el Programa Promesa, se le inscribirá en el Plan Básico con deducible más alto durante todo el **año 2025**. Esperamos que participe y se comprometa a tomar ciertas medidas para mejorar su salud, y tomar medidas adicionales según lo exija el Programa Promesa. Al participar, creemos que su decisión le ahorrará miles de dólares a usted y al Fondo Fiduciario.

### Compromisos del Programa Promesa de Estructuras Sanas

Para participar en el Programa Promesa, usted y su cónyuge se comprometen a realizar las siguientes acciones:

1. Yo, y mi cónyuge, completaremos un examen de salud biométrico gratuito antes **del 31 de diciembre de 2024**. Al hacerlo, autorizamos a la Oficina del Fondo Fiduciario a recibir una notificación de que completamos la evaluación. No se proporcionarán resultados individuales a la Oficina del Fondo Fiduciario.
2. Mantendré a la Oficina del Fondo Fiduciario actualizada en todo momento sobre mi información de contacto y la de mi cónyuge, incluyendo dirección postal, dirección de correo electrónico, números de teléfono particular y móvil, presentando el formulario necesario en el que puedo actualizar mis datos de contacto. Llamaré a la Oficina del Fondo Fiduciario al 1-888-245-5005 para solicitar el formulario necesario. Al hacerlo, entiendo que podrán mantenerme informado, a través de mensajes de texto, con información general sobre el Programa Promesa y cualquier otro programa del Fondo Fiduciario, si corresponde. Por favor, complete la **siguiente información**.

Información de Contacto del Participante	Información de Contacto del Cónyuge
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, Estado y Código Postal:	Ciudad, Estado y Código Postal:
Dirección de Correo Electrónico (si tiene):	Dirección de Correo Electrónico (si tiene):
Núm. Teléfono Particular:	Núm. Teléfono Particular:
Núm. Teléfono Móvil (que pueda recibir mensajes de texto, si tiene):	Núm. Teléfono Móvil (que pueda recibir mensajes de texto, si tiene):

Por favor lea y rellene el reverso

## Formulario de Elección de Promesa de Estructuras Saludables

**Si desea participar** en el Programa Promise e inscribirse en el Plan Premier con deducible más bajo, marque las casillas Sí a continuación y complete la información requerida:

- **Si Yo/Nosotros** acepta los términos del Programa y entiende que cuando cumpla con los requisitos, estará inscrito en el Plan Premier con un deducible de \$250.00 por persona y \$750.00 por familia a partir **del 1 de enero de 2025**.
- Hágase un examen de salud biométrico antes **del 31 de diciembre del 2024** de Quest Diagnostics o de su médico. Indique la fecha a continuación de su examen de salud biométrico DESPUÉS de haber completado el examen. NO devuelva este formulario hasta que haya completado un examen biométrico de salud. Por favor, lea los materiales adjuntos para obtener más información sobre cómo programar un examen de salud biométrico.
  - Sí**, he completado un control biométrico el (indicar fecha) \_\_\_\_\_
  - Sí** Mi cónyuge ha completado un examen biométrico de salud el (indicar fecha) \_\_\_\_\_
  - Sí**, entiendo que al firmar a continuación, acepto completar los Compromisos del Programa de Promesa de Estructuras Saludables como se describe y dentro de los plazos indicados anteriormente. **TANTO usted como su cónyuge DEBEN firmar y fechar este formulario; de lo contrario, se devolverá.**

Del participante SSN: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Si NO desea participar** en el Programa Promesa y estar inscrito en el Plan Básico con \$1,000.00 por persona y \$3,000.00 por familia deducible, no tiene que hacer nada y entiende que al no participar, su próxima oportunidad de participar en el Programa será a partir **del 1 de enero de 2025**.

**Devuelva este formulario a la Oficina del Fondo Fiduciario por correo en el sobre adjunto con su dirección a: Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de Cement Masons, 4160 Dublin Blvd Ste#400, Dublin Ca 94568**

Debe hacer una copia de este formulario para guardarlo en sus archivos. Comuníquese con la Oficina del Fondo Fiduciario al 1-888-245-5005 si tiene alguna pregunta sobre el Programa Promesa de Estructuras Saludables. Su Fondo Fiduciario salvaguarda la privacidad de la información de salud de identificación individual de todos los participantes, según lo exigen las regulaciones federales. Los sindicatos y los empleadores no pueden acceder a la información de salud individual de los miembros.