

Cement Masons Trust Funds for Northern California

4160 Dublin Blvd. Suite 100, Dublin, CA 94568

Telephone: (707) 864-3300 • TOLL FREE (888) 245-5005 • FAX (925) 833-7301

*** PAQUETE DE INSCRIPCIÓN ***

LA FECHA LÍMITE PARA ELEGIR EL CAMBIO DENTAL O INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA DE ESTRUCTURAS SALUDABLES ES EL 15 DE DICIEMBRE DE 2026.

LA ELECCIÓN QUE REALICE ESTARÁ VIGENTE DESDE EL 1 DE ENERO DE 2027 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2027.

Cuando se vuelve elegible por primera vez, se le inscribe automáticamente en el;

- Médico a través del Plan Básico de Pago Directo (Anthem Blue Cross)
- Dental a través del plan autofinanciado Delta Dental,
- Visión a través del Plan de Servicio de la Vista,
- Cobertura de medicamentos recetados a través de Optum Rx.



Adjunto está su "Paquete de Inscripción Abierta" que incluye la siguiente información:

- Formulario de inscripción
- Formulario de Matrícula Odontológica
- Hoja de comparación Odontológica
- Formulario de Elección del Programa de Promesa de Estructuras Saludables
- Aviso CHIP
- Aviso WHCRA-HIPPA

Disponible en el sitio web o bajo pedido:

<https://www.norcalcementmasons.org/healthplanddocuments/>

- El folleto de descripción resumida del plan está en línea
- Formulario de Resumen de Cobertura de Beneficios

ELECCIÓN DEL PROGRAMA DE PROMESA DE ESTRUCTURAS SALUDABLES



Cuando eliges inscribirte en el Programa de Promesas de Estructuras Saludables, pagas menos:

	Individual	Familia	Coaseguro
Deducible del Plan Básico	\$1,000	\$3,000	20%
Kaiser Deducible del Programa de Promesa	\$300	\$900	20%
Pago Directo Deducible del Programa de Promesa	\$250	\$750	15%

** La coaseguro para proveedores fuera de la red es del 50% para ambos planes

Si opta por inscribirse en el Programa de Promesa de Estructuras Saludables, debe completar los formularios que corresponden al Plan en el que está o desea estar inscrito y seguir las instrucciones.

Ejemplo: Si está inscribiéndose o ya está inscrito en el Plan de Pago Directo de Anthem, debe completar el paquete del Programa de Compromiso de Estructuras Saludables del Plan de Pago Directo.

 Puede optar por cambiar su Plan Médico en cualquier momento del año calendario, pero está **limitado a inscribirse en el Programa Promise durante el período de Inscripción Abierta.** Si decide cambiar su cobertura médica en este momento, **necesitará solicitar un nuevo Formulario de Elección del Programa Promise de Estructuras Saludables que corresponda con el Plan en el que se está inscribiendo,** en la Oficina del Fondo de Confianza.

AGREGANDO UN DEPENDIENTE

Debes completar la sección de Información del Dependiente en el formulario de inscripción adjunto.

Es Obligatorio Incluir:

- Todas las fechas de nacimiento y números de seguro social de los dependientes
- Si añade un cónyuge, requerimos una copia del certificado de matrimonio y
- Si añade hijo(s) dependiente(s), requerimos una copia de su certificado de nacimiento. (Los certificados de nacimiento emitidos por el hospital no son aceptables.)
- Si alguno de sus dependientes está cubierto por otro seguro, requerimos que complete el Cuestionario de Doble Cobertura.

 **SI NO PROPORCIONAS LA INFORMACIÓN REQUERIDA, TU SOLICITUD NO PODRÁ SER COMPLETADA.**

Por favor, complete su(s) formulario(s) de inscripción en su totalidad y devuelva los documentos requeridos dentro de los **30 días** para que podamos inscribirle a usted y a sus dependientes rápidamente.

Si tiene alguna pregunta o si no recibe sus tarjetas médicas, dentales o de recetas, por favor llame a la oficina del Fondo al número indicado arriba.

Departamento de Elegibilidad

SU RESPONSABILIDAD DE INSCRIPCIÓN

Es su responsabilidad mantener su información de inscripción actualizada, incluyendo agregar y eliminar Dependientes, como en el caso de un divorcio (eliminar) o el nacimiento de un hijo (agregar). Estos cambios deben hacerse por escrito.

La elegibilidad de los Dependientes no puede cambiarse por teléfono.

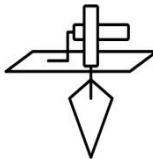


RECUERDA FIRMAR Y FECHAR CUALQUIER FORMULARIO ENVIADO.



PRECAUCIÓN

Si no elimina a su ex cónyuge, incluidos los hijastros, si corresponde, del Plan a partir de la fecha en que su divorcio sea final y el Fondo paga cualquier Reclamo por servicios en o después de esa fecha para su ex cónyuge o hijastros, usted será responsable de reembolsar al Fondo el monto de los beneficios pagados en nombre de esas personas no elegibles.



**CEMENT MASONS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND
FOR NORTHERN CALIFORNIA**

4160 Dublin Blvd, Suite 100, Dublin, CA 94568

Telephone: 707 864-3300 or Toll-Free at 888-245-5005

E-Mail Address: nccmenrollment@hsba.com

Website: www.norcalcementmasons.org

FUND OFFICE USE ONLY

EFF. DATE:

HCID: **HA**

ELIGIBILITY CODE/GROUP NO.:

FORMA DE SOLICITUD DE BENEFICIOS: PLANES ACTIVOS

INFORMACION DEL PARTICIPANTE (Por favor imprima claramente utilizando pluma de tinta)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	PRIMER NOMBRE	MEDIO	APELLIDO
DOMICILIO RESIDENCIAL (no Apartado Postal)		CIUDAD	ESTADO
		CODIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO	ÚNION LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO	
		MES	DÍA
		AÑO	
		GÉNERO	
		☐ MASCULINO	
		☐ FEMININO	
		ESTADO CIVIL	
		☐ SOLTERO/A	
		☐ CASADO/A	

OPCIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (Usted y sus dependientes deberán inscribirse en el mismo Plan de Beneficios)

☐ **PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS ALBAÑILES DE CEMENTO**

☐ **KAISER PERMANENTE** SI ES AHORA O FUE ANTES MIEMBRO DE KAISER, ESCRIBA SU NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO: _____

INFORMACION DE DEPENDIENTE (Haga una lista de todos los dependientes que va a inscribir. Use el reverso si necesita mas espacio)

RELACIÓN	GENERO	ESCRIBA EL PRIMER NOMBRE Y INICIAL 2º NOMBRE (Y APELLIDO SI ES DIFERENTE DEL PARTICIPANTE.)	FECHA DE NAC. MES / DÍA / AÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SI ES AHORA O FUE ANTES MIEMBRO DE KAISER ESCRIBA SU NUMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO
☐ CONYUGE ☐ COMPAÑERO DOMÉSTICO	☐ MASCU. ☐ FEMEN.				
NIÑO	☐ MASCU. ☐ FEMEN.				
NIÑO	☐ MASCU. ☐ FEMEN.				
NIÑO	☐ MASCU. ☐ FEMEN.				

Solicito la membresia al plan de salud. Certifico, bajo pena de perjurio, segun las leyes de California, que la informacion proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa al mejor de mi conocimiento.

FECHA: _____ FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN ARBITRATION AGREEMENT

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal para reclamaciones menores, las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelaciones de Medicare o a las regulaciones del procedimiento de reclamaciones de ERISA [Employee Retirement and Income Security Act, Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de los Empleados Retirados] y cualquier otra reclamación que no pueda someterse a arbitraje obligatorio según las leyes vigentes) toda disputa entre mi persona, mis herederos, familiares u otras partes asociadas, por un lado y, por otro lado, Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas contratados, por la supuesta violación de cualquier deber que se presente o esté relacionado con la membresía en KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica o del hospital (una reclamación que indica que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad civil de las instalaciones, o relativos a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje obligatorio, según la ley de California y no por medio de una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley vigente indique una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que el folleto Evidencia de Cobertura incluye todas las disposiciones del arbitraje.

FECHA

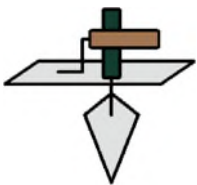
SE REQUIERE UNA FIRMA PARA EL PLAN DE KAISER PERMANENTE

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA DEL FONDO (Por favor no escriba en este espacio)

☐ NEW PARTICIPANT ☐ OPEN ENROLLMENT ☐ NEW DEPENDENT
☐ COBRA - DATE OF QUALIFYING EVENT _____

REMARKS:

DATE: _____ BY: _____



Cement Masons Health & Welfare Trust Fund for Northern California

4160 Dublin Blvd. Suite 100, Dublin, CA 94568

Telephone: (707) 864-3300 • TOLL FREE (888) 245-5005 • FAX (925) 833-7301

norcalcementmasons.org

Estimado Participante,

Se ha recibido información que indica que usted y/o sus dependientes pueden ser elegibles bajo otro plan de seguros. Para determinar el asegurador principal para sus beneficios, por favor responda las preguntas a continuación. **Todas las reclamaciones estarán pendientes de su respuesta a este cuestionario.** Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte su SPD de Salud y Bienestar (pág. 78). Por favor, devuelva este formulario lo antes posible.

Fecha de Hoy: _____

Nombre del miembro: _____ ID#: _____

¿Ha habido o hay otra cobertura para usted o sus dependientes aparte de la cobertura a través de No CA Cement Masons en los últimos 2 años?

☐ No ☐ Si (si es así, complete **CADA SECCIÓN** a continuación)

1. Suscriptor de otro seguro: _____

SSN (para el suscriptor anterior): _____ D.O.B: _____

Nombre del Empleador: _____

3. Nombre del Seguro **Médico**: _____ Policy/ID#: _____

Teléfono de seguros #: _____ Dirección del seguro: _____

Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de Terminación (si aplica): _____

Enumera a cada persona cubierta por el plan anterior y su relación con el titular:

(Nombre)

(Relación)

(Nombre)

(Relación)

(Nombre)

(Relación)

(Nombre)

(Relación)

(Nombre)

(Relación)

(Nombre)

(Relación)

***Si se necesita más espacio, use una página adicional.*

4. Tipo de Plan (elige uno para cada uno)

- a) El suscriptor es: ☐ Empleado Activo ☐ Jubilado ☐ COBRA ☐ Otros: _____
- b) El plan médico se proporciona a través de: ☐ Empleado ☐ Privado/Individual ☐ Estado/Federal
- c) El plan médico es un: ☐ HMO ☐ PPO ☐ Otros: _____

5. ¿Hay un documento legal que asigne la cobertura de atención primaria de salud? ☐ Si ☐ No

(Por favor, asegúrese de que nuestra oficina tenga una copia de estos documentos legales en el archivo.)

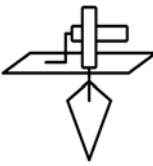
Si es así, ¿cuál es la relación de la parte con la responsabilidad decretada? _____

6. ¿Quién tiene la custodia del(de los) niño(s) dependiente(s)? _____

*** Por favor, incluya una copia del frente y el reverso de la tarjeta de seguro a la que se refiere la información anterior. ***

Entiendo que es ilegal, y un delito grave en algunos estados, que cualquier persona, con conocimiento y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente una solicitud de reclamación o una solicitud de inscripción que contenga información falsa, incompleta o engañosa. En algunos estados, cualquier persona declarada culpable de fraude de seguros está sujeta a multas, encarcelamiento y/o negación de beneficios de seguros.

Firma: _____ Fecha: _____



FONDO FIDUCIARIO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS ALBAÑILES DEL CEMENTO DEL NORTE DE CALIFORNIA

Bldv. Dublín 4160, Suite 100
Dublín, CA 94568
Teléfono: (707) 864-3300 o (888) 245-5005

Dirección de Correo Electrónico: nccmenrollment@hsba.com

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL FONDO

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR

HCID: HA

CÓDIGO DE ELEGIBILIDAD/NÚM. DE GRUPO:

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PLANES DENTALES PARA ACTIVOS Y RETIRADOS

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Imprima o escriba solo con tinta negra)

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NOMBRE: PRIMER	SEGUNDO	APELLIDO		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (no Apartado Postal)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NÚM. DE TELÉFONO ()	SINDICATO LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO		SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	ESTADO CIVIL ☐ SOLTERO ☐ CASADO

OPCIONES DE PLANES DENTALES

IMPORTANTE: Usted y sus Personas dependientes deben estar inscritos en el mismo Plan dental. Marque sólo una casilla.

- ☐ **Delta Dental.** Puede acudir a cualquier dentista, pero los gastos de su bolsillo serán menores si acude a un dentista participante de Delta Dental.
- ☐ **DeltaCare USA.** Debe seleccionar un Consultorio Dental del Directorio de Consultorios Dentales Participantes de Delta Care:
Nombre del Consultorio Dental: _____ Centro Nro.: _____
- ☐ **UnitedHealthcare Dental.** Debe seleccionar un dentista o grupo dental del Directorio de Proveedores Dentales de UnitedHealthcare:
Nombre del Dentista: _____ Nro. del Dentista: _____

INFORMACIÓN SOBRE LAS PERSONAS DEPENDIENTES (Enumere a todas las personas dependientes que reúnan los requisitos para ser inscritos. Utilice el reverso de la página si necesita más espacio).

NOMBRE E INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE (Y APELLIDO SI ES DIFERENTE AL DEL EMPLEADO)	FECHA DE NACIMIENTO D/M/A	RELACIÓN DE LA PERSONA A CARGO	USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL FONDO
1.		CÓNYUGE	
2.		☐ HIJO ☐ HIJA	☐ ESTUDIANTE
3.		☐ HIJO ☐ HIJA	☐ ESTUDIANTE
4.		☐ HIJO ☐ HIJA	☐ ESTUDIANTE
5.		☐ HIJO ☐ HIJA	☐ ESTUDIANTE

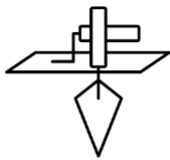
Entiendo que una vez que haya seleccionado un Plan, no podré cambiar a otro Plan hasta la próxima Afiliación Abierta. Acepto las prestaciones, deducciones, copagos, exclusiones y demás condiciones del contrato de grupo del Plan. Su solicitud no será aceptada sin su firma. Devuelva este formulario de afiliación a la Oficina del Fondo.

Importante: Si se inscribe en DeltaCare USA o UnitedHealthcare Dental, cualquier disputa que pueda surgir entre usted y el Plan Dental estará sujeta a arbitraje vinculante.

Fecha: _____ Firma del Participante: _____

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL FONDO (Por favor, no escriba en este espacio)

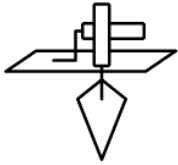
☐ NUEVO EMPLEADO	☐ INSCRIPCIÓN ABIERTA	OBSERVACIONES: FECHA: _____ POR: _____
☐ COBRA - FECHA DEL EVENTO CALIFICADOR _____		



CEMENT MASONS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND

COMPARACION DE PLANES DENTALES EFECTIVOS EN ENERO 1, 2026

Características del plan	Delta Dental of California		UnitedHealthcare Dental	DeltaCare USA
	Delta Dental Premier	Delta Dental PPO		
Tipo de Plan	Plan Tradicional de PAGO-POR-SERVICIO. Procedimientos dentales son pagados de acuerdo a la Tabla de Valores Máximos (TVM). Usted paga la diferencia entre la cantidad cubierta por el plan y la tarifa del dentista.	Plan PPO. Dentistas en el plan Delta Dental PPO negocian tarifas que son mucho más bajas que las del Plan Delta Dental Premier. Procedimientos son pagados de acuerdo a la Tabla de Valores Máximos(TVM). Usted paga la diferencia entre la tarifa del dentista y la cantidad cubierta por el plan.	Plan de tipo HMO pre-pagado. Pre-selección no es necesaria para un dentista de UnitedHealthcare, el cual provee todos los servicios incluyendo referidos a Especialistas.	Plan de tipo HMO pre-pagado. Usted selecciona un dentista de DeltaCare, el cual provee todos los servicios incluyendo referidos a Especialistas.
Area de Cobertura	Mas de 9,000 dentistas del Northern California Dental Premier. Para la lista de dentistas PPO en su area, llamar a Delta Dental al teléfono gratuito 1-888-335-8227. www.deltadentalins.com	Para la lista de dentistas PPO en su area, llamar a Delta Dental al teléfono gratuito 1-888-335-8227. www.deltadentalins.com (La Red es limitada).	Oficinas Dentales alrededor de todo el Norte de California. Llame al 1-800-999-3367 para encontrar un dentista en su área.	Oficinas Dentales alrededor de todo el Norte de California. Llame al 1-800-422-4234 para encontrar un dentista en su área.
Opción de Dentistas	Cualquier dentista. Aunque usted pagaría menos de su bolsillo cuando usa un dentista del Delta Dental Premier por que las tarifas ya han sido acordadas y el dentista no le puede facturar más de la cantidad estipulada.	Visite a un dentista Delta Dental PPO para tarifas más bajas pagadas de su bolsillo. Usted es libre de usar el dentista de su predilección, aunque el pago sería mas bajo si usa a un dentista Delta Dental Premier, y aún mucho más bajo si usa un dentista Delta Dental PPO.	Dentistas de UnitedHealthcare solamente. Todos los servicios y referidos deben ser realizados por un dentista de UnitedHealthcare. Beneficios no serán cubiertos si los servicios dentales son realizados por dentistas que no sean parte de UnitedHealthcare.	Dentistas de DeltaCare USA solamente. Todos los servicios y referidos deben ser realizados por un dentista de DeltaCare USA. Beneficios no serán cubiertos si los servicios dentales son realizados por dentistas que no sean parte de DeltaCare USA
Deducible Anual	\$0 por persona, \$0 por familia Servicios diagnósticos o preventivos no aplican al Deducible Anual.	\$100 por persona, \$300 por familia Servicios diagnósticos o preventivos no aplican al Deducible Anual.	Ninguno	Ninguno
Máximo Anual	\$2,000 por persona Beneficios preventivos o diagnósticos realizados por otros dentistas no aplican a la cantidad máxima anual.	\$2,000 por persona Beneficios preventivos o diagnósticos realizados por otros dentistas no aplican a la cantidad máxima anual.	No Hay Máximo	No Hay Máximo
Costos de Su Bolsillo	Beneficios diagnósticos o preventivos son cubiertos al 100% URA. Otros servicios adicionales son pagados de acuerdo a la TVM . Usted paga la diferencia entre la tarifa del dentista y la cantidad cubierta por el plan.	Beneficios diagnósticos o preventivos son cubiertos al 100% URA. Otros servicios adicionales son pagados de acuerdo a la TVM . Usted paga la diferencia entre la tarifa del dentista y la cantidad cubierta por el plan.	Co-pagos mínimos	Co-pagos mínimos
Beneficios de Ortodoncia	\$1,500, máximo de por vida, para empleados Activos y sus hijos dependientes, inscritos en el Programa Promesa del Fideicomiso.	No Está Cubierto	Tarifa inicial de \$350.00. Co-pago por el miembro de hasta \$1,500.00. Cobertura para el miembro, conyugue y niños dependientes comenzando a los 10 años.	Tarifa inicial de \$350.00. Cobertura para adultos es de hasta \$1,800.00 y para niños dependientes de hasta \$1,600.00.



Cement Masons Health & Welfare Trust Fund for Northern California

4160 Dublin Blvd. Suite 100, Dublin, CA 94568

Telephone: (707) 864-3300 • TOLL FREE (888) 245-5005 • FAX (925) 833-7301

norcalcementmasons.org

ANNUAL NOTICE: WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS ACT (WHCRA)

If you have had or are going to have a mastectomy, you may be entitled to certain benefits under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA). For individuals receiving mastectomy-related benefits, coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient, for:

- All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- Prostheses; and
- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema.

These benefits will be provided subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under this plan. Therefore, the deductibles and coinsurance apply. If you would like more information on WHCRA benefits, call your plan administrator.

WHERE TO FIND HIPAA PRIVACY NOTICE FOR YOUR GROUP HEALTH PLAN

The HIPAA Privacy Notice pertains to the following group health plan benefits sponsored by this Health and Welfare Trust Fund

- *The self-funded Medical, Dental and Vision Plans*
- *Other health benefits regulated by HIPAA that are self-funded or self-administered*
- *COBRA Administration*

To obtain a copy of this Fund's HIPAA Notice of Privacy Practices write or call the Customer Service Department at: 4160 Dublin Blvd Ste 100, Dublin, CA 94568, 1-888-245-5005.

HIPAA Privacy Notices that pertain to the insured medical benefits offered by this Trust Fund can be obtained by contacting Kaiser Foundation Health Plan at 1-800-464-4000 and Cement Masons Health & Welfare Trust Fund for Northern California at 1-888-245-5005.

Premium Assistance Under Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you're eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren't eligible for Medicaid or CHIP, you won't be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit www.healthcare.gov.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed below, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial **1-877-KIDS NOW** or www.insurekidsnow.gov to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren't already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at www.askebsa.dol.gov or call **1-866-444-EBSA (3272)**.

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of July 31, 2025. Contact your State for more information on eligibility –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: 678-564-1162, Press 2	Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfir/ Family and Social Services Administration Phone: 1-800-403-0864 Member Services Phone: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Medicaid Website: Iowa Medicaid Health & Human Services Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa Health & Human Services Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Health & Human Services (iowa.gov) HIPP Phone: 1-888-346-9562	Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kynect.ky.gov Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Website: www.medicicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Website: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Phone: 1-800-657-3672	Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HHSHIPPPProgram@mt.gov	Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900	Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 15218 Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP	NEW YORK – Medicaid
Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Phone: 1-800-356-1561 CHIP Premium Assistance Phone: 609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100	Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	OREGON – Medicaid and CHIP
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP
Website: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)	Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RItE Share Line)
SOUTH CAROLINA – Medicaid	SOUTH DAKOTA - Medicaid
Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid and CHIP
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Phone: 1-800-440-0493	Utah’s Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Website: https://medicaid.utah.gov/upp/ Email: upp@utah.gov Phone: 1-888-222-2542 Adult Expansion Website: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program Website: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP Website: https://chip.utah.gov/
VERMONT– Medicaid	VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427	Website: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid and CHIP	WYOMING – Medicaid
Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269

To see if any other states have added a premium assistance program since July 31, 2025, or for more information on special enrollment rights, contact either:

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

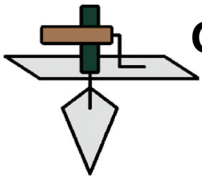
U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately seven minutes per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 or email ebsa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0137.

OMB Control Number 1210-0137 (expires 1/31/2026)



Cement Masons Trust Funds for Northern California

4160 Dublin Blvd. Suite 100 • Dublin, CA 94568

Telephone: (707) 864-3300 • TOLL FREE (888) 245-5005 • FAX (925) 833-7301

Para: Todos los participantes activos inscritos en el Plan de Pago Directo

Asunto: Inscripción o renovación de inscripción en el Plan Premier de Pago Directo

Fecha: julio de 2026

Estimado participante:

Nuestros registros indican que usted está actualmente inscrito en el Plan Básico del Plan de Pago Directo o en el Plan Premier y debe renovar su participación en el Programa Promise. Su oportunidad anual para participar en el Programa Promise e inscribirse en el Plan Premier para el próximo año del plan, que comienza el 1 de enero, inicia hoy y continúa hasta el 31 de diciembre de 2026. Si usted y su cónyuge elegible, si corresponde, completan los requisitos del Programa Promise, quedarán inscritos en el Plan Premier a partir del 1 de enero de 2027. Si decide no participar en el Programa Promise, quedará inscrito en el Plan Básico con deducible más alto durante todo el año calendario del 1 de enero al 31 de diciembre.

Tiene dos opciones:

- Plan Premier de Pago Directo – deducible más bajo (usted paga menos cuando necesita atención médica)
- Plan Básico de Pago Directo – deducible más alto (usted paga más cuando necesita atención médica)

☒ **Cómo obtener el Plan Básico**

Si desea permanecer en el Plan Básico o volver a este.

- No haga nada.

Si desea el Plan Premier para el 1 de enero de 2027, debe seguir los pasos a continuación entre hoy y el 31 de diciembre de 2026.

Cómo obtener el Plan Premier

Paso 1: Complete el Formulario Promise adjunto

- Lea el formulario cuidadosamente.
- Si está de acuerdo, fírmelo y coloque la fecha.
- Su cónyuge (si tiene uno) también debe firmar.
- Envíelo antes del 15 de diciembre de 2026

Paso 2: Hágase un chequeo de salud gratuito

- Usted y su cónyuge deben hacerse una evaluación de salud gratuita.
- Esto debe completarse antes del 31 de diciembre de 2026.

Paso 3: Permanezca en el programa y manténgase conectado

- **Inscripción abierta:** Para permanecer en el Plan Premier, debe renovar cada año, completar un Formulario Promise y hacerse una evaluación cada año. Si no se inscribe ahora, puede intentarlo nuevamente durante la próxima inscripción abierta.
- **Promesa de mantenerse conectado.** Queremos enviarle actualizaciones importantes. Comparta su dirección de correo electrónico actual o número de teléfono celular, si tiene uno.

Si completa todos los pasos:

- Estará inscrito en el Plan Premier (menor costo).

Si NO completa los pasos:

- Estará inscrito en el Plan Básico (mayor costo) durante todo el año.

¿Por qué hacerlo?

El programa le ayuda a:

- Mantenerse saludable
- Usar médicos y servicios de menor costo
- Ahorrar dinero para usted y para el Fondo Fiduciario

Esperamos que participe y se comprometa a tomar ciertas medidas para mejorar su salud y a cumplir los pasos adicionales requeridos por el Programa Promise. Al participar, creemos que su decisión le ahorrará a usted y al Fondo Fiduciario miles de dólares.

Importante: Tanto usted como su cónyuge elegible, si corresponde, deben aceptar juntos los requisitos, y cada uno debe completar y firmar el Formulario Promise y devolverlo para participar en el Programa Promise. Lea todos los materiales adjuntos para obtener más información sobre los compromisos del Programa Promise y lo que debe hacer para obtener el Plan Premier con deducible más bajo.



¿Cambió su dirección, número de teléfono o correo electrónico?

Informe de inmediato a la Oficina del Fondo Fiduciario. Si su información de contacto no está actualizada, podría perder su Plan Premier.



Llame a la Oficina del Fondo Fiduciario al **1-888-245-5005** si tiene alguna pregunta.

Atentamente,
Junta de Fideicomisarios

Instrucciones para inscribirse:

La Promesa de Healthy Structures: Una guía sencilla

La Promesa de Healthy Structures le ayuda a aprender sobre su salud. Cuando sabe más, puede tomar buenas decisiones y mantenerse saludable.

La Asociación Healthy Together significa que trabajamos juntos para ayudarle a mantenerse saludable.

Si usted y su cónyuge (si tiene uno) firman el Formulario de Promesa, aceptan hacer lo siguiente:

1. Hacerse un examen de salud **gratis** antes del **31 de diciembre de 2026**.
2. Mantener actualizada su información de contacto.
3. Compartir una dirección de correo electrónico o número de teléfono celular para que la Oficina del Fondo Fiduciario pueda enviarle actualizaciones.
4. Llamar a la Línea de Enfermería 24/7 de Anthem antes de recibir atención ambulatoria. NurseLine: 1-800-700-9184

Cuando usted y su cónyuge (si tiene uno) aceptan la Promesa, nosotros aceptamos ayudar de la siguiente manera:

1. Darle un examen biométrico de salud **gratis**.
2. Ayudarle a entender sus resultados y qué hacer después.
3. Colocarlo en el Plan Premier con deducible más bajo.

Este programa le da herramientas para aprender sobre su salud, entender los riesgos y tomar decisiones inteligentes.

Paso 1: *Complete el Formulario de Promesa*

Lea el Formulario de Promesa. Si usted y su cónyuge están de acuerdo, hagan lo siguiente:

1. Complete el formulario.
2. Fírmelo y póngale la fecha.
3. Envíelo por correo a la Oficina del Fondo Fiduciario antes del **15 de diciembre de 2026**.

Unirse al Programa de Promesa es su decisión. Si no se une, permanecerá en el Plan Básico, que tiene un deducible anual más alto.

Paso 2: *Hágase su examen de salud gratis*

Usted y su cónyuge deben hacerse un **examen biométrico de salud gratis antes del 31 de diciembre de 2026**.

Este examen puede detectar problemas de salud temprano. Luego usted y su médico pueden hacer un plan para ayudarle a mantenerse saludable.

Cómo hacer el Paso 2: Programe su examen biométrico de salud

- Debe ser elegible para beneficios cuando programe y reciba su examen biométrico de salud. Para verificarlo, llame a la Oficina del Fondo Fiduciario al 1-888-245-5005. Si tiene Kaiser Permanente y desea cambiarse al Plan de Pago Directo, llame primero a la Oficina del Fondo Fiduciario.
- Puede hacerse su examen biométrico de salud de una de dos maneras: en un Centro de Servicio para Pacientes de Quest Diagnostics o con su médico. Si ya se hizo un examen biométrico de salud este año, es posible que pueda usar esos resultados.

Opción 1: Use Quest Diagnostics. Llame al 1-855-623-9355 (855-6-BE-WELL) o vaya a my.questforhealth.com para programar su examen biométrico de salud.

Proceso de registro:

Vaya a **[My.QuestForHealth.com](https://my.questforhealth.com)**

Si se registró el año pasado, debe tener una cuenta y no necesita completar este paso; *simplemente inicie sesión.*

1. **Si es nuevo**, cree una cuenta. Use **CementMasons2026** como clave de registro y haga clic en Register Now. Luego lea los términos y condiciones.
2. **Haga clic en “Accept & Continue”** para ir a la página Confirm Eligibility y crear su cuenta.
3. Su Identificación Única (UID) está en su tarjeta de identificación de Anthem. Comienza con HA y tiene siete números. Agregue **E** si usted es el Miembro Cement Mason o **S** si es el cónyuge.
Ejemplo: HA0001234E o HA0001234S.
4. Guarde su información de inicio de sesión para usarla en el futuro.

Después de terminar, programe su examen biométrico de salud en una ubicación cercana de Quest e imprima su página de confirmación para llevarla a su cita.

Opción 2: Hágase un examen biométrico de salud con su médico. Su médico puede cobrar una tarifa. Debe iniciar sesión en Quest (my.questforhealth.com) para imprimir el Formulario de Resultados del Médico. Complete su parte, pida a su médico que complete el resto y asegúrese de que el formulario se envíe por fax o se cargue en my.questforhealth.com antes del **31 de diciembre de 2026**.

Prepárese para su examen biométrico de salud.

AYUNE: No coma ni beba nada excepto agua durante 10 a 12 horas antes de su cita. Siga tomando sus medicamentos a menos que su médico le indique que no lo haga. La prueba solo toma unos minutos. Pueden revisar su azúcar en la sangre, colesterol, triglicéridos, estatura, peso, cintura y presión arterial. También le preguntarán sobre el uso de nicotina.

Recibirá un informe de salud privado. Explicará sus resultados y lo que pueden significar. Es buena idea hablar sobre el informe con su médico.

Revise sus resultados. Después de su examen biométrico de salud, Quest Diagnostics le enviará un informe que puede compartir con su médico.

¿Alguien más verá mis resultados? No. Quest le informa a la Oficina del Fondo Fiduciario únicamente que usted completó el Paso 2. Su información personal de salud se mantiene privada.

Por qué son importantes los exámenes biométricos de salud

Detecte estos riesgos temprano	Ayude a prevenir problemas como
Presión arterial alta, colesterol alto, azúcar alta en la sangre, exceso de peso, fumar	Diabetes, enfermedad cardíaca, enfermedad renal, derrame cerebral, algunos tipos de cáncer

Detectar riesgos de salud temprano puede ayudarle a sentirse mejor, vivir más saludablemente y evitar problemas mayores más adelante.

Paso 3: Obtenga o mantenga el Plan Premier con deducible más bajo

Qué hacer para el Paso 3: Complete los Pasos 1 y 2. Si lo hace, permanecerá o será agregado al Plan Premier con deducible más bajo a partir del **1 de enero de 2027**.

*Si no se une al Programa de Promesa y completa los pasos, permanecerá en el **Plan Básico con deducible más alto durante todo el año calendario 2027**, y entiende que al no participar en el año calendario 2027, su próxima oportunidad de participar en el Programa de Promesa será efectiva el 1 de enero de 2028.*

Recursos importantes

A quién llamar	Cómo comunicarse con ellos
Oficina del Fondo Fiduciario	1-707-864-3300 o 1-888-245-5005 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Correo electrónico: nccmenrollment@hsba.com
Línea de Enfermería 24/7 de Anthem	1-800-700-9184
Quest Diagnostics Para programar un examen	1-855-623-9355 (1-855-6-BE-WELL) De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:30 p. m. CST Sábado, de 7:30 a. m. a 4:00 p. m. CST Sitio web: my.questforhealth.com

The Cement Masons Health and Welfare Trust Fund for Northern California

Formulario de Elección del Programa Promise para el Plan de Pago Directo

(Complete TODA la información requerida en este formulario y devuélvalo antes del 15 de diciembre de 2026.)

Al completar este formulario, elijo participar en el Programa Promise e inscribirme en el Plan Premier con deducible más bajo durante todo el año calendario 2027.

Información de Contacto del Participante

Nombre:	N.º de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		
Ciudad, estado y código postal:		
Correo electrónico (si tiene uno):		
N.º de teléfono de casa:		
N.º de teléfono celular (que pueda recibir mensajes de texto, si tiene uno):		

Información de Contacto del Cónyuge

Nombre:	N.º de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		
Ciudad, estado y código postal:		
Correo electrónico (si tiene uno):		
N.º de teléfono de casa:		
N.º de teléfono celular (que pueda recibir mensajes de texto, si tiene uno):		

☐ **Sí**, yo/nosotros acepto/aceptamos los términos del Programa y entiendo/entendemos que, cuando cumpla/cumplamos con los requisitos, seré/seremos inscrito(s) en el Plan Premier con un deducible de \$250.00 por persona y \$750.00 por familia, vigente a partir del 1 de enero de 2027.

Obtenga una evaluación biométrica de salud antes del **31 de diciembre de 2026** por medio de Quest Diagnostics o su médico. Indique abajo la fecha de su evaluación biométrica de salud **DESPUÉS** de haber completado la evaluación. **NO** devuelva este formulario hasta que haya completado una evaluación biométrica de salud. Lea los materiales adjuntos para obtener más información sobre cómo programar una evaluación biométrica de salud.

☐ **Sí**, he completado una evaluación biométrica el (indique la fecha)

☐ **Sí**, mi cónyuge ha completado una evaluación biométrica de salud el (indique la fecha)

☐ **Sí**, yo/nosotros entiendo/entendemos que al firmar abajo, acepto/aceptamos completar los Compromisos del Programa Healthy Structures Promise según se describen y dentro de los plazos indicados arriba. **TANTO usted como su cónyuge DEBEN firmar y fechar este formulario; de lo contrario, será devuelto.**

The Cement Masons Health and Welfare Trust Fund for Northern California

Al completar este formulario y firmar abajo, yo/nosotros acepto/aceptamos lo siguiente:

- Yo/nosotros completaré/completaremos una evaluación biométrica de salud gratuita antes del **31 de diciembre de 2026**. Al hacerlo, autorizamos a la Oficina del Fondo Fiduciario a recibir notificación de que completamos la evaluación. *No se proporcionarán resultados individuales a la Oficina del Fondo Fiduciario.*
- Yo/nosotros me comprometo/nos comprometemos a tomar ciertas medidas para mejorar mi/nuestra salud y a tomar pasos adicionales para usar los proveedores más rentables a través de la Línea de Enfermería 24/7, según lo requiere el Programa Promise.
- Yo mantendré informada en todo momento a la Oficina del Fondo Fiduciario sobre mi información de contacto y la de mi cónyuge, incluida la dirección postal, la dirección de correo electrónico y los números de teléfono de casa y celular, mediante la presentación del formulario necesario en el que pueda actualizar mi información 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 con información general sobre el Programa Promise y cualquier otro programa del Fondo Fiduciario por mensaje de texto, si corresponde.

Firma del participante

Fecha

Firma del cónyuge (si aplica)

Fecha

Si NO desea participar en el Programa Promise y desea estar inscrito en el Plan Básico con un deducible de \$1,000.00 por persona y \$3,000.00 por familia, no tiene que hacer nada y entiende que, al no participar, su próxima oportunidad para participar en el Programa será vigente a partir del 1 de enero de 2028.



Devuelva este formulario a la Oficina del Fondo Fiduciario por correo en el sobre adjunto con dirección preimpresa a:

Cement Masons Health and Welfare Trust Fund, 4160 Dublin Blvd Ste#100, Dublin Ca 94568

Debe hacer una copia de este formulario para conservarla en sus archivos. Comuníquese con la Oficina del Fondo Fiduciario al 1-888-245-5005 si tiene alguna pregunta sobre el Programa Healthy Structures Promise. Su Fondo Fiduciario protege la privacidad de toda la información de salud individualmente identificable de los participantes, según lo exigen las regulaciones federales. Los sindicatos y empleadores no pueden acceder a la información de salud individual de los miembros.

**SUMMARY ANNUAL REPORT FOR
CEMENT MASONS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR NORTHERN
CALIFORNIA**

This is a summary of the annual report of the Cement Masons Health and Welfare Trust Fund, EIN 94-1291152, Plan No. 501, for period September 1, 2024 through August 31, 2025. The annual report has been filed with the Employee Benefits Security Administration, as required under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

The Board of Trustees of Cement Masons Health and Welfare Trust Fund for Northern California has committed itself to pay certain medical, dental, vision, prescription drug, and accidental death and dismemberment benefit claims incurred under terms of the plan.

Insurance Information

The plan has contracts with Delta Dental of California, Kaiser Foundation Health Plan Inc, The Union Labor Life Insurance Company, Anthem Medicare Preferred (PPO) and United Healthcare Insurance Company to pay medical, dental, vision, and prescription drug claims incurred under the terms of the plan. The total premiums paid for the plan year ending August 31, 2025 were \$17,024,046.

Basic Financial Statement

The value of plan assets, after subtracting liabilities of the plan, was \$92,201,606 as of August 31, 2025, compared to \$84,880,281 as of September 1, 2024. During the plan year the plan experienced an increase in its net assets of \$7,321,325. This increase includes unrealized appreciation and depreciation in the value of plan assets; that is, the difference between the value of the plan's assets at the end of the year and the value of the assets at the beginning of the year or the cost of assets acquired during the year. During the plan year, the plan had total income of \$49,424,209, including employer contributions of \$42,954,842, employee contributions of \$2,203,871, realized gains of \$30,507 from the sale of assets, earnings from investments of \$4,123,768, and other income of \$111,221.

Plan expenses were \$42,102,884. These expenses included \$2,354,440 in administrative expenses, and \$39,748,444 in benefits paid to participants and beneficiaries.

Your Rights To Additional Information

You have the right to receive a copy of the full annual report, or any part thereof, on request. The items listed below are included in that report:

- An accountant's report;
- Financial information and information on payments to service providers;
- Assets held for investment;
- Transactions in excess of 5% of the plan assets; and
- Insurance information, including sales commissions paid by insurance carriers.

To obtain a copy of the full annual report, or any part thereof, write or call the office of Health Services & Benefit Administrators, Inc, who is the contractor administrator, at 4160 Dublin Blvd., Suite 100, Dublin, CA 94568, or by telephone at (925) 833-4335. The charge to cover copying costs will be \$10.00 for the full annual report, or \$0.25 per page for any part thereof.

You also have the right to receive from the plan administrator, on request and at no charge, a statement of the assets and liabilities of the plan and accompanying notes, or a statement of income and expenses of the plan and accompanying notes, or both. If you request a copy of the full annual report from the plan administrator, these two statements and accompanying notes will be included as part of that report. The charge to cover copying costs given above does not include a charge for the copying of these portions of the report because these portions are furnished without charge.

You also have the legally protected right to examine the annual report at the main office of the plan (Health Services & Benefit Administrators, Inc., at 4160 Dublin Blvd., Suite 100, Dublin, CA 94568) and at the U.S. Department of Labor in Washington, D.C., or to obtain a copy from the U.S. Department of Labor upon payment of copying costs. Requests to the Department should be addressed to: Public Disclosure Room, Room N-1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

SUMMARY ANNUAL REPORT FOR

CEMENT MASONS VACATION/HOLIDAY TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA

This is a summary of the annual report of the Cement Masons Vacation/Holiday Trust Fund for Northern California, EIN 94-6108055, Plan No. 501, for period September 1, 2024 through August 31, 2025. The annual report has been filed with the Employee Benefits Security Administration, as required under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

The Board of Trustees of Cement Masons Vacation/Holiday Trust Fund for Northern California has committed itself to pay certain vacation benefit claims incurred under terms of the plan.

Basic Financial Statement

The value of plan assets, after subtracting liabilities of the plan, was \$4,843,867 as of August 31, 2025, compared to \$4,796,424 as of September 1, 2024. During the plan year the plan experienced an increase in its net assets of \$47,443. This increase includes unrealized appreciation and depreciation in the value of plan assets; that is, the difference between the value of the plan's assets at the end of the year and the value of the assets at the beginning of the year or the cost of assets acquired during the year. During the plan year, the plan had total income of \$20,910,573, including employer contributions of \$20,901,372, and earnings from investments of \$9,201.

Plan expenses were \$20,863,130. These expenses included \$283,567 in administrative expenses, and \$20,579,563 in benefits paid to participants and beneficiaries.

Your Rights to Additional Information

You have the right to receive a copy of the full annual report, or any part thereof, on request. The items listed below are included in that report:

- An accountant's report;
- Financial information and information on payments to service providers.

To obtain a copy of the full annual report, or any part thereof, write or call the office of Health Services & Benefit Administrators, Inc., who is the contract administrator, at 4160 Dublin Blvd., Suite 100, Dublin, CA 94568, or by telephone at (925) 833-4335. The charge to cover copying costs will be \$3.75 for the full annual report, or \$0.25 per page for any part thereof.

You also have the right to receive from the plan administrator, on request and at no charge, a statement of the assets and liabilities of the plan and accompanying notes, or a statement of income and expenses of the plan and accompanying notes, or both. If you request a copy of the full annual report from the plan administrator, these two statements and accompanying notes will be included as part of that report. The charge to cover copying costs given above does not include a charge for the copying of these portions of the report because these portions are furnished without charge.

You also have the legally protected right to examine the annual report at the main office of the plan (Health Services & Benefit Administrators, Inc at 4160 Dublin Blvd., Suite 100, D, CA 94568) and at the U.S. Department of Labor in Washington, D.C., or to obtain a copy from the U.S. Department of Labor upon payment of copying costs. Requests to the Department should be addressed to: Public Disclosure Room, Room N-1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.