

2011 Benefit Changes For The Massachusetts Laborers' Health And Welfare Fund

As you know, after the intense debate regarding Federal Health Care Reform, the Affordable Care Act, or “ACA,” was enacted by Congress and signed into law by the President. As a result of ACA, new requirements will affect the Massachusetts Laborers’ Health and Welfare Fund in 2011. Other requirements will take effect at a later date.

After carefully reviewing the new law’s requirements and our current Plan of Benefits, the Trustees of the Massachusetts Laborers’ Health and Welfare Fund have adopted benefit changes that will be effective in 2011. The Board wants to continue to provide the best possible Plan of Benefits for our membership, as we understand the important role that the Fund plays in maintaining the health of our members and their families. After thoughtful consideration, the Trustees adopted the Plan changes described below for these reasons:



- To maintain the financial integrity and stability of the Health and Welfare Fund in these challenging economic times;
- To continue to promote and support the healthy lifestyles of our members and their families by offering wellness-related programs; and
- To comply with the requirements of Federal Health Care Reform (the Affordable Care Act), two of the new ACA requirements are benefit enhancements that will be effective as of July 1, 2011.

PLAN CHANGES EFFECTIVE AS OF JANUARY 1, 2011

Medical Plan Deductibles

- Currently, if members and dependents select a Primary Care Physician (PCP), their in-network annual medical plan deductibles are waived for the year. When this provision was initiated, its goal was to encourage our membership to select a PCP who would assist them in maintaining their good health by focusing on preventive care and by referring them to appropriate specialty care, as needed. At this time, approximately 75% of the Fund membership has selected a Primary Care Physician. We trust that members have received valuable advice from their PCPs since the provision’s inception, and that they will continue to benefit from their PCP relationships.

As of January 1, 2011, the waiver of the in-network annual medical plan deductible provision will no longer be offered. This means that the following annual deductibles will apply to all members and dependents as of January 1, 2011:

For details on Plan deductibles, please see page 13 of the 2008 Summary Plan Description.

| Plan A Annual Deductible | | Plan B Annual Deductible | |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| PPO Provider | Non-PPO Provider in PPO Area | PPO Provider | Non-PPO Provider in PPO Area |
| \$250 per individual | \$750 per individual | \$500 per individual | \$1,000 per Individual |
| \$500 per family | \$1,500 per family | \$1,000 per family | \$2,000 per family |

Medical Plan Co-payments

- Currently, a \$15.00 co-payment applies to office visits and other types of medical care. Any existing \$15.00 medical plan co-payment will increase to \$20.00 as of January 1, 2011.

New Smoking Cessation Program

- Recognizing smoking's impact on the health of Laborers and their dependents, the Board of Trustees has entered into a partnership with the Massachusetts Tobacco Control Program to provide Plan participants with a smoking cessation program. Beginning January 1, 2011, the program will provide free telephonic counseling and free nicotine replacement therapy (the patch). **Call 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669)**, for an initial screening, up to five free telephonic counseling sessions, and up to a free eight-week supply of the patch based on participation in counseling sessions. Please note that the patch is not available to anyone under 18 years of age.

This approach can help: government studies show that individuals can *double* the chances of quitting smoking by using an appropriate medication, and individuals can *triple* the chances of quitting by using an appropriate medication plus counseling.

New Coverage for Skin Reduction Surgery Following Significant Weight Loss

- As of January 1, 2011, coverage will be provided for a panniculectomy (skin reduction surgery following significant weight loss), provided that the member or dependent receives pre-authorization from Blue Cross Blue Shield of Massachusetts.

Coverage for Intrauterine Devices (IUDs)

- As of January 1, 2011, coverage will be provided for intrauterine devices (IUDs), a long-term form of birth control.

New Self-Pay Provision for Attaining Eligibility in the Context of Delinquent Employer Contributions

- As of January 1, 2011, members who do not attain Fund coverage for an Eligibility Period only due to delinquent employer contributions, may self-purchase the needed hours to attain coverage, provided sufficient documentation of hours worked is provided to the Fund, and (ii) members who are eligible for Plan B, but not eligible for Plan A, for an Eligibility Period only due to delinquent employer contributions, may self-purchase the hours necessary to be eligible for Plan A, provided sufficient documentation of hours worked is provided to the Fund.

Eligibility Rules for the Retiree Self-Pay Program

- Currently, one of the eligibility rules for the Retiree Self-Pay Medical Program requires a retiree to be receiving a pension from the Massachusetts Laborers' Pension Fund. As of January 1, 2011, to be eligible for the Retiree Self-Pay Medical Program, the retiree must be receiving a pension from the Massachusetts Laborers' Pension Fund or from the Laborers' International Union Industrial Pension Fund. All of the other eligibility rules for the Retiree Self-Pay Medical Program will be maintained.

FEDERAL HEALTH CARE REFORM CHANGES EFFECTIVE AS OF JULY 1, 2011

Federal Health Care Reform (the Affordable Care Act) has mandated extensive changes, two of which will be effective for our Plan as of July 1, 2011:

- **Fund coverage for dependent children will be extended to age 26.** To qualify for dependent coverage under the Plan, a child must: (1) meet the definition of "child" as the Fund will define in accordance with the Affordable Care Act; (2) be under age 26; and (3) must not have access to his or her own employment-based health coverage, including employment-based health coverage through the dependent's spouse, if any¹. Under these new rules, the child can be married and does not have to be financially dependent on the member for support to qualify for Plan coverage. Coverage will not be provided to the dependent's spouse or to the children of the dependent.
- As of July 1, 2011, **the Plan's \$1 million lifetime maximum for all covered expenses incurred by an individual in his or her lifetime will be eliminated.** This means that any individuals who were not eligible for or who lost coverage under the Plan due to this limit will be eligible for coverage as of July 1, 2011.

NEW ANNUAL LIMITS ON HEALTH BENEFITS EFFECTIVE JULY 1, 2011

- For the three Plan Years beginning July 1, 2011, the following *annual* limits on the dollar value of health benefits will apply:

NOTE: There will be a \$1 million annual limit for the Plan Year beginning July 1, 2011, a \$1.25 million annual limit for the Plan Year beginning July 1, 2012, and a \$2 million annual limit for the Plan Year beginning July 1, 2013. There will be no annual Plan limit for Plan Years beginning July 1, 2014, and thereafter.

¹Note that a dependent under age 26 does not actually have to be enrolled in the other coverage to be disqualified for coverage under this Plan. If the dependent is *eligible* for his/her own employment-based health coverage or employment-based health coverage through his/her spouse, if any, the dependent *does not qualify* for the Plan's health coverage.

REQUIRED NOTICES

The Affordable Care Act requires that we provide you with certain notices about the Plan. These notices are below. All changes or descriptions outlined in the notices are effective as of July 1, 2011.

EXTENDED ELIGIBILITY FOR DEPENDENT COVERAGE

Individuals whose coverage ended or who were denied coverage (or were not eligible for coverage), because the availability of dependent coverage of children ended before attainment of age 26 will be eligible to enroll in the Plan as of July 1, 2011. In Spring 2011, members will receive notice of a special 30-day open enrollment period, during which individuals may request enrollment for such children. For more information, please contact the Fund office at (781) 272-1000, or www.mlbf.org.

ELIMINATION OF THE PLAN'S LIFETIME BENEFIT DOLLAR LIMIT

The lifetime limit on the dollar value of benefits under the Massachusetts Laborers' Health and Welfare Plan (the "Plan") will no longer apply as of July 1, 2011. Individuals whose coverage ended by reason of reaching a lifetime limit under the Plan will be eligible to enroll in the Plan as of July 1, 2011. In Spring 2011, members will receive a notice to request enrollment, and affected members have 30 days to request enrollment in the Plan. For more information, please contact the Fund office at (781) 272-1000 or www.mlbf.org.



THIS PLAN IS "GRANDFATHERED" UNDER THE ACA

The Massachusetts Laborers' Health and Welfare Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act (the Affordable Care Act). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your Plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventive health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example, the elimination of lifetime limits on benefits.

Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the Fund Office (Tel. 781-272-1000) or www.mlbf.org. You may also contact the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor at 1-866-444-3272 or www.dol.gov/ebsa/healthreform. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

NOTE: This notice is intended as a Summary of Material Modifications (SMM) for the Massachusetts Laborers' Health and Welfare Plan, Plan Number 501, as required by the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA). It describes changes to the information presented in your Summary Plan Description (SPD) booklet, plan communications, and any previous SMMs.

MASSACHUSETTS LABORERS' HEALTH AND WELFARE FUND

14 NEW ENGLAND EXECUTIVE PARK • SUITE 200
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803-5201
TELEPHONE (781) 272-1000 • TOLL FREE (800) 342-3792 • FAX 781-238-0703

February 2011

IMPORTANT BENEFIT CHANGES

In an ongoing effort to provide the most comprehensive plan of benefits while maintaining financial integrity, the Board of Trustees of the Massachusetts Laborers' Health and Welfare Fund has made the following changes:

EFFECTIVE JANUARY 1, 2011

Genetic Testing: Will be general excluded from the Plan with the following limited exceptions: Genetic Testing will be covered if the genetic test(s) performed is a covered service under the medical policy guidelines of Blue Cross and blue Shield, and will be limited to a maximum of \$2,500.00 per covered member or eligible dependent per calendar year.

Intensive Out Patient Program (IOP): Has been increased from ten (10) days per calendar year to twenty (20) days per calendar year for both mental health and chemical dependency.

Adolescent Acute Residential Treatment Benefit: Has been increased from ten (10) days per calendar year to twenty (20) days per calendar year.

EFFECTIVE MARCH 1, 2011

Suboxone and Subutex: Will no longer be covered pharmaceuticals.

EFFECTIVE JULY 1, 2011

Definition of Eligible Children: "...children include the member's natural children, legally adopted children, children placed with the member for adoption, and children for whom the member has legal guardianship provided they are also the member's federal income tax dependent."

The Trustees of the Massachusetts Laborers' Health and Welfare Fund wish you and your family the best of health.

Sincerely,

Board of Trustees

Cambios Para los Beneficios del Fondo de Salud y Bienestar Para los Trabajadores de Massachusetts en el 2011

Como ustedes saben, después del intenso debate sobre la Reforma Federal de la Salud, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, conocida en inglés como Affordable Care Act (ACA), fue promulgada por el Congreso y se convirtió en ley por el Presidente. Como resultado de ACA, los nuevos requisitos afectarán el Plan de Salud y Bienestar de los Trabajadores de Massachusetts en el 2011. Otros requisitos estarán tomando efecto en fechas posteriores. Después de revisar cuidadosamente los requisitos de la nueva ley y de nuestro Plan de Beneficios actual, los administradores del Fondo de Salud y Bienestar de los Trabajadores de Massachusetts han adoptado cambios en los beneficios que se harán en efecto en el 2011. La Junta quiere continuar proveyendo el mejor Plan de Beneficios posible para nuestros participantes, como entendemos el papel importante que desempeña el Fondo en el mantenimiento de la salud de nuestros miembros y sus familias. Después de una consideración cuidadosa, la Administración aprobó los cambios del Plan y se describen a continuación por las siguientes razones:



- Para mantener la integridad financiera y la estabilidad del Fondo de Salud y Bienestar en estos tiempos difíciles en la economía.
- Para continuar, promover y apoyar los estilos de vida saludables de nuestros miembros y sus familias, ofreciendo programas relacionados con el bienestar, y
- Para cumplir con los requisitos de la Reforma Federal de Salud (la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio), dos de los nuevos requisitos de ACA en mejora de los beneficios tomaran efecto a partir del 1 de julio del 2011.

CAMBIOS AL PLAN ENTRARAN EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL 2011

Deducibles del Plan Médico

- Actualmente, si los miembros y familiar dependiente seleccionan un Médico de Cabecera también conocido como Primary Care Physician (PCP), el deducible del plan médico anual son exonerados por el año. Cuando este suministro se inició, su objetivo era animar a nuestros miembros de elegir un Médico de Cabecera (PCP) quien les ayude a mantener una buena salud, enfocándose en cuidado preventivo y referirlos al cuidado especial, cuando sea necesario. En este momento, aproximadamente el 75% de los miembros del Fondo han seleccionado un Médico de Cabecera (PCP). Confiamos en que nuestros miembros han recibido valiosos consejos de su Médico de Cabecera (PCP) desde que se han afiliado, y que continuarán beneficiándose de la relación

con su Médico de Cabecera (PCP). En 1 de enero del 2011, la exoneración del deducible del plan médico anual no se estará ofreciendo. Esto significa que los siguientes deducibles anuales se aplicaran a todos los miembros y familiares a partir del 1 de enero del 2011.

Para más detalles en los deducibles del Plan, por favor vea la página 13 del Resumen Descriptivo del Plan del 2008.

| Deducible Anual para el Plan A | | Deducible Anual para el Plan B | |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Proveedor PPO | Proveedor de No-PPO en Área PPO | Proveedor PPO | Proveedor de No-PPO en Área PPO |
| \$250 por individuo | \$750 por individuo | \$500 por individuo | \$1,000 por individuo |
| \$500 por familia | \$1,500 por familia | \$1,000 por familia | \$2,000 por familia |

Co-pagos del Plan Médico

- Actualmente, un co-pago de \$15 se aplica a las visitas médicas y otros tipos de asistencia médica. Cualquier co-pago actual de \$15 se incrementara a \$20 a partir del 1 de enero del 2011.

Nuevo Programa de Asistencia para Dejar de Fumar

- Reconociendo el impacto que tiene el cigarro en la salud de los Trabajadores y sus familias, la Junta de Administración se ha asociado con el Programa de Control de Tabaco de Massachusetts para proporcionar a los participantes del Plan con un programa para dejar de fumar. A partir del 1 de enero del 2011, el programa proporcionara un asesoramiento gratuito por teléfono y la terapia de reemplazo de nicotina (el parche). Llame 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) para una evaluación inicial, hasta cinco sesiones de consejería telefónica gratuita, y hasta un suministro gratuito de ocho semanas basada en la participación en las sesiones de consejería. Tenga en cuenta que el parche no está disponible para cualquier persona menor de 18 años de edad.

Este enfoque puede ayudar a: las investigaciones que el gobierno muestra que los individuos pueden duplicar las posibilidades de dejar de fumar mediante el uso de una medicación apropiada, y los individuos pueden triplicar las probabilidades de dejar de fumar mediante el uso de una medicación más la ayuda psicológica.

Nueva Cobertura para Cirugía de Reducción de la Piel después de una Pérdida Significante de Peso

- A partir del 1 de enero del 2011, se brindara cobertura para un paniculectomia (cirugía de reducción de la piel después de una pérdida significativa de peso), siempre que el miembro o familiar dependiente reciba la autorización previa de Blue Cross Blue Shield de Massachusetts.

La Cobertura de los Dispositivos Intrauterinos (IUDs)

- A partir del 1 de enero del 2011, la cobertura se proporcionara para los dispositivos intrauterinos (IUDs), una forma a largo plazo para el control de natalidad.

Nueva Provisión de Auto-Pago para Alcanzar la Elegibilidad en el Contexto de Contribuciones de Empleadores Delincuentes

- A partir de 1 de enero del 2011, los miembros que no hayan alcanzado la cobertura del Fondo en el Periodo de Elegibilidad únicamente por las contribuciones de empleadores delincuentes, pueden comprar las horas necesarias para obtener la cobertura, proveyendo la documentación necesaria de las horas trabajadas y proveérselas al Fondo y (ii) miembros que son elegibles para el Plan B, pero no son elegibles para el Plan A, por un periodo de elegibilidad únicamente por la contribución de empleadores delincuentes, pueden comprar las horas necesarias para ser elegible para el Plan A, presentando la suficiente documentación de las horas trabajadas al Fondo.

Normas de Elegibilidad para el Programa de Auto-Pago para los Jubilados

- Actualmente, una de las reglas de elegibilidad para el Programa Medico de Jubilación de Auto-Pago requiere que el jubilado reciba una pensión de parte del Fondo de Jubilación de los Trabajadores de Massachusetts. A partir del 1 de enero del 2011, para ser elegible para el Programa Medico de Auto-Pago, el jubilado debe estar recibiendo una pensión del Fondo de Jubilación de los Trabajadores de Massachusetts o del Fondo de Jubilación Industrial de la Unión Internacional de Trabajadores. Todas las demás reglas de elegibilidad para el Programa Medico de Jubilación de Auto-Pago se mantendrán igual.

CAMBIOS DE LA REFORMA FEDERAL DE SALUD ENTRA EN VIGENCIA A PARTIR DE 1 DE JULIO DEL 2011

La Reforma Federal de la Salud (la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio) ha ordenado grandes cambios, dos de los cuales entraran en vigor en nuestro Plan a partir del 1 de julio del 2011.

- **Cobertura del Fondo de hijos a su cargo se extenderá a la edad de 26 años.** Para calificar a la cobertura de dependientes del Plan, el niño (a) tiene que: (1) cumplir la definición de “niño o niña” como el Fondo lo definirá en acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio; (2) ser menor de 26 años, y (3) no debe tener acceso al seguro médico por parte de su trabajo, incluyendo seguro médico por parte del trabajo de su cónyuge, en su caso que el dependiente este casado. Bajo estas nuevas reglas, el niño (a) puede estar casado y no necesita depender financieramente del miembro para calificar para la cobertura del Plan. La cobertura no se le estará proveyendo al cónyuge del dependiente o a los niños (a) del dependiente.
- A partir del 1 de julio del 2011, **el Plan máximo de \$1 millón de por vida de todos los gastos cubiertos incurridos por el individuo de por vida serán eliminados.** Esto significa que los individuos que no eran elegibles para o que perdieron la cobertura del Plan debido a este límite serán elegibles para la cobertura a partir del 1 de julio del 2011.

NUEVO LÍMITE ANUAL PARA LOS BENEFICIOS DE SALUD ENTRARA EN VIGENCIA EL 1 DE JULIO DEL 2011

- Para los tres años del Plan a partir del 1 de julio del 2011, los siguientes limites anuales sobre el valor del dólar del beneficio de salud se aplicara:

NOTA: Habrá un límite de \$1 millón anual para el Plan del Año a partir del 1ero de julio del 2011, un límite de \$1.5 millones anuales para el Plan del Año a partir del 1 de julio del 2012, y un límite de \$2 millones anuales para el Plan del Año a partir del 1 de julio del 2013. No habrá un límite anual para el Plan del Año a partir del 1 de julio del 2014 en adelante.

Tenga en cuenta que un dependiente menor de 26 años en realidad no tiene que estar inscrito en la cobertura de otro seguro para ser descalificado para la cobertura de este Plan. Si el dependiente es elegible para su propio seguro médico de parte de su empleo, o es elegible para seguro médico por parte del empleo de su cónyuge, en su caso, el dependiente no puede calificar a la cobertura médica del Plan.

ANUNCIOS OBLIGATORIOS

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) requiere que pongamos a su disposición ciertas notificaciones sobre el Plan. Estas noticias están más abajo. Todos los cambios o descripciones que se indican en los anuncios entrarán en vigor a partir del 1 de julio del 2011.

Elegibilidad Extendida Para La Cobertura De Dependientes

Las personas cuya cobertura terminó o que se les negó la cobertura (o no eran elegibles para la cobertura), porque la disponibilidad de cobertura de los dependientes se terminó antes de alcanzar los 26 años serán elegibles para inscribirse en el Plan el 1 de julio del 2011. En la primavera del 2011, los miembros recibirán una notificación especial de 30 días para la inscripción abierta, durante los cuales los miembros pueden solicitar la inscripción de estos niños(a). Para mayor información, por favor contacte la Oficina del Fondo al (781) 272-1000, o www.mlb.org.

Eliminación Del Límite De Dinero De Por Vida Del Plan

El límite de dinero de por vida de los beneficios de acuerdo con Plan de Salud y Bienestar de los Trabajadores de Massachusetts (“El Plan”) ya no se aplicará a partir del 1 de julio del 2011. Las personas cuya cobertura terminó por la razón de llegar a un límite de por vida bajo el Plan será elegible para inscribirse en el Plan a partir del 1 de julio del 2011. En la primavera del 2011, los miembros recibirán una notificación para solicitar la inscripción, y los miembros afectados van a tener 30 días para solicitar la inscripción en el Plan. Para mayor información, por favor contacte la Oficina del Fondo al (781) 272-1000, o www.mlb.org.

Este Plan es de “Antigüedad” de Acuerdo con ACA

El Plan de Salud y Bienestar para los Trabajadores de Massachusetts es un “plan de salud de antigüedad” de acuerdo con la Protección del Paciente (Patient Protection) y la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Según lo permitido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, un plan de salud de antigüedad puede preservar cierta cobertura básica de salud que ya estaba en efecto cuando esa ley fue aprobada. Al ser parte de un plan de salud de antigüedad significa que su Plan no pueda incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio que aplica a otros planes, por ejemplo, el requisito para la prestación de servicios preventivos de salud sin

ningún tipo de participación en los gastos. Sin embargo, los planes de antigüedad deben cumplir con ciertas protecciones para el consumidor en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, por ejemplo, la eliminación de límites de vida en los beneficios. Preguntas relacionadas con las protecciones que se aplican y que protecciones no aplican a un plan de salud de antigüedad y que podría causar que un plan cambie de un estatus de plan de salud de antigüedad pueden dirigirse a la Oficina de Fondo (Tel. 781-272-1000) o www.mlb.org. También puede comunicarse a los Beneficios de los Empleados de Administración de Seguridad (Employee Benefits Security Administration), Departamento de Trabajo de Estados Unidos (U.S. Department of Labor) al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Esta página de Web tiene una lista que resume que protecciones aplican y no aplican a los planes de salud de antigüedad.



NOTA: Esta nota pretende ser un Resumen de las Modificaciones de Materiales (SMM) para el Plan de Salud y Bienestar para los Trabajadores de Massachusetts, Plan Número 501, como lo exige la Jubilación del Empleado de Seguridad de Ingresos (Employee Retirement Income Security Act) de 1974 (ERISA). En él se describen cambios de la información presentada en el folleto de Resumen de Descripción del Plan (SPD), el plan de comunicación, y cualquier SMMs anteriores.

MASSACHUSETTS LABORERS' HEALTH AND WELFARE FUND

14 NEW ENGLAND EXECUTIVE PARK • SUITE 200
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803-5201
TELEFONO (781) 272-1000 • GRATIS (800) 342-3792 • FAX 781-238-0703

Febrero 2011

CAMBIOS IMPORTANTES DE LOS BENEFICIOS

En un esfuerzo continuo para ofrecer el plan más completo de los beneficios y mantener la integridad financiera, la Junta Directiva de los Trabajadores de Massachusetts del Fondo de Salud y Bienestar ha realizado los siguientes cambios:

EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2011

Pruebas Genéticas: Generalmente serán excluidos del Plan con las excepciones siguientes: Pruebas Genéticas serán cubiertos si la prueba genética se realiza un servicio cubierto bajo las normas de la póliza medica de Blue Cross y Blue Shield, y se limitara a un máximo de \$2500.00 por miembro cubierto o dependientes elegibles por año calendario.

Programa Ambulatorio Intensivo (IOP): Se ha aumentado de diez (10) días por año calendario a veinte (20) días por año calendario para la salud mental y dependencia química.

Beneficios para Adolescentes del Tratamiento Agudo Residencial: Se ha aumentado de diez (10) días por año calendario a veinte (20) días por año calendario.

EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1 DE MARZO DE 2011

Suboxone y Subutex: son medicamentos que ya no estarán cubiertos.

EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2011

Definición de los niños elegibles: "... los niños son hijos naturales del afiliado, los hijos adoptados legalmente, los niños colocados con el miembro para su adopción, y los niños para los que el miembro tiene la tutela legal, siempre y cuando también el miembro declara que son sus dependientes en los impuestos federales."

La Junta Directiva de los Trabajadores de Massachusetts del Fondo de Salud y Bienestar le desean a usted y su familia lo mejor en salud.

Sinceramente,

La Junta Directiva

RAD/gdo