



CEMENT MASONS **BENEFITS BULLETIN**

Spring 2025



How do I add dependents to my health care coverage?

Adding family members is easy when following these steps

When a major life event occurs, like a marriage or birth, it's often time to add a new dependent to your health care coverage. It helps to be proactive — this does not happen automatically!

Taking the steps to add a new dependent will help ensure they receive coverage as soon as possible and avoid any unnecessary out-of-pocket costs. This is also the best time to inform the Benefit Office of any other insurance coverage your new dependent may have.

Adding a new spouse

Coverage for a spouse can be provided for any Eligible Active Participant upon full completion of the participant's Vital Information Enrollment Form, which will be kept on file at the Benefit Office. A certified copy of your marriage certificate must be included before coverage will be activated for your spouse. Any information regarding your spouse's other insurance coverage through their employer, if applicable, must also be provided.

Please see next page

Benefits Bulletin is the quarterly publication of the Cement Masons and Plasterers Health and Welfare and Pension Fund. Each issue will inform Fund participants about new developments and help them make the best use of their medical benefits.

For more information:

Call BeneSys at **(702) 415-2190**

Ask for the Cement Masons and Plasterers Customer Service Department.

This newsletter describes particular benefits and does not include all governing provisions, limitations and exclusions. Refer to the Summary Plan Description for governing information. The information in these articles is for general use only and should not be taken as medical advice. In an emergency, you are advised to call 9-1-1.

PRSR STD
US POSTAGE
PAID
SACRAMENTO, CA
PERMIT NO. 690

BeneSys Administrators
8311 W. Sunset Rd., Suite 250
Las Vegas, NV 89113
100% Union

Pre-diabetes: Can it be prevented?

Before people develop type 2 diabetes, they almost always have “pre-diabetes” — blood glucose levels that are higher than normal but not yet high enough to be diagnosed as diabetes.

Research has shown that some long-term damage to the body, especially the heart and circulatory system, may already be occurring during pre-diabetes. Without intervention, 30 to 40 percent of people with pre-diabetes are likely to develop type 2 diabetes within five years.



Common symptoms of pre-diabetes include excessive thirst, weight loss, fatigue and blurred vision.

Common risk factors

Obesity is a major risk factor for developing pre-diabetes. The risk can be lowered by losing 5 to 10 percent of your body weight, which would be 10 to 20 pounds for a person weighing 200 pounds.

Diabetes diagnoses spike in **middle age**. Studies point to an estimated 14 percent Americans aged 45 to 64 diagnosed with type 2 diabetes, which is more than five times the rate for people aged 18 to 44.

There's good news, however. Progression from pre-diabetes to type 2 diabetes isn't inevitable. With healthy lifestyle changes you may be able to bring your blood sugar level back to normal.

In addition to regular physical activity and maintaining a healthy weight, eat more whole grains, vegetables and fruit and eat less saturated and trans fats, sugary drinks and sodas, and salt and salty foods.

How to add dependents

Continued from previous page

Adding children

Only the Active Member's natural unmarried dependent children (up through age 26) and legally adopted children are eligible to be added to the member's coverage. A certified copy of each child's birth certificate is required before coverage will be activated. Any information regarding other insurance coverage for each dependent, if applicable, must also be provided.

- If the parents of the dependent child(ren) are divorced, a full copy of the divorce decree is required in addition to the child's certified birth certificate.
- If the parents of the dependent child(ren) were never married, an Order of Support or Affidavit of Parentage is required in addition to the child's birth certificate.

Adding stepchildren

Stepchildren are not automatically eligible dependents under the Plan. If you are 100% responsible for the stepchildren and their non-custodial parent has relinquished all legal claims and rights to said children, please forward the legal documents to the Benefit Office for review.

If this action has not been pursued by the dependent's custodial parent, the Fund cannot be responsible for their primary health care coverage. Active Members may, however, submit for review any legal documents from the dependent's custodial parent, such as a prior divorce decree or a paternity affidavit where the courts have specifically indicated who is to be responsible for their health care. If the courts have indicated the non-custodial parent must provide their health care coverage, this action by the courts will not be disputed.

BENEFIT REMINDERS

Save money: Use Urgent Care in non-emergency situations

The misuse of emergency rooms puts a drain on the Fund.

A trip to the ER costs significantly more than visiting an Urgent Care center or primary care provider. This is why a \$500 copay is charged for non-emergency visits to the ER.

In a life-threatening situation, you should always call 9-1-1 or visit an emergency room. However, if you feel your condition could be treated by your primary care provider or by an Urgent Care center, take advantage of those options to help keep our Fund healthy for the future.

To request a list of Urgent Care centers, please call (702) 415-2190.

MAP benefits available

The Membership Assistance Program (MAP) provides free, confidential and professional help for you and your family in times of crisis — all day and every day.

MAP is available to provide initial referrals assistance and other forms of assistance 24 hours a day, seven days a week. The program provides prior authorization for all inpatient admissions (including partial hospitalization) and residential treatment programs for mental health and substance use disorder. **Prior authorization is required through MAP.**

Face-to-face and telephone counseling are available. Participants also have access to online resources. There is no cost for you or your family for initial MAP services.

To arrange a confidential visit with a professional counselor, to request a phone consultation or to receive assistance with online resources, call (800) 280-3782.



CEMENT MASONS BENEFITS BULLETIN

Primavera 2025



¿Cómo agrego dependientes a mi cobertura de atención médica?

Agregando miembros de la familia es fácil si sigues estos pasos

Cuando ocurre un acontecimiento importante en la vida, como un matrimonio o un nacimiento, suele ser el momento de añadir un nuevo dependiente a tu cobertura médica. Es útil ser proactivo — ¡esto no sucede automáticamente!

Seguir los pasos para agregar a un nuevo dependiente le ayudará a garantizar que reciba cobertura lo antes posible y a evitar gastos innecesarios. Este también es el mejor momento para informar a la Oficina de Beneficios sobre cualquier otra cobertura de seguro que pueda tener su nuevo dependiente.

Agregar un nuevo cónyuge

Se puede proporcionar cobertura para un cónyuge a cualquier Participante Activo Elegible tras completar el Formulario de Inscripción de Información Vital del participante, que se guardará en la Oficina de Beneficios. Debe incluir una copia certificada de su certificado de matrimonio antes de que se active la cobertura para su cónyuge. También debe proporcionar cualquier información sobre la cobertura de seguro adicional de su cónyuge a través de su empleador, si corresponde.

Agregar niños

Solo los hijos dependientes solteros (hasta 26 años) y los hijos adoptados del Miembro Activo pueden ser incluidos en la cobertura. Se requiere una copia certificada del acta de nacimiento de cada hijo antes de activar la cobertura. También se debe proporcionar cualquier información sobre otras coberturas de seguro para cada dependiente, si corresponde.

- Si los padres del/de los hijo(s) dependiente(s) están divorciados, se requiere una copia completa del decreto de divorcio además del certificado de nacimiento certificado del niño.
- Si los padres del/de los hijo(s) dependiente(s) nunca se casaron, se requiere una orden de manutención o una declaración jurada de paternidad además del certificado de nacimiento del niño.

Continúa en la próxima página

Benefits Bulletin es una publicación trimestral del Fondo de Pensión, Asistencia Social y Jubilación de los Albañiles de Cemento y Yeso. Cada ejemplar informará a los participantes del fondo acerca de los nuevos desarrollos y los ayudará a utilizar, de la mejor manera, sus beneficios médicos.

Para más información:

Llame a BeneSys al **(702) 415-2190**

Pregunte por el Departamento de Servicios al Cliente de los Albañiles de Cemento y Yeso.

Este boletín informativo describe beneficios particulares y no incluye todas las provisiones reguladoras, limitaciones y exclusiones. Refiérase a la Descripción del Sumario del Plan para las provisiones reguladoras. La información de estos artículos es para uso general solamente y no debería ser tomado como un consejo médico. En una emergencia, a usted se le recomienda que llame al 9-1-1.

Pre-diabetes: ¿Se puede prevenir?

Antes de que las personas desarrollen diabetes tipo 2, casi siempre tienen “prediabetes,” es decir, niveles de glucosa en sangre más altos de lo normal, pero aún no lo suficientemente altos como para ser diagnosticados como diabetes.

Las investigaciones han demostrado que durante la prediabetes ya pueden estar produciéndose daños a largo plazo en el organismo, especialmente en el corazón y el sistema circulatorio. Sin intervención, entre el 30% y el 40% de las personas con prediabetes tienen probabilidades de desarrollar diabetes tipo 2 en un plazo de cinco años.

Los síntomas comunes de la prediabetes incluyen sed excesiva, pérdida de peso, fatiga y visión borrosa.

Factores de riesgo comunes

La obesidad es un factor de riesgo importante para desarrollar prediabetes. El riesgo se puede reducir perdiendo entre un 5% y un 10% del peso corporal, lo que equivale a entre 10 y 20 libras para una persona que pesa 200 libras.

Los diagnósticos de diabetes se disparan en **la mediana edad**. Estudios indican que aproximadamente el 14% de los estadounidenses de entre 45 y 64 años han sido diagnosticados con diabetes tipo 2, lo que representa una tasa cinco veces mayor que la de las personas de entre 18 y 44 años.

Sin embargo, hay buenas noticias. La progresión de la prediabetes a la diabetes tipo 2 no es inevitable. Con cambios saludables en el estilo de vida, es posible que pueda normalizar su nivel de azúcar en sangre.

Además de la actividad física regular y mantener un peso saludable, coma más cereales integrales, verduras y frutas y coma menos grasas saturadas y trans, bebidas azucaradas y refrescos, y sal y alimentos salados.



Cómo agregar dependientes

Continúa de la página anterior

Añadiendo hijastros

Los hijastros no son dependientes automáticamente elegibles bajo el Plan. Si usted es 100% responsable de los hijastros y el padre o madre sin custodia ha renunciado a todos los derechos legales sobre dichos hijos, envíe los documentos legales a la Oficina de Beneficios para su revisión.

Si el padre o madre con custodia del dependiente no ha interpuesto esta acción, el Fondo no es responsable de

su cobertura médica primaria. Sin embargo, los miembros activos pueden presentar para su revisión cualquier documento legal del padre o madre con custodia del dependiente, como una sentencia de divorcio previa o una declaración jurada de paternidad, donde los tribunales hayan indicado específicamente quién es responsable de su atención médica. Si los tribunales han indicado que el padre o madre sin custodia debe proporcionar su cobertura médica, esta acción judicial no será impugnada.

RECORDATORIO DE BENEFICIOS

Ahorre dinero: Utilice Atención de Urgencia en situaciones que no son de emergencia

El mal uso de las salas de emergencia supone una pérdida para el Fondo.

Una visita a las Salas de Emergencia cuesta mucho más que una visita a un Centro de Urgencias o a un médico de cabecera. Por eso, se cobra un copago de \$500 por visitas a las Salas de Emergencia que no sean de emergencia.

En una situación que ponga en peligro su vida, siempre debe llamar al 9-1-1 o acudir a las Salas de Emergencia. Sin embargo, si cree que su médico de cabecera o un Centro de Urgencias podrían tratar su afección, aproveche estas opciones para ayudar a mantener nuestro Fondo saludable en el futuro.

Para solicitar una lista de Centros de Urgencia, llame al (702) 415-2190.

Beneficios de MAP disponibles

El Programa de Asistencia para Membresías (MAP) brinda ayuda gratuita, confidencial y profesional para usted y su familia en momentos de crisis, todos los días y las 24 horas.

MAP está disponible para brindar asistencia con derivaciones iniciales y otros tipos de asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El programa proporciona autorización previa para todos los ingresos hospitalarios (incluida la hospitalización parcial) y programas de tratamiento residencial para la salud mental y el abuso de sustancias. **Se requiere autorización previa a través de MAP.**

Se ofrece asesoramiento en persona y telefónico. Los participantes también tienen acceso a recursos en línea. Los servicios iniciales de MAP son gratuitos para usted y su familia.

Para programar una visita confidencial con un consejero profesional, solicitar una consulta telefónica o recibir ayuda con recursos en línea, llame al (800) 280-3782.