



Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en www.local99healthandwelfarefund.org o llamando al 973-735-6464.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|--|---|--|
| ¿Qué es el deducible general? | \$0 dentro de la red, \$150 fuera de la red, Individuo \$300 fuera de la red, Familia No aplica para servicios preventivos y medicinas. | Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1ro de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el deducible . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No | Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan. |
| ¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ? | No | No hay un límite para la cantidad que le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos, durante la duración de la cobertura de la póliza. |
| ¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ? | Este plan no tiene un límite de gastos del bolsillo . | No se aplica porque el plan no tiene un límite para los gastos del bolsillo . |
| ¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan? | No | El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas. |
| ¿Tiene este plan una red de proveedores ? | Sí. Para obtener la lista de proveedores preferidos , consulte www.anthem.com o llame al 1-800-810-2583. | Si usted se atiende con médicos y proveedores de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría usar algún proveedor que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red , preferido o participante para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos proveedores . |
| ¿Necesito un referido para ver un especialista ? | No | Usted puede consultar a cualquier especialista y no necesita un permiso del plan. |
| ¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra? | Sí | Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos , vea los documentos del plan o póliza. |

Preguntas: Llame al 973-735-6464 o visite www.local99healthandwelfarefund.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/healthreform y www.cciio.cms.gov o llame al 973-735-6464 y pida una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su coseguro será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** _____ cobrándole **deducibles, copagos** o **coseguro** más bajos.

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Sus costos si usted usa proveedores participantes | Sus costos si usted usa proveedores no participantes | Limitaciones y excepciones |
|--|---|---|--|---|
| Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico | Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida | \$20 copago / visita | 20% co-seguro | No en clínicas adueñadas por hospitales. |
| | Consulta con un especialista | \$20 copago / visita | 20% co-seguro | No en clínicas adueñadas por hospitales. |
| | Consulta con otro proveedor de la salud | \$10 copago / visita al Quiropráctico | No se cubre | Limitado a 30 visitas por año. Pre-certificación requerida, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| | Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas | No cargos | No se cubre | -----ninguna----- |
| Si tiene que hacerse un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | No cargos | 20% co-seguro | No se cubre hospitales fuera de la red. |
| | Imágenes (CT/PET scan, MRI) | No cargos | 20% co-seguro | No hospitales fuera de la red. Pre-certificación requerida, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---------------|--|
| <p>Si necesita un medicamento</p> <p>Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite www.benecard.com o llame al 973-735-6464</p> | Medicamentos genéricos | \$3 copago (farmacia de venta al público) \$10 receta (orden por correo) | No se cubre | <p>No copago si está registrado en el programa de manejo de diabetes.</p> <p>Farmacia de venta al público – Un suministro de hasta 14 días, hay un límite de 2 órdenes para cada medicamento en un periodo de 6 meses. Si disponible, Genérico es Mandatorio. Orden por correo - Un suministro de hasta 90 días. No cobertura para medicamentos de marca si están disponibles como genéricos. Farmacia de venta al público y orden por correo - No se cubre medicamentos sin receta o de venta libre. Medicamentos de marca no preferidos son cubiertos si medicamento necesario.</p> |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$10 copago (farmacia de venta al público) \$15 copago (orden por correo) | No se cubre | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | \$15 copago (farmacia de venta al público y orden por correo) | No se cubre | |
| | Medicamentos especiales | La mayoría de los medicamentos de especialidad son cubiertos bajo el plan médico sin costo alguno. | | |
| <p>Si le hacen una cirugía ambulatoria</p> | Arancel del centro (clínica) | No cargos | 20% co-seguro | No cobertura en hospitales fuera de la red. Pre-certificación requerida, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| | Tarifa del médico/cirujano | No cargos | 20% co-seguro | -----ninguna----- |
| <p>Si necesita atención inmediata</p> | Servicios de la sala de emergencias | \$50 copago / visita | 20% co-seguro | No aplica copago, si admitido. |
| | Traslado médico de emergencia | No cargos | No cargos | Limitada a \$750 por acontecimiento. |
| | Cuidado urgente | \$20 copago / visita | 20% co-seguro | -----ninguna----- |
| <p>Si lo admiten al hospital</p> | Arancel del hospital (habitación) | No cargos | No se cubre | Limitada a 120 días por acontecimiento. Pre-certificación requerida, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| | Tarifa del médico/cirujano | No cargos | 20% co-seguro | -----ninguna----- |

| | | | | |
|---|--|---|----------------|---|
| Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias | Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta | \$10 copago / visita | No se cubre | Limitada a 30 visitas por año. Pre-certificación requerida, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| | Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados | No cargos | No se cubre | Limitada a 120 días por acontecimiento. Pre-certificación requerida, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| | Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias | \$10 copago / visita | No se cubre | Limitada a 30 visitas por año. Pre-certificación requerida, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| | Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados | No cargos | No se cubre | Limitada a 120 días por acontecimiento. Pre-certificación requerida, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| Si está embarazada | Cuidados prenatales y post parto | \$20 copago visita inicial | 20% co-seguro | Parto normal cubierto hasta 48 horas, operación cesárea cubierto hasta 96 horas. Pre-certificación requerida si la estadía es más de 48/96 horas, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| | Parto y todos los servicios de internación | No cargos | No se cubre | Pre-certificación requerida si la estadía es más de 48/96 horas, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales | Cuidado de la salud en el hogar | No cargos | No se cubre | Limitada a 90 visitas por año. Pre-certificación requerida, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| | Servicios de rehabilitación | Internación / No cargos Ambulatorio / \$10 copago / visita | No se cubre | Limitada a 30 días de internación por año. Limitada a 30 visitas ambulatoria por año. Pre-certificación requerida, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| | Servicios de recuperación de las habilidades | No se cubre | No se cubre | -----ninguna----- |
| | Cuidado de enfermería especializado | No cargos | No se cubre | Limitada a 30 días por año. Pre-certificación requerida, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| | Equipo médico duradero | No cargos | 20 % co-seguro | Pre-certificación requerida en exceso de \$1000, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| | Cuidado de hospicio | No cargos | No se cubre | Pre-certificación requerida, si no, servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista | No cargos | No se cubre | Limitado a un examen por año. |
| | Anteojos | No se cubre | No se cubre | -----ninguna----- |
| | Consulta dental | No se cubre | No se cubre | -----ninguna----- |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

- Acupuntura
- Audífonos
- Cirugía Cosmética
- Cuidado Dental (Adulto)
- Cuidado a Largo Plazo
- Cuidado de no emergencia cuando se viaja fuera de los Estados Unidos
- Enfermería Privada
- Servicios de Rehabilitación
- Tratamiento de infertilidad

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- Cirugía Bariátrica. Pre-certificación requerida. Incumplimiento a pre-certificar puede resultar en servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad.
- Coberturas que más se proveen fuera de los Estados Unidos. Ver www.BCBS.com/bluecardworldwide.
- Cuidado Quiropráctico limitado a 30 visitas por año, dentro de la red solamente. Pre-certificación requerida. Incumplimiento a pre-certificar puede resultar en servicios no cubiertos o no pagados en su totalidad
- Cuidado Rutinario de los Pies para Diabéticos solamente
- Cuidado Rutinario de la Vista (Adulto) limitado a un examen por año.
- Programas de Pérdida de Peso como se describe en la Guía de Prevención Federal.

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si usted pierde su protección bajo el plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes Federales y Estatales pueden proveer protecciones que le permitirá a usted continuar con su cobertura. Cualquiera de esos derechos podría tener un límite en su duración y requieren que usted pague una prima la cual puede ser de modo significativo más alta que la prima que usted pagaba antes bajo el plan. También pueden aplicar otras limitaciones en sus derechos para continuar la protección.

Para más información sobre sus derechos para continuar su protección, puede ponerse en contacto con el Administrador del Plan al número 973-735-6464. También llamar al departamento de seguro estatal, Departamento de Labor de los E.U., la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o www.dol.gov.ebsa, o al Departamento de Salud y Derechos Humanos al 1/877-267-2323 ext. 61565 o www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con: El Administrador del Plan al 973-735-6464 o al Departamento de Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima.” **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. **El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$7,480
- Usted paga: \$60

Ejemplos de los costos:

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| El costo del hospital (madre) | \$2,700 |
| Atención de rutina del obstetra | \$2,100 |
| El costo del hospital (bebé) | \$900 |
| Anestesia | \$900 |
| Análisis de laboratorio | \$500 |
| Medicamentos | \$200 |
| Radiografías | \$200 |
| Vacunas y otros servicios preventivos | \$40 |
| Total | \$7,540 |

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|-------------|
| Deducibles | \$ |
| Copagos | \$60 |
| Coseguro | \$ |
| Límites o exclusiones | \$ |
| Total | \$60 |

Nota: Estos números asumen que el paciente ha notificado al plan de su embarazo. Si usted está embarazada y no ha notificado su embarazo, sus costos podrían ser más altos. Para más información, favor de comunicarse con el Administrador del Plan al 973-735-6464.

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$5,320
- Usted paga: \$80

Ejemplo de los costos:

| | |
|---|----------------|
| Medicamentos | \$2,900 |
| Equipo médico e insumos | \$1,300 |
| Visitas al consultorio y procedimientos médicos | \$700 |
| Educación sobre el cuidado | \$300 |
| Análisis de laboratorio | \$100 |
| Vacunas y otros servicios preventivos | \$100 |
| Total | \$5,400 |

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|-------------|
| Deducibles | \$ |
| Copagos | \$80 |
| Coseguro | \$ |
| Límites o exclusiones | \$ |
| Total | \$80 |

Nota: Estos números asumen que el paciente es participante en el programa de bienestar de diabetes. Si usted tiene diabetes y no participa en el programa de bienestar, sus costos podrían ser más altos. Para más información sobre el programa de bienestar de diabetes, favor de comunicarse con el Administrador del Plan al 973-735-6464.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✗ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✗ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.

Preguntas: Llame al 973-735-6464 o visite www.local99healthandwelfarefund.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/healthreform y www.cciio.cms.gov o llame al 973-735-6464 y pida una copia.