



Este documento sobre Prestaciones y Cobertura le ayudará a escoger un plan de salud. Este documento le muestra cómo usted y su seguro comparten los gastos de los servicios de salud que cubre su plan. NOTA: Información sobre el costo de este plan (prima) la recibirá por separado.

Esto es sólo un resumen. Para mayor información sobre su cobertura, o para obtener la copia completa de los términos de la cobertura, llame al 1-800-846-0611. Para las definiciones generales de los términos comunes, como el monto permitido, la facturación del saldo, el coseguro, el copago, el deducible, el prestador de servicios u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform.com o llamar al 1-800-846-0611 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es esto importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<p><u>Prestadores de servicios dentro de la red</u>: \$250/individuo o \$750/familia por año calendario de enero a diciembre.</p> <p><u>Prestadores de servicios fuera de la red</u>: \$1.000/individuo o \$3.000/familia por año calendario.</p>	En general este <u>plan</u> empezará a cubrir gastos después que haya pagado el equivalente del <u>deducible</u> en costos médicos. Si tiene otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada miembro deberá pagar su <u>deducible</u> individual hasta que el monto total del <u>deducible</u> pagado por todos los miembros sume el <u>deducible</u> total de la familia.
¿Hay servicios que están cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>medicamentos recetados</u> y estos <u>servicios dentro de la red</u> son cubiertos antes de que pague el <u>deducible</u> : El <u>cuidado preventivo</u> , visitas al médico para consultas externas de salud mental/ problemas de adicción, ciertos análisis de laboratorio, y cirugías menores realizadas en el consultorio médico.	Este <u>plan</u> cubre ciertos artículos y servicios aunque usted no haya cumplido con su <u>deducible</u> . Pero puede que le cobren un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar un <u>deducible</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso</u> para este <u>plan</u> ?	<p><u>Prestadores de servicios dentro de la red</u>: \$2.000/persona o \$6.000/familia por año calendario.</p> <p><u>Prestadores de servicios fuera de la red</u>: \$5.000/persona o</p>	El <u>límite de desembolso</u> es el máximo que usted paga por servicios cubiertos en un año. Los demás miembros de su familia que estén en este <u>plan</u> deberán alcanzar sus propios <u>límites de desembolso</u> hasta que la familia haya alcanzado su <u>límite de desembolso</u> total.

	\$15.000/familia por año calendario.	
Qué no esta incluido en el <u>límite de desembolso</u>	Los <u>copagos</u> , <u>primas</u> , cargos para <u>saldar una factura</u> , <u>deducibles</u> , penalidades por no obtener una <u>autorización</u> previa al servicio y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	A pesar de que usted cubre estos gastos, éstos no se incluyen en el <u>límite de desembolso</u> .
¿Pagaría usted menos si usa un <u>prestador dentro de la red</u>?	Sí. Visite www.cignasharedadministration.com o llame a CIGNA al 1-800-768-4695 o la Oficina del Plan al 1-800-846-0611 para obtener la lista de <u>prestadores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa <u>prestadores dentro de la red</u> . Usted pagará menos si usa a un <u>profesional médico</u> que ya esté en la <u>red del plan</u> . Usted pagará mucho más si usa un <u>prestador fuera de la red</u> , y puede que reciba una <u>factura del médico</u> para cubrir la diferencia entre lo que cobre ese <u>médico</u> y lo que su <u>plan</u> cubra (<u>saldar factura</u>). Puede suceder que su <u>prestador dentro de la red</u> utilice a un <u>prestador fuera de la red</u> para algunos servicios (como por ejemplo servicios de laboratorio). Consulte con su <u>médico</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita usted una <u>referencia</u> para que lo vea un <u>especialista</u>?	No.	Usted puede ver al <u>especialista</u> que escoja sin una <u>referencia</u> .



Los **copagos** y **coseguros** que aparecen en esta tabla son costos después de pagar su **deducible** en caso de que tenga un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que pudiera necesitar	Lo que va a pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Prestadores dentro de la red (Usted pagará menos)	Prestadores fuera de la red (Usted pagará más)	
Si usted tiene cita médica en un consultorio privado o en una clínica	Consulta de atención primaria para tratar alguna lesión o enfermedad	\$25 de <u>copago</u> /visita; el <u>deducible</u> no aplica.	50% de <u>coseguro</u>	-- Ninguno --
	<u>Visita con el</u> especialista	\$25 de <u>copago</u> /visita; el <u>deducible</u> no aplica.	50% de <u>coseguro</u>	-- Ninguno --
	<u>Cuidado preventivo/exámenes/vacunas</u>	\$25 de <u>copago</u> /examen; <u>deducible</u> no aplica.	50% de <u>coseguro</u>	Consulte la descripción resumida del plan para informarse sobre las limitaciones de las prestaciones.
Si tiene que hacerse un examen	<u>Prueba de diagnóstico</u> (rayos x, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	No está sujeto al <u>deducible</u> si se realiza en un laboratorio independiente o en una oficina tanto <u>dentro de la red</u> como <u>fuera de la red</u> .
	Radiología (CT/PET scans, MRIs)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-- Ninguno --
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Para mayor información sobre <u>cobertura de medicamentos recetados</u> consulte www.cigna.com o llame a CIGNA Pharmacy al 1-800-244-6224.	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10 de <u>copago/ receta</u> - Precio al por menor \$20 de <u>copago/ receta</u> - Ordenado por correo; el <u>deducible</u> no aplica.	No cubierto	Si elige el de marca cuando el medicamento genérico esta disponible, usted deberá pagar el <u>copago</u> genérico más la diferencia de costo entre el genérico y el de marca. Medicamento para 30 días de venta al por menor. Medicamento para 90 días ordenado por correo.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$20 de <u>copago/ receta</u> (Nivel 2 de marca) - de venta al por menor \$40 de <u>copago/ receta</u> (Nivel 2 de marca) - Ordenado por correo; el <u>deducible</u> no aplica.		

Eventos médicos comunes	Servicios que pudiera necesitar	Lo que va a pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Prestadores dentro de la red (Usted pagará menos)	Prestadores fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición – <i>Continuación</i>	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$40 de <u>copago/receta</u> (Nivel 3 de marca) - de venta al por menor \$80 de <u>copago/receta</u> (Nivel 3 de marca) - Ordenado por correo; el <u>deducible</u> no aplica.	No cubierto	Si elige el de marca cuando el medicamento genérico está disponible, usted deberá pagar el <u>copago</u> genérico más la diferencia de costo entre el genérico y el de marca. Medicamento para 30 días de venta al por menor. Medicamento para 90 días ordenado por correo.
	<u>Medicamento de especialistas</u> (Nivel 4)	\$40 de <u>copago/receta</u> - de venta al por menor \$80 de <u>copago/receta</u> - Ordenado por correo; el <u>deducible</u> no aplica.		
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo: centro de cirugía ambulatoria)	No aplica el deducible de \$100 de <u>copago/hospitalización</u> ni el 20% de <u>coseguro</u> .	No aplica el \$100 de <u>copago/hospitalización</u> ni el 20% de <u>coseguro</u> .	-- Ninguno --
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-- Ninguno --
Si necesita atención médica inmediata	<u>Sala de emergencia</u>	\$100 de <u>copago/visita</u>	\$100 de <u>copago/visita</u>	Sujeto a <u>copago</u> y cargos de <u>UCR</u> , independientemente esté en la <u>red</u> o haya un <u>deducible</u> .
	<u>Transporte por emergencia médica</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	El Plan paga el 80% después del <u>deducible</u> de CIGNA en la <u>red</u> utilizando los cargos de <u>UCR</u> , esté o no en la <u>red</u> .
	<u>Urgencias</u>	\$25 de <u>copago/visita</u>	50% de <u>coseguro</u>	-- Ninguno --
Si usted es hospitalizado	Tarifa institucional (ejemplo: por cuarto de hospital)	\$100 de <u>copago/por estadia</u> y 20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Requiere de <u>preautorización</u> o el <u>plan</u> sólo cubrirá el 50% del monto de lo que le tocaría pagar.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	-- Ninguno --
Si necesita salud mental, terapia	Servicios ambulatorios	\$25 de <u>copago/consulta</u> y	50% de <u>coseguro</u>	-- Ninguno --

Eventos médicos comunes	Servicios que pudiera necesitar	Lo que va a pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Prestadores dentro de la red (Usted pagará menos)	Prestadores fuera de la red (Usted pagará más)	
conductual o tratamiento por uso de sustancias		20% de <u>coseguro</u> otros servicios ambulatorios		
	Servicios hospitalarios	\$100 de <u>copago</u> / hospitalización y 20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Requiere de una <u>preautorización</u> o el <u>plan</u> sólo cubrirá el 50% del total que le tocaría pagar.
Si esta embarazada	Consultas	\$25 de <u>copago</u> /visita; el <u>deducible</u> no aplica.	50% de <u>coseguro</u>	Dependientes menores no son elegibles a esta prestación
	Servicios profesionales de labor/parto	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de hospitalización para labor/parto	\$100 de <u>copago</u> / hospitalización y 20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas	<u>Servicios médicos a domicilio</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	No más de 1 cita por día, 100 citas por año calendario Requiere de <u>preautorización</u> o el <u>plan</u> sólo cubre el 50% de la cantidad que le tocaría pagar. Fisioterapia ambulatoria/ no más de 25 citas/año calendario
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	No cubiertos durante hospitalización Ambulatorio, 50% de <u>coseguro</u>	Requiere de <u>preautorización</u> o el <u>plan</u> sólo cubre el 50% de la cantidad que le tocaría pagar. Fisioterapia ambulatoria/ no más de 25 citas/año calendario Terapia del habla, auditiva y ocupacional limitada a 25 visitas/año calendario.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	-- Ninguno --
	<u>Cuidados de enfermería especializada</u>	\$100 de <u>copago</u> / hospitalización y 20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Máximo 100 días en un año calendario. Sólo se aprueban después de una estadía en el hospital. Requiere de <u>preautorización</u> o el <u>plan</u> sólo cubre el 50% de la cantidad que le tocaría pagar.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Requiere de <u>preautorización</u> o el <u>plan</u> sólo cubre el 50% de la cantidad que le tocaría pagar.

Eventos médicos comunes	Servicios que pudiera necesitar	Lo que va a pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Prestadores dentro de la red (Usted pagará menos)	Prestadores fuera de la red (Usted pagará más)	
	<u>Servicios de hospicio</u>	\$100 de <u>copago</u> + 20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u> para servicios ambulatorios. No cubre los servicios de hospitalización.	Tiene que tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Requiere de <u>preautorización</u> o el <u>plan</u> sólo cubre el 50% de la cantidad que le tocaría pagar.
Si su hijo/a necesita servicios dentales u oculares	Examen de ojos para niños/as	\$10 de <u>copago/examen</u>	\$10 de <u>copago/examen</u> y los cargos sobrepasan los \$30	Limitado a un examen una vez por año.
	Lentes para niños/as	\$25 de <u>copago/marco</u>	\$25 de <u>copago/marco</u> y todos los cargos que sobrepasen	Consulte la descripción de su plan para informarse de las cantidades permitidas aplicables y de otros detalles.
	Chequeo dental para niñoa/as	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Examen dental de rutina, con un límite de 2 citas por persona al año (una vez cada 6 meses). Beneficio máximo compartido de \$500 por año calendario para dependientes cubiertos, excepto aquellos menores de 19 años de edad.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Son servicios que generalmente su Plan NO cubre (consulte su póliza o plan para mayor información y una lista de otros servicios excluidos).

<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariática • Cirugía cosmética • Embarazo de una hija dependiente o complicaciones relacionadas al mismo. • Aparatos para el oído 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento contra la infertilidad • Cuidado a largo plazo (a excepción de servicios cubiertos por el <u>plan</u> como el <u>cuidado especializado de una enfermera</u>). • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de enfermería privado (excepto artículos específicos que el <u>plan</u> cubre (por ejemplo <u>cuidados médicos necesarios a domicilio, servicios de hospicio, etc.</u>) • Cuidado rutinario de los pies • Programas para perder peso (excepto aquellos requeridos por la reforma de salud)
---	--	--

Otros servicios cubiertos (Estos servicios pueden tener limitantes. Esta no es la lista completa. Consulte el documento de su plan).

<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un quiropráctico (hasta 5 visitas por año calendario) 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales (Adulto) (máximo \$750 por año calendario) 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de rutina de los ojos (adulto)
--	---	---

Sus derechos relacionados a seguir con este seguro: Hay agencias que le ayudan renovar este seguro después que se acaba si así lo desea. El contacto para estas agencias es el *Department of Labor's Employee Benefits Security Administration*, 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Otras opciones

de seguro podrían estar disponibles para usted como la posibilidad de comprar un seguro personal por medio del *Health Insurance Marketplace*. Para mayor información sobre el *Marketplace*, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelación: Si le niegan un servicio, hay agencias que le ayudan a poner una queja contra su plan. Esta queja se llama *grievance* (queja) o *appeal* (apelación). Para mayor información acerca de sus derechos, consulte la explicación sobre sus prestaciones que usted recibirá con su reclamo (*claim*) médica. Los documentos sobre su plan también incluyen información completa sobre cómo someter un claim, apelación, o una queja a su plan cualquiera sea el motivo. Para mayor información sobre sus derechos, sobre esta notificación o para recibir ayuda, llame al Plan al 1-800-846-0611. Puede también contactar al *Department of Labor's Employee Benefits Security Administration* al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan le ofrece Cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene una Cobertura esencial mínima por un mes, tendrá que hacer un pago cuando declare sus impuestos a menos que usted califique para una exención que le dispense de tener un seguro de salud durante ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podrá ser elegible a un premium tax credit (crédito en sus impuestos) para ayudarle a pagar por un plan por medio del *Marketplace* (mercado de seguros).

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-846-0611.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan cubre los costos de una situación médica, consulte la siguiente sección.*—————

Algunos ejemplos sobre la cobertura de su seguro:



Lo siguiente no se usa para estimar costos. Los tratamientos usados son sólo ejemplos sobre cómo este plan pudiera cubrir su cuidado médico. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de los servicios que usted reciba, los precios que sus doctores cobren, y muchos otros factores. Concéntrese en los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos bajo el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que le toca a usted pagar en los diferentes planes. Tenga en cuenta que estos ejemplos sobre cobertura están basados en un seguro individual.

María va a tener un bebé

(9 meses de cuidado prenatal en la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan es \$250
- El copago para ver un especialist \$25
- Coseguro y copago del hospital 20%,
\$100 de copago
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Consultas con el especialista (*cuidado prenatal*)
 Servicios profesionales de labor/parto
 Servicios de labor/parto del centro
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo María pagaría:

Costo compartido	
El deducible	\$250
Los copagos	\$330
El coseguro	\$2,000
Qué es lo que no cubre	
Límites o exclusiones	\$100
El total que María pagaría es	\$2,680

José tiene que controlar su Diabetes tipo 2

(un año de servicios en la red de una condición)

- El deducible general del plan es \$250
- El copago para ver un especialist \$25
- Coseguro y copago del hospital 20%,
\$100 de copago
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas a su médico primario (*inclusive educación sobre la enfermedad*)
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico durable (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo José tendría que pagar:

Costo compartido	
El deducible	\$250
Los copagos	\$810
El coseguro	\$300
Qué es lo que no cubre	
Límites o exclusiones	\$220
El total que José pagaría es	\$1,580

Mia tiene una pequeña fractura

(visita a la sala de emergencia de la red y citas de seguimiento)

- El deducible general del plan es \$250
- El copago para ver un especialista \$25
- El coseguro y copago del hospital 20%,
\$100 de copago
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

El cuidado de la sala de emergencia (*incluyendo materiales médicos*)
 Pruebas de diagnóstico (*rayos x*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Los costos compartidos	
Los deducibles	\$250
Los copagos	\$200
El coseguro	\$120
Qué no está cubierto	
Los límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$570