



El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo compartirán el plan y usted el costo de los servicios de atención de la salud cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Esta información es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de los términos de cobertura completos, lo que incluye una copia de la Descripción Abreviada del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) del Fondo, llame al (646) 473-9200 o ingrese en www.1199SEIUBenefits.org. Para conocer las definiciones generales de los términos comunes, tales como cantidad permitida, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro término subrayado, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.1199SEIUBenefits.org o puede llamar al (646) 473-9200 para solicitar una copia.

Los miembros de la Clase de Elegibilidad I reciben todos los beneficios enumerados a continuación para ellos y para los miembros de sus familias elegibles. **Los miembros de las Clases de Elegibilidad II y III** reciben los beneficios solo para ellos, excepto la atención odontológica, conforme a lo indicado en la columna Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué es Importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$225 por persona o \$450 por familia Los <u>copagos</u> y el <u>coseguro</u> no se tienen en cuenta para el <u>deducible</u> .	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada uno de ellos deberá alcanzar su propio <u>deducible</u> hasta que el monto total de los gastos de <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de que alcance su <u>deducible</u>?	Sí. Visitas al consultorio, beneficios de farmacias y <u>atención preventiva</u> .	Este <u>plan</u> cubre todos los artículos y servicios, incluso si aún no alcanzó el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para recibir servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> para este plan?	\$800 por persona o \$1,600 por familia	El <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> es el monto más alto que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , se debe alcanzar el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué se <u>excluye del límite de gastos directos del bolsillo</u>?	<u>Deducibles</u> , <u>copagos</u> , <u>primas</u> , <u>cargos de facturación del saldo</u> y <u>atención médica</u> que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos costos, no se tienen en cuenta para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> . El <u>coseguro</u> sí se tiene en cuenta para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor dentro de la red</u>?	Sí. Ingrese en www.Aetna.com o llame al (866) 658-2455 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> . Ingrese en www.Cigna.com o llame al (800) 244-6224 para obtener una lista de los <u>proveedores dentales</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Pagará más si utiliza un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> y es posible que reciba una factura de parte del <u>proveedor</u> con la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldos</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para determinados servicios (como, por ejemplo, los análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u>?	Sí.	Este <u>plan</u> pagará parte o la totalidad de los costos por consultar a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos solo si usted obtiene un <u>referido</u> antes de consultar al <u>especialista</u> .



Todos los costos de los copagos y coseguros que se muestran en este cuadro son los que debe pagar después de alcanzar su deducible, si es que se aplica un deducible.

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará menos)	Proveedor No Participante (pagará más)	
Si tiene una consulta en el consultorio o la clínica del proveedor de salud	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$10 por consulta	Sin cobertura	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	Copago de \$10 por consulta	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Atención preventiva/examen médico/inmunización</u>	Sin cargo hasta los 18 años. Copago de \$10 por consultas para mayores de 19 años.	Sin cobertura	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> . Examen físico e inmunizaciones de rutina para adultos: Un examen cada 12 meses para mayores de 18 años Examen de atención ginecológica de rutina: Dos exámenes cada 12 meses Mamografía: Una inicial para personas de entre 35 y 39 años. Un examen cada 12 meses para mayores de 40 años. Examen médico para detectar cáncer colorrectal: Un examen cada 10 años para mayores de 50 años Prueba del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés): Un examen cada 12 meses para mayores de 40 años
Si se realiza una prueba	<u>Pruebas diagnósticas</u> (radiografía, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 15%	Sin cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET scans, MRI, MRA)	<u>Coseguro</u> del 15%	Sin cobertura	Se requiere <u>aprobación previa</u> . Los servicios que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información acerca de la cobertura para <u>medicamentos recetados</u> visite www.1199SEIUBenefits.org	Medicamentos genéricos	Copago de \$10 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia minorista o con envío a domicilio	Cargos del <u>proveedor</u>	Los <u>proveedores participantes</u> son farmacias que aceptan Express Scripts. Si utiliza una farmacia no participante, es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo. Para los medicamentos que no figuran en la Lista de Medicamentos Preferidos del Fondo (medicamentos no preferidos), también debe pagar la diferencia entre el precio del medicamento preferido y el no preferido. Se requiere <u>aprobación previa</u> para ciertos medicamentos. Determinados medicamentos están sujetos a la administración de programas clínicos. Los medicamentos recetados para afecciones crónicas deben obtenerse a través de <i>The 1199SEIU 90-Day Rx Solution</i> . Los medicamentos que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura. Para conocer las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte la <u>SPD</u> en www.1199SEIUBenefits.org .

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará menos)	Proveedor No Participante (pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación) Para obtener más información acerca de la cobertura para medicamentos recetados visite www.1199SEIU Benefits.org	Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$15 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia minorista o con envío a domicilio	Cargos del <u>proveedor</u>	Los <u>proveedores participantes</u> son farmacias que aceptan Express Scripts. Si utiliza una farmacia no participante, es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo. Para los medicamentos que no figuran en la Lista de Medicamentos Preferidos del Fondo (medicamentos no preferidos), también debe pagar la diferencia entre el precio del medicamento preferido y el no preferido. Se requiere <u>aprobación previa</u> para ciertos medicamentos. Determinados medicamentos están sujetos a la administración de programas clínicos. Los medicamentos recetados para afecciones crónicas deben obtenerse a través de <i>The 1199SEIU 90-Day Rx Solution</i> . Los medicamentos que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura. Para conocer las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte la <u>SPD</u> en www.1199SEIUBenefits.org .
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$15 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia minorista o con envío a domicilio. Se le cobrará una diferencia además de su <u>copago</u> .	Cargos del <u>proveedor</u>	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Copago de \$10 por medicamentos genéricos o <u>copago</u> de \$15 por medicamentos de marca. Se le cobrará una diferencia por los medicamentos de marca no preferidos.	Cargos del <u>proveedor</u>	
Si se realiza una cirugía ambulatoria	Honorarios del centro (por ejemplo: centro quirúrgico ambulatorio)	<u>Coseguro</u> del 15%	Sin cobertura	Se requiere <u>aprobación previa</u> para ciertos procedimientos. Los procedimientos que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura.
	Honorarios de <u>médicos y cirujanos</u>	<u>Coseguro</u> del 15%	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Servicios en la sala de emergencias</u>	<u>Copago</u> de \$125 si no es ingresado en el hospital	<u>Copago</u> de \$125 si no es ingresado en el hospital, además de los cargos del <u>proveedor</u>	Debe utilizar la <u>sala de emergencias</u> de un hospital solo si se trata de una emergencia médica legítima, y debe ocurrir dentro de las 72 horas posteriores a una lesión o a la aparición de una enfermedad grave y repentina. Si la afección no es una emergencia, usted deberá pagar todos los cargos. Si acude a la <u>sala de emergencias</u> de un hospital no participante, es posible que incurra en costos adicionales que paga <u>de su bolsillo</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 15%	Sin cobertura	No se cubre el uso de <u>transporte médico de emergencia</u> en situaciones que no sean de emergencia.
	<u>Atención de urgencia</u>	<u>Copago</u> de \$75 por consulta	Sin cobertura	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará menos)	Proveedor No Participante (pagará más)	
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (por ejemplo: habitación del hospital)	<u>Coseguro</u> del 15%	Sin cobertura	Se requiere <u>aprobación previa</u> para las admisiones que no sean de emergencia. Las admisiones que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura.
	Honorarios de <u>médicos</u> y cirujanos	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes externos	<u>Copago</u> de \$10 por consulta	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	<u>Coseguro</u> del 15%	Sin cobertura	Se requiere <u>aprobación previa</u> para las admisiones que no sean de emergencia, los programas de <u>hospitalización</u> parcial y los programas ambulatorios intensivos. Los servicios que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$10 por consulta	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios profesionales para el parto/ nacimiento del niño	<u>Coseguro</u> del 15%	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios del centro para el parto/ nacimiento del niño	<u>Coseguro</u> del 15%	Sin cobertura	Se requiere <u>aprobación previa</u> para las estadías de pacientes hospitalizadas de más de 48 horas (parto natural) o 96 horas (parto por cesárea). Las estadías que superen los plazos indicados anteriormente y que no tengan una <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura. Se requiere <u>aprobación previa</u> para el equipo de lactancia de hospital, que tiene cobertura como parte del beneficio de <u>equipo médico duradero</u> solo cuando sea <u>médicamente necesario</u> . Los equipos que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura. La consulta de lactancia solo se cubre cuando es <u>médicamente necesaria</u> . <u>El costo compartido</u> no se aplica para determinados <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, es posible que se apliquen <u>copagos</u> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografías).

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará menos)	Proveedor No Participante (pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales	<u>Atención médica en el hogar</u>	<u>Coseguro del 15%</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>aprobación previa</u> . Los servicios que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura. La cobertura se limita a 60 consultas por año.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Coseguro del 15% por consulta de pacientes internos</u> <u>Copago de \$10 por consulta de pacientes externos</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>aprobación previa</u> para la <u>rehabilitación</u> con hospitalización. Los servicios que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura. La cobertura para la <u>rehabilitación</u> con hospitalización se limita a 30 días por año en un hospital de cuidados agudos. La cobertura para fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla para pacientes externos se limita a 20 consultas por disciplina por año.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Copago de \$10 por consulta</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>aprobación previa</u> . Los servicios que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura. La cobertura es solo para <u>servicios de rehabilitación</u> de pacientes externos. La cobertura para fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla se limita a 20 consultas por disciplina por año.
	<u>Centro de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro del 15%</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>aprobación previa</u> . Los servicios que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura. Se cubren los servicios brindados en un centro de <u>enfermería especializada</u> o en una casa de reposo. La cobertura se limita a 60 consultas por año en función de la <u>necesidad médica</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro del 15%</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>aprobación previa</u> para ciertos artículos. Los artículos que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura. Beneficio anual de \$700 por año. Se excluyen las modificaciones de vehículos, las modificaciones de viviendas, y los equipos para el baño y para ejercicios.
	<u>Servicios paliativos o para enfermos terminales</u>	<u>Coseguro del 15%</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>aprobación previa</u> para los <u>servicios paliativos</u> o <u>para enfermos terminales</u> para pacientes hospitalizados. Los servicios que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura. La cobertura se limita a 210 días de atención en <u>hospicios</u> de por vida en un programa de <u>hospicios</u> certificado por Medicare brindada en un <u>hospicio</u> , un hospital o un centro de <u>enfermería especializada</u> , o para servicios en el hogar para pacientes externos proporcionados por un <u>hospicio</u> autorizado.

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará menos)	Proveedor No Participante (pagará más)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Copago de \$10 por consulta	Sin cobertura	La cobertura es para los empleados de Genesis y sus familiares elegibles en función de su elección familiar. Un examen cada dos años como máximo.
	Anteojos o lentes de contacto para niños	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura es para los empleados de Genesis y sus familiares elegibles en función de su elección familiar. La cobertura se limita a un máximo combinado de \$125 para un par de anteojos recetados o un pedido de lentes de contacto cada dos años. No se cubren los tratamientos de lentes con protección ultravioleta o resistentes a rayones.
	Control dental para niños	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura es solo para Clase de Elegibilidad I y para empleados de Genesis y sus familiares elegibles en función de su elección familiar.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su Plan Generalmente NO Cubre (Consulte su SPD para obtener más información y una lista de todos los demás servicios excluidos.)

- Acupuntura
- Cirugía estética
- Servicios de rehabilitación en la medida en que la cobertura pueda obtenerse de otras fuentes
- Audífonos
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención médica que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Programas para la pérdida de peso

Otros Servicios Cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. No es una lista completa. Consulte su SPD.)

- Servicios de aborto
- Atención brindada en un centro de enfermería especializada o casa de reposo: La cobertura se limita a 60 consultas por año
- Cirugía bariátrica (sujeta a aprobación previa)
- Atención quiropráctica
- Atención dental (adultos): Clase de Elegibilidad I y empleados de Genesis que eligen la cobertura familiar
- Atención de enfermería privada (sujeta a aprobación previa)
- Atención de la vista de rutina (adultos): Empleados de Genesis que eligen la cobertura familiar; Un examen de la vista cada dos años (copago de \$10); Un par de anteojos o un pedido de lentes de contacto cada dos años (máximo combinado de \$125)
- Cuidado de rutina de los pies: La cobertura se limita a ciertas afecciones médicas subyacentes.

Sus Derechos de Continuar la Cobertura: Existen agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: Comuníquese con el plan del Fondo al (646) 473-9200. También puede llamar a la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al (866) 444-3272 o puede ingresar en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o bien, puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al (877) 267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. También es posible que haya otras opciones de cobertura para usted, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al (800) 318-2596.

Sus Derechos de Reclamo y Apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la negación de una reclamación. Este queja se denomina reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con el Departamento de Apelaciones del Fondo al (646) 473-8951. También puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al (866) 444-3272 o puede ingresar en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan ofrece una Cobertura Esencial Mínima? Sí.

Si no tiene una Cobertura Esencial Mínima durante un mes, deberá realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura de salud por ese mes.

¿Este plan cumple con las normas de Valor Mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con las normas de Valor Mínimo, es posible que usted reúna los requisitos para un crédito fiscal para la prima para que lo ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso en Otros Idiomas: Para obtener asistencia en español, llame al (646) 473-9200.

-----*Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*-----

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no calcula costos. Los tratamientos mencionados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Céntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos según el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg Tendrá un Bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$200
■ Copago del especialista	\$10
■ Coseguro del hospital (centro)	85%
■ Otros coseguros	0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el parto/nacimiento del niño
 Servicios del centro para el parto/nacimiento del niño
 Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con el especialista (*anestesia*)

Costo Total del Ejemplo **\$12,800**

En este ejemplo, Peg debería pagar*:

<i>Costo Compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$200
<u>Copagos</u>	\$70
<u>Coseguro</u>	\$800
<i>Lo Que No Está Cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que pagaría Peg es	\$1,080

*Nota: Estas cifras corresponden si Peg está en la Clase de Elegibilidad I. La Clase de Elegibilidad II tiene cobertura para vitaminas prenatales, pero no tiene cobertura para la mayoría de los medicamentos con receta.

Control de la Diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$200
■ Copago del especialista	\$10
■ Coseguro del hospital (centro)	85%
■ Otros coseguros	0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo Total del Ejemplo **\$7,400**

En este ejemplo, Joe debería pagar*:

<i>Costo Compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$20
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo Que No Está Cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es	\$640

*Nota: Estas cifras corresponden si Joe está en la Clase de Elegibilidad I.

La Fractura Simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$200
■ Copago del especialista	\$10
■ Coseguro del hospital (centro)*	85%
■ Otros coseguros	0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:

Servicios en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
 Pruebas diagnósticas (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo Total del Ejemplo **\$1,900**

En este ejemplo, Mia debería pagar*:**

<i>Costo Compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$200
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$80
<i>Lo Que No Está Cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$480

*Copago para la sala de emergencias

***Nota: Servicios cubiertos para *ambas* Clases de Elegibilidad I y II.

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de estos EJEMPLOS.

La Discriminación es Ilegal

Los Fondos de Beneficios de 1199SEIU cumplen con las leyes federales de los derechos civiles vigentes y no discriminan ni excluyen a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Los Fondos proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles). Los Fondos proporcionan a las personas cuyo idioma principal no es el inglés servicios de idiomas gratuitos, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento. Si considera que los Fondos no proporcionaron estos servicios o se sintió discriminado de otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a: Compliance Coordinator, 330 West 42nd Street, New York, NY 10036; (646) 473-6600 (teléfono); (646) 473-8959 (fax); PrivacyOfficer@1199Funds.org (correo electrónico). Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita presentar un reclamo, el Coordinador de Cumplimiento puede ayudarlo.

También puede presentar una queja en relación con los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos electrónicamente a través del Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; (800) 368-1019 o (800) 537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de Asistencia con el Idioma

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (646) 473-9200.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (646) 473-9200。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (646) 473-9200.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele (646) 473-9200.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.(646) 473-9200.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (646) 473-9200.

אזקרה מפיא: הליה קארפשי ייא ראפ ואהראפ וענעז, שידיא טדער ריא ביוא: מאזקרה מפיא (646) 473-9200. לאצפא ופ יירפ סעסיוורעו טפור.

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নথি রাখার ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১ (646) 473-9200.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (646) 473-9200.

رفاوتت ةىوغلللا ةدعاسملا تامدخ نإف، ةغلللا ركذلا ثدحتت تنك اذا: ةظوحلم
مقرب لصتا. ن اجملاب كل (646) 473-9200.

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez (646) 473-9200.

శరద్ధ పోట్టండి: ఒకవోళ మీరు తొలుగు భాష
మాట్లాడుతున్నట్లయితో, మి కొరకు తొలుగు భాషా సహాయక
సేవలు ఉచితంగా లభిస్తాయి. (646) 473-9200.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (646) 473-9200.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε (646) 473-9200.

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në (646) 473-9200.

