



**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](http://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](http://www.1199SEIUBenefits.org) o puede llamar al (646) 473-9200 para solicitar una copia.

**Los miembros elegibles** reciben **todos** los beneficios enumerados a continuación para **ellos y sus hijos inscritos**.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué es Importante
<b>¿Cuál es el <u>deducible</u> general?</b>	\$0	Consulte el cuadro de Eventos Médicos Comunes que figura a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
<b>¿Se cubre algún servicio antes de que alcance su <u>deducible</u>?</b>	No.	Este <u>plan</u> cubre todos los artículos y servicios sin un <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> .
<b>¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?</b>	No.	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para recibir servicios específicos.
<b>¿Cuál es el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> para este <u>plan</u>?</b>	No corresponde.	Este <u>plan</u> no posee <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> en sus gastos.
<b>¿Qué se <u>excluye del límite de gastos directos del bolsillo</u>?</b>	No corresponde.	Este <u>plan</u> no posee <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> en sus gastos.
<b>¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor dentro de la red</u>?</b>	Sí. Ingrese en <a href="http://www.1199SEIUBenefits.org">www.1199SEIUBenefits.org</a> o llame al (646) 473-9200 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</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 fuera de la 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 fuera de la red</u> para determinados servicios (como, por ejemplo, los análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
<b>¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u>?</b>	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin un <u>referido</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)	
<b>Si tiene una consulta en el consultorio o la clínica del proveedor de salud</b>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$5 por consulta	Copago de \$5 por consulta, además de los cargos del <u>proveedor</u>	Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Consulta con un <u>especialista</u>	Copago de \$5 por consulta	Copago de \$5 por consulta, además de los cargos del <u>proveedor</u>	Alergia: Hasta 20 tratamientos por año, incluidos los <u>pruebas diagnósticas</u> Dermatología: Hasta 20 tratamientos por año Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	<u>Atención preventiva/ examen médico/ inmunización</u>	Copago de \$5 por consulta	Copago de \$5 por consulta, además de los cargos del <u>proveedor</u>	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> . Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
<b>Si se realiza una prueba</b>	<u>Pruebas diagnósticas</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET scans, MRI, MRA)	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	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 utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Para obtener más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos recetados</u> visite <a href="http://www.1199SEIUBenefits.org">www.1199SEIU Benefits.org</a>	Medicamentos genéricos	Copago de \$3 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia minorista Copago de \$6 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia de pedido por correo	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 <a href="http://www.1199SEIUBenefits.org">www.1199SEIUBenefits.org</a> .

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)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)</b> Para obtener más información acerca de la cobertura para medicamentos recetados visite <a href="http://www.1199SEIUBenefits.org">www.1199SEIU Benefits.org</a>	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> de \$6 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia minorista  <u>Copago</u> de \$12 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia de pedido por correo	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 <a href="http://www.1199SEIUBenefits.org">www.1199SEIUBenefits.org</a> .
	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago</u> de \$6 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia minorista  <u>Copago</u> de \$12 para medicamentos recetados obtenidos en una farmacia de pedido por correo  Se le cobrará una diferencia además de su <u>copago</u> .	Cargos del <u>proveedor</u>	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Se aplican <u>copagos</u> para medicamentos genéricos y de marca. Se le cobrará una diferencia por los medicamentos de marca no preferidos.	Cargos del <u>proveedor</u>	
<b>Si se realiza una cirugía ambulatoria</b>	Honorarios del centro (por ejemplo: centro quirúrgico ambulatorio)	Sin cargo para el uso del centro	Cargos del <u>proveedor</u>	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. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.  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. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Honorarios de <u>médicos</u> y cirujanos	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	

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)	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Servicios en la sala de emergencias</u>	<u>Copago de \$3 si no es ingresado en el hospital</u>	<u>Copago de \$3 si no es ingresado en el hospital, además de los cargos del 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 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>	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	No se cubre el uso de <u>transporte médico de emergencia</u> en situaciones que no sean de emergencia. Es posible que incurra en costos adicionales que paga <u>de su bolsillo</u> si utiliza un <u>proveedor de transporte médico de emergencia</u> con el que el Fondo no tiene un contrato.
	<u>Atención de urgencia</u>	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
<b>Si lo hospitalizan</b>	Honorarios del centro (por ejemplo: habitación del hospital)	<u>Copago de \$25 por admisión</u>	<u>Copago de \$25 por admisión, además de los cargos del proveedor</u>	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. Se requiere una notificación dentro de las 48 horas posteriores a una admisión de emergencia. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Honorarios de <u>médicos</u> y cirujanos	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes externos	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Servicios para pacientes hospitalizados	<u>Copago de \$25 por admisión</u>	<u>Copago de \$25 por admisión, además de los cargos del proveedor</u>	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. Se requiere una notificación dentro de las 48 horas posteriores a una admisión de emergencia. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento del niño	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.

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)	
<b>Si está embarazada (continuación)</b>	Servicios del centro para el parto/ nacimiento del niño	<u>Copago</u> de \$25 por admisión	<u>Copago</u> de \$25 por admisión, además de los cargos del <u>proveedor</u>	<p>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.</p> <p>Se requiere <u>aprobación previa</u> para el equipo de lactancia de hospital. Los equipos que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura.</p> <p>La consulta de lactancia se limita a tres visitas y se cubre solo cuando la proporcionan <u>proveedores</u> certificados. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u>, es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.</p> <p><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).</p>
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	<p>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.</p> <p>La cobertura se limita a 60 consultas por año en función de la <u>necesidad médica</u>.</p> <p>Si utiliza un <u>proveedor no participante</u>, es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.</p>
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Copago</u> de \$5 para consulta de pacientes externos <u>Copago</u> de \$25 por hospitalización	<u>Copago</u> de \$5 por consulta de pacientes externos, además de los cargos del <u>proveedor</u> <u>Copago</u> de \$25 por hospitalización, además de los cargos del <u>proveedor</u>	<p>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.</p> <p>La cobertura para la <u>rehabilitación</u> con hospitalización se limita a 30 días por año en un hospital de cuidados agudos.</p> <p>La cobertura para fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla para pacientes externos se limita a 25 consultas por disciplina por año. Se requiere <u>aprobación previa</u> para las consultas adicionales. Los servicios que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura.</p> <p>Si utiliza un <u>proveedor no participante</u>, es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.</p>
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Copago</u> de \$5 por consulta	<u>Copago</u> de \$5 por consulta, además de los cargos del <u>proveedor</u>	<p>La cobertura es solo para <u>servicios de rehabilitación</u> de pacientes externos.</p> <p>La cobertura para fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla se limita a 25 consultas por disciplina por año. Se requiere <u>aprobación previa</u> para las consultas adicionales. Los servicios que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura.</p> <p>Si utiliza un <u>proveedor no participante</u>, es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.</p>



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)	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales (continuación)</b>	<u>Centro de enfermería especializada</u>	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	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 utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	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. Se excluyen las modificaciones de vehículos, las modificaciones de viviendas, y los equipos para el baño y para ejercicios. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	<u>Servicios paliativos o para enfermos terminales</u>	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para los <u>servicios paliativos</u> o para <u>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. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo cuando utiliza un <u>proveedor participante</u> en la <u>red</u> de Atención de la Vista	Cargos del <u>proveedor</u> . Reúne los requisitos para recibir un reembolso de \$18.	Un examen cada dos años como máximo. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Anteojos o lentes de contacto para niños	Sin cargo para monturas o lentes incluidos en el programa del Fondo	Cargos del <u>proveedor</u> . Reúne los requisitos para recibir un reembolso de \$57.	La cobertura se limita a un par de anteojos recetados o un pedido de lentes de contacto recetados del programa del Fondo cada dos años. El pago por el examen y los anteojos o lentes de contacto que no están incluidos en el programa del Fondo se limitará a la asignación del Fondo de \$75. No se cubren los tratamientos de lentes con protección ultravioleta o resistentes a rayones. Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Control dental para niños	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Si utiliza un <u>proveedor no participante</u> , es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.

## 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.)

- Atención brindada en un centro de enfermería especializada o casa de reposo
- Cirugía estética
- Servicios de rehabilitación en la medida en que la cobertura pueda obtenerse de otras fuentes
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- 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
- Acupuntura por médicos autorizados: La cobertura se limita a 25 tratamientos por año; Copago de \$5 por tratamiento
- Cirugía bariátrica (sujeta a aprobación previa)
- Atención quiropráctica: La cobertura se limita a 12 tratamientos por año; Copago de \$5 por tratamiento
- Atención dental (adultos): Se pueden aplicar copagos
- Audífonos: Una vez cada tres años (se pueden aplicar copagos); Beneficio máximo de \$750 (\$375 para cada oído)
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. (pueden aplicarse ciertas restricciones)
- Atención de enfermería privada (sujeta a aprobación previa y se aplican algunas restricciones)
- Atención de la vista de rutina (adultos): Un examen de la vista cada dos años; Un par de anteojos o un pedido de lentes de contacto cada dos años
- Cuidado de rutina de los pies: La cobertura se limita a 15 tratamientos por año; Copago de \$5 por tratamiento

**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](http://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](http://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](http://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](http://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)

■ <b>El deducible general del plan</b>	\$0
■ <b>Copago del especialista</b>	\$0
■ <b>Coseguro del hospital (centro)*</b>	\$25
■ <b>Otros coseguros</b>	0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del <u>especialista</u> ( <i>atención prenatal</i> )	
Servicios profesionales para el parto/nacimiento del niño	
Servicios del centro para el parto/nacimiento del niño	
Pruebas diagnósticas ( <i>ecografías y análisis de sangre</i> )	
Consulta con el <u>especialista</u> ( <i>anestesia</i> )	
<b>Costo Total del Ejemplo</b>	<b>\$12,800</b>

En este ejemplo, Peg debería pagar:

<u>Costo Compartido</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$60
Coseguro	\$0
<u>Lo Que No Está Cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$10
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$70</b>

\*Copago del hospital

### Control de la Diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <b>El deducible general del plan</b>	\$0
■ <b>Copago del especialista</b>	\$10
■ <b>Coseguro del hospital (centro)</b>	0%
■ <b>Otros coseguros</b>	0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del <u>médico de atención primaria</u> ( <i>incluida la educación sobre enfermedades</i> )	
Pruebas diagnósticas ( <i>análisis de sangre</i> )	
Medicamentos recetados	
Equipo médico duradero ( <i>medidor de glucosa</i> )	
<b>Costo Total del Ejemplo</b>	<b>\$7,400</b>

En este ejemplo, Joe debería pagar:

<u>Costo Compartido</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
<u>Lo Que No Está Cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$420</b>

### La Fractura Simple de Mia

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

■ <b>El deducible general del plan</b>	\$0
■ <b>Copago del especialista</b>	\$10
■ <b>Coseguro del hospital (centro)*</b>	\$10
■ <b>Otros coseguros</b>	0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:

Servicios en la sala de emergencias ( <i>incluidos los suministros médicos</i> )	
Pruebas diagnósticas ( <i>radiografía</i> )	
Equipo médico duradero ( <i>muletas</i> )	
Servicios de rehabilitación ( <i>fisioterapia</i> )	
<b>Costo Total del Ejemplo</b>	<b>\$1,900</b>

En este ejemplo, Mia debería pagar:

<u>Costo Compartido</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$30
Coseguro	\$0
<u>Lo Que No Está Cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$30</b>

\*Copago para la sala de emergencias

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 de 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. -טפור. לאצפא ופ יירפ סעסיוורע

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নথিচায় ভাষা সহায়তা পরামর্শ 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 ةىوغلل ةدعاسملا تامدخ نإف، ةغلل ركذا 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.



