



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.norcalaborers.org o llamando al 1 800 244 4530.

Preguntas Importantes	Respuestas	¿Por qué esto es Importante?
¿Qué es el deducible general?	\$150 persona/ \$450 familia. 03/01 - 02/28. No aplica a servicios de hospitalización, exámenes físicos rutinarios, visitas del bebé saludable hasta los 24 meses de edad o el beneficio de medicamentos de receta.	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 1 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 ?	Sí. \$3,000 persona/ \$6,000 familia. Proveedores Participantes (PPO) solamente.	El límite para los gastos del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura (usualmente cada año). Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ?	Primas, saldo de cargos facturados, atención a la salud que no cubre este plan, copagos, coseguro o reclamaciones no PPO y penalidades por no conseguir las revisiones de hospitalización.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos del bolsillo .
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí, la Red del Plan Anthem Blue Cross Prudent Buyer. Para una lista de proveedores, visite www.anthem.com/ca	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 1 800 244 4530 o visite www.norcalaborers.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf>.

También puede ver el Glosario en el sitio del web de los Fondos Fiduciarios.



- **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** participantes 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	\$15 copago/visita	\$15 copago/visita más 30% coseguro	Cada vez que utilice un no-PPO para servicio cubierto, además del coseguro de 30%, usted también paga todos los cargos que excedan los montos permitidos.
	Consulta con un especialista	10% coseguro	30% coseguro	ninguno
	Consulta con otro proveedor de la salud	En exceso de \$40/visita, 20 visitas por cada Año del Plan para quiropráctico. 10% coseguro por acupuntura.	Igual que para un proveedor Participante para quiropráctico. 30% coseguro por acupuntura.	Usted paga cualquier cantidad en exceso de \$40 por cada visita y cualquier cantidad en exceso de 20 visitas por cada Año del Plan para quiroprácticos. Acupuntura limitada al tratamiento del dolor.
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	No cubierto	No cubierto	Inmunizaciones cubiertas: 10% coseguro PPO o 30% coseguro, más los montos que excedan los montos permitidos cuando se utiliza un no-PPO. Éste es un Plan de derechos adquiridos.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	10% coseguro	30% coseguro	Radiografías realizadas por un quiropráctico están limitadas a \$100 por año del plan.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	10% coseguro	30% coseguro	Cada vez que utilice un no-PPO para cualquier servicio cubierto, además del coseguro de 30%, usted también paga todos los cargos que excedan los montos permitidos.

Preguntas: Llame al 1 800 244 4530 o visite www.norcalaborers.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf>.

También puede ver el Glosario en el sitio del web de los Fondos Fiduciarios.

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 necesita un medicamento Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite www.OptumRx.com	Medicamentos genéricos	\$10 copago/receta Menudeo* o \$20 copago/receta Pedido Postal	\$10 copago/receta más el exceso de la cantidad contratada al Menudeo*	Suministro de 30 días Menudeo; suministro de 90 días Pedido Postal. *Copago doble después del 3r. reabastecimiento Menudeo.
	Medicamentos de marca preferidos	\$20 copago/receta Menudeo* o \$40 copago/de receta Pedido Postal.	\$20 copago/receta Menudeo* más exceso de la cantidad del contrato	Misma Limitación/Excepción como Medicamentos de Receta
	Medicamentos de marca no preferidos	\$30 copago/receta Menudeo* o \$60 copago/receta Pedido Postal.	\$30 copago/receta Menudeo* más exceso de la cantidad de contrato.	Misma Limitación/Excepción como Medicamentos de Receta
	Medicamentos especiales	\$20 copago/ medicamentos inyectables. Medicamentos orales como los anteriores para los genéricos; preferidos/no preferidos	No cubierto	Tiene que usar un Proveedor bajo contrato para todas los Medicamentos Especiales (OptumRx).
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	10% coseguro	En exceso de \$500/día	Usted paga todos los cargos en exceso de \$500/día si usa no PPO. Para instalaciones de cirugía basados en hospitales, la asignación máxima del plan para la artroscopia es de \$6,000; cataratas es \$2,000; colonoscopia es \$1,500.
	Tarifa del médico/cirujano	10% coseguro	30% coseguro	ninguno
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$25 copago/visita más 10% coseguro	\$50 copago/visita más 30% coseguro	ninguno
	Traslado médico de emergencia	10% coseguro	30% coseguro o 10% coseguro si hay peligro de muerte.	Cada vez que utilice un no-PPO para cualquier servicio cubierto, además del coseguro de 30%, usted también paga todos los cargos que excedan los montos permitidos.

Preguntas: Llame al 1 800 244 4530 o visite www.norcalaborers.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf>.

También puede ver el Glosario en el sitio del web de los Fondos Fiduciarios.

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 necesita atención inmediata (continuado)	Cuidado urgente	\$15 copago/visita	\$15 copago/visita más 30% coseguro.	Esto es para un centro de atención de urgencia no hospitalario. Cada vez que utilice un no-PPO para cualquier servicio cubierto, además del coseguro de 30%, usted también paga todos los cargos que excedan los montos permitidos
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	10% coseguro de los 1ros. \$10,000. No hay costo por el resto de la hospitalización.	30% coseguro* de los 1ros. \$10,000. No hay costo por el resto de la hospitalización.	*10% coseguro de 1ros. \$10,000 si el no PPO se debe a una emergencia o la residencia está fuera del área de servicio del PPO. Revisión de Utilización requerida para todas las hospitalizaciones. Penalidad del 20% de los 1ros. \$10,000 por incumplimiento (sólo para no-PPO). Cirugía de reemplazo de cadera o rodilla rutina limita asignación del plan máximo de \$30,000. Utilice las instalaciones hospitalarias designadas para la cirugía de reemplazo de cadera o rodilla.
	Tarifa del médico/cirujano	10% coseguro	30% coseguro	Cada vez que utilice un no-PPO para cualquier servicio cubierto, además del coseguro de 30%, usted también paga todos los cargos que excedan los montos permitidos
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$15 copago/visita a consultorio y 10% coseguro otros servicios ambulatorios.	\$15 copago más 30% coseguro/ visita a consultorio y 30% coseguro otros servicios ambulatorios.	Además, hasta tres (3) visitas sin costo por incidente por Año del Plan a través del programa EAP. Sólo tras la recomendación y sólo en proveedores de la red.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	10% coseguro de los 1ros. \$10,000. No hay costo por el resto de la hospitalización.	30% coseguro* de los primeros \$10,000. No hay costo por el resto de la hospitalización.	*10% coseguro de los 1ros. \$10,000 si el no PPO se debe a una emergencia o la residencia está fuera del área de servicio del PPO. Revisión de Utilización requerida para todas las hospitalizaciones. Penalidad del 20% de los 1ros. \$10,000 por incumplimiento (sólo para no-PPO).
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$15 copago/visita a consultorio y 10% coseguro otros servicios ambulatorios.	\$15 copago más 30% coseguro/ visita a consultorio y 30% coseguro otros servicios ambulatorios.	Además, hasta tres (3) visitas sin costo por incidente por Año del Plan a través del programa EAP. Sólo tras la recomendación y sólo en proveedores de la red.

Preguntas: Llame al 1 800 244 4530 o visite www.norcalaborers.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf>.

También puede ver el Glosario en el sitio del web de los Fondos Fiduciarios.

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 tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias (continuado)	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	10% coseguro de los 1ros. \$10,000. No hay costo por el resto de la hospitalización.	30% coseguro* de los primeros \$10,000. No hay costo por el resto de la hospitalización.	*10% coseguro de 1ros. \$10,000 si el no PPO se debe a una emergencia o la residencia está fuera del área de servicio del PPO. Revisión de Utilización requerida para todas las hospitalizaciones. Penalidad del 20% de los 1ros. \$10,000 por incumplimiento (sólo para no-PPO).
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Incluido en Parto y todos los servicios de internación.	Incluido en Parto y todos los servicios de internación.	El embarazo no está cubierto para las hijas dependientes.
	Parto y todos los servicios de internación	10% coseguro	30% coseguro	Coseguro de hospitalización 10%/30% de 1ros. \$10,000, no hay costo por el resto de la hospitalización. Revisión de uso requerida si la duración de la estancia es de más de 48 horas para la entrega general o 96 horas para la cesárea.
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	10% coseguro	30% coseguro	Se requiere Autorización Previa.
	Servicios de rehabilitación	10% coseguro	30% coseguro	ninguno
	Servicios de recuperación de las habilidades	No cubierto	No cubierto	Usted paga el 100% de estos gastos.
	Cuidado de enfermería especializado	10% coseguro	30% coseguro	Lo mismo que para Limitación/Excepciones como para Tarifa del Centro si hospitalizado (ver página 4).
	Equipo médico duradero	10% coseguro	30% coseguro	Deben ser recetados por un médico.
	Cuidado de hospicio	10% coseguro	30% coseguro	Se requiere Autorización Previa.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	No cubierto	No cubierto	Puede estar cubierto bajo un plan de la vista por separado.
	Anteojos	No cubierto	No cubierto	Puede estar cubierto bajo un plan de la vista por separado.
	Consulta dental	No cubierto	No cubierto	Puede estar cubierto bajo un plan dental por separado.

Preguntas: Llame al 1 800 244 4530 o visite www.norcalaborers.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf>.

También puede ver el Glosario en el sitio del web de los Fondos Fiduciarios.

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.)

- Atención a largo plazo
- Atención dental (Puede estar disponible bajo un plan por separado)
- Atención que no es de emergencia cuando esté viajando fuera de los EE.UU.
- Atención rutinaria de la vista (Puede estar cubierto bajo un plan de la vista por separado)
- Atención rutinaria de los pies
- Cirugía cosmética
- Enfermero privado
- Medicamentos especiales de una farmacia/centro que no está en el contrato
- Programa de pérdida de peso
- Servicios de habilitación
- Tratamiento para la infertilidad

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

- Acupuntura (si es recetada para el tratamiento del dolor)
- Atención quiropráctica
- Atención rutinaria de la vista (solo exámenes—adults y niños)
- Audífonos
- Cirugía bariátrica (cuando sea médicamente necesaria)

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura conforme al plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionar las protecciones que le permitan mantener su cobertura de salud. Cualquiera de esos derechos puede estar limitado en su duración y requerirán que usted pague una **prima** que puede ser significativamente más alta que la prima que paga mientras está cubierto bajo el plan. Hay otras limitaciones a sus derechos a continuar con la cobertura que pueden aplicarse también.

Para más información sobre sus derechos de continuar la cobertura, comuníquese con el plan al 1 800 244 4530. También puede comunicarse con su departamento estatal de seguros, el Departamento del Trabajo de los EE.UU., la Administración de Seguridad en los Beneficios de los Empleados al 1 866 444 3272 o en www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. al 1 877 267 2323 x 61565 o en 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 la Junta de Fideicomisarios del Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California, 220 Campus Lane Fairfield, CA 94534-1498. También puede comunicarse con el Departamento del Trabajo en www.dol.gov/ebsa.healthcarereform o al 1 866 444 3272.

¿Proporciona esta Cobertura la Cobertura Mínima Esencial?

La Ley de Cuidado de Salud Asequible requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención a la salud que califique como “cobertura mínima esencial”. **Este plan o póliza sí proporciona cobertura mínima esencial.**

Preguntas: Llame al 1 800 244 4530 o visite www.norcalaborers.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf>.

También puede ver el Glosario en el sitio del web de los Fondos Fiduciarios.

¿Cumple esta Cobertura con la Norma Mínima de Valor?

La Ley de Cuidado de Salud Asequible establece una norma mínima de valor de los beneficios de un plan de salud. La norma mínima de valor es el 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud sí cumple con la norma mínima de valor para los beneficios que proporciona.**

Servicios de idiomas de acceso:

ESPAÑOL: Para obtener asistencia en español, llame al 1 800 244 4530.

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

Preguntas: Llame al 1 800 244 4530 o visite www.norcalaborers.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf>.

También puede ver el Glosario en el sitio del web de los Fondos Fiduciarios.

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: \$6,510
- Usted paga: \$1,030

Ejemplos de los costos:

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

El Paciente paga:

Deducibles	\$200
Copagos	\$100
Coseguro	\$700
Límites o exclusiones	\$30
Total	\$1,030

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,500
- Usted paga: \$900

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorios 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	\$200
Copagos	\$600
Coseguro	\$20
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$900

Preguntas: Llame al 1 800 244 4530 o visite www.norcalaborers.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf>.

También puede ver el Glosario en el sitio del web de los Fondos Fiduciarios.

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 1 800 244 4530 o visite www.norcalaborers.org.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/SBCUniformGlossary.pdf>.

También puede ver el Glosario en el sitio del web de los Fondos Fiduciarios.