



Este 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.itpeubenefits.org, o llamando al 1-800-327-5926.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|---|---|--|
| ¿Qué es el deducible general? | \$600 por una persona para proveedores dentro o fuera de la red. \$1,200 por familia para proveedores dentro o fuera de la red. | Debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del deducible a fin de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted utilice. Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cuánto debe pagar por los servicios cubiertos una vez que ha alcanzado el deducible . Los miembros de la familia en forma combinada pueden alcanzar ambos deducibles . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | Farmacia: \$175; atención dental: \$125 | El plan comienza la cobertura para estos servicios después de que se haya alcanzado el deducible. |
| ¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ? | Sí. \$4,500 por una persona para proveedores dentro y fuera de la red. \$9,000 por familia para proveedores dentro y fuera de la red. | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que le correspondería pagar durante un periodo de cobertura (normalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le permite planificar los gastos de atención médica. Los miembros de la familia en forma combinada pueden alcanzar el máximo para gastos de bolsillo . |
| ¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ? | Las contribuciones del empleador, los cargos correspondientes a saldo de facturación y los servicios que la Administración médica no considere médicamente necesarios no están cubiertos por este plan. | Incluso si paga estos gastos, no se toman en cuenta para el límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Hay un límite anual para las reclamaciones que paga el plan? | No. | La tabla que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura específicos, como los límites para la cantidad de visitas al consultorio. |
| ¿Tiene este plan una red de proveedores ? | Sí. Consulte www.anthem.com o llame al 1-877-331-4329 para obtener una lista de proveedores dentro de la red. | Si consulta a un médico u otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que, para algunos servicios, es posible que su médico u hospital dentro de la red utilicen un proveedor fuera de la red. Los planes utilizan los términos dentro de la red, preferido o participante para hacer referencia a los proveedores que pertenecen a su red . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber de qué manera este plan paga a los diversos tipos de proveedores . |

Preguntas: Llame al 1-877-331-4329 o visite www.anthem.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.anthem.com o llame al 1-877-331-4329 y pida una copia.

ITPEU Health & Welfare Fund: PPO Plan Class 3 Rate \$4.40 AND ABOVE Duración de la póliza: 01/01/18 – 12/31/18

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Individual/Familiar | **Tipo de plan:** PPO

| | | |
|---|---|--|
| ¿Necesito un referido para ver un <u>especialista</u> ? | No. No necesita un referido para consultar a un especialista. | Puede consultar al <u>especialista</u> que usted desee sin necesidad de permiso de este plan. |
| ¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra? | Sí. | Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 6. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información sobre los <u>servicios excluidos</u> . |



- **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 30% de esa cantidad, o sea \$300. 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, si en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**). Permitimos los cargos usuales y habituales.
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** dentro de la red 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 <u>proveedor</u> médico | Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida | 30% de coseguro | 40% de coseguro | ————ninguna———— |
| | Consulta con un especialista | 30% de coseguro | 40% de coseguro | ————ninguna———— |
| | Consulta con otro proveedor de la salud | 30% de coseguro para acupuntura y atención quiropráctica | 40% de coseguro para acupuntura y atención quiropráctica | La cobertura tiene un límite de 30 visitas por año para terapia ocupacional, terapia física y atención quiropráctica. La cobertura tiene un límite de 20 visitas por año calendario para terapia del habla. |
| | Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas | Sin cargo | 40% de coseguro | Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |

Preguntas: Llame al 1-877-331-4329 o visite www.anthem.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.anthem.com o llame al 1-877-331-4329 y pida una copia.

ITPEU Health & Welfare Fund: PPO Plan Class 3 Rate \$4.40 AND ABOVE Duración de la póliza: 01/01/18 – 12/31/18

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Individual/Familiar | **Tipo de plan:** PPO

| 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 que hacerse un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | 30% de coseguro | 40% de coseguro | Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |
| | Imágenes (CT/PET scan, MRI) | 30% de coseguro | 40% de coseguro | Se requiere certificación previa. |
| ¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo? Para más información sobre la <u>cobertura de medicamentos</u> , visite www.itpeubenefits.org 1-800-327-5926 | Sí. \$2,550 por una persona/ \$5,100 por familia para Medicamentos genéricos | 30% de coseguro | 30% de coseguro | Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |
| | \$2,550 por una persona/ \$5,100 por familia Medicamentos de marca preferidos | 30% de coseguro | 30% de coseguro | Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |
| | \$2,550 por una persona/ \$5,100 por familia Medicamentos de marca no preferidos | 30% de coseguro | 30% de coseguro | Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |
| | \$2,550 por una persona/ \$5,100 por familia para Medicamentos especializados | 30% de coseguro | 30% de coseguro | Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Arancel del centro (clínica) | 30% de coseguro | 40% de coseguro | Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |
| | Tarifa del médico/cirujano | 30% de coseguro | 40% de coseguro | Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |

Preguntas: Llame al 1-877-331-4329 o visite www.anthem.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.anthem.com o llame al 1-877-331-4329 y pida una copia.

ITPEU Health & Welfare Fund: PPO Plan Class 3 Rate \$4.40 AND ABOVE Duración de la póliza: 01/01/18 – 12/31/18

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Individual/Familiar | **Tipo de plan:** PPO

| 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 | Servicios de la sala de emergencias | \$300 Copago 30% de coseguro | \$300 Copago 30% de coseguro | Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |
| | Traslado médico de emergencia | 30% de coseguro | 40% de coseguro | Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |
| | Cuidado urgente | 30% de coseguro | 40% de coseguro | Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |
| Si lo admiten al hospital | Arancel del hospital (habitación) | 30% de coseguro | 40% de coseguro | Se requiere certificación previa. |
| | Tarifa del médico/cirujano | 30% de coseguro | 40% de coseguro | Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |
| Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias | Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta | Sin cobertura | Sin cobertura | ————ninguna———— |
| | Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados | Sin cobertura | Sin cobertura | ————ninguna———— |
| | Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias | Sin cobertura | Sin cobertura | ————ninguna———— |
| | Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados | Sin cobertura | Sin cobertura | ————ninguna———— |

Preguntas: Llame al 1-877-331-4329 o visite www.anthem.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.anthem.com o llame al 1-877-331-4329 y pida una copia.

ITPEU Health & Welfare Fund: PPO Plan Class 3 Rate \$4.40 AND ABOVE Duración de la póliza: 01/01/18 – 12/31/18

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Individual/Familiar | **Tipo de plan:** PPO

| 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 está embarazada | Cuidados prenatales y post parto | 30% de coseguro | 40% de coseguro | Es posible que haya otros niveles de distribución de costos que dependen de la forma en la que se proporcionan los servicios. Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |
| | Parto y todos los servicios de internación | 30% de coseguro | 40% de coseguro | Se requiere certificación previa. |
| Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales | Cuidado de la salud en el hogar | 30% de coseguro | 40% de coseguro | 120 días como máximo |
| | Servicios de rehabilitación | 30% de coseguro | 40% de coseguro | La cobertura tiene un límite de 30 visitas por año para terapia ocupacional, terapia física y atención quiropráctica. La cobertura tiene un límite de 20 visitas por año calendario para terapia del habla. |
| | Servicios de recuperación de las habilidades | 30% de coseguro | 40% de coseguro | La cobertura tiene un límite de 30 visitas por año para terapia ocupacional, terapia física y atención quiropráctica. La cobertura tiene un límite de 20 visitas por año calendario para terapia del habla. |
| | Cuidado de enfermería especializado | 30% de coseguro | 40% de coseguro | 120 días como máximo |
| | Equipo médico duradero | 30% de coseguro | 40% de coseguro | Para obtener más información, consulte su SPD en www.itpeubenefits.org . |
| | Cuidado de hospicio | Sin cobertura | Sin cobertura | ninguna |
| Si tiene preguntas sobre la atención dental o de la vista, visite: www.itpeubenefits.org 1-800-327-5926 | Beneficio de la visión | Cubierto(a) | Cubierto(a) | \$250 como máximo para el empleado únicamente (cada 24 meses) |
| | Beneficio dental | 30% de coseguro 45% de coseguro para prótesis | 30% de coseguro 45% de coseguro para prótesis | \$800 como máximo para el empleado; \$400 como máximo para dependiente |

Preguntas: Llame al 1-877-331-4329 o visite www.anthem.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.anthem.com o llame al 1-877-331-4329 y pida una copia.

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.)

- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Servicios de enfermería privada
- Dispositivos para la audición
- Cuidado rutinario de los pies
- Programas de pérdida de peso

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

- Acupuntura
- Atención quiropráctica
- Cuidado dental
- Live Health Online
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbs.com/bluecardworldwide
- Atención que no sea de emergencia mientras se encuentre de viaje fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina de la vista

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura del plan, es posible que, según las circunstancias, las leyes federales y estatales le ofrezcan una protección que le permita conservar la cobertura médica. Tales derechos pueden ser limitados en duración y exigirán el pago de una prima, que puede ser notablemente mayor que la prima que usted paga mientras está cubierto por el plan. Es posible, además, que sean aplicables otras limitaciones en sus derechos de continuidad de la cobertura.

Para obtener más información acerca de sus derechos de continuidad de la cobertura, comuníquese con el Plan llamando al 1-800-327-5926. También puede comunicarse con su departamento de seguros estatal, con la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. llamando al 1-800-537-8183 o a través de www.dol.gov/ebsa, o bien con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. llamando al 1-800-233-4947, interno 61565, o a través de www.cciio.cms.gov.

Preguntas: Llame al 1-877-331-4329 o visite www.anthem.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.anthem.com o llame al 1-877-331-4329 y pida una copia.

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:

Anthem BCBS

P.O. Box 105568

Atlanta, GA 30348.

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

Preguntas: Llame al 1-877-331-4329 o visite www.anthem.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.anthem.com o llame al 1-877-331-4329 y pida una copia.

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.



Esta 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** \$4,788
- **Usted paga** \$2,752

Ejemplos de los costos:

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

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|----------------|
| Deducibles | \$700 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$2,052 |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Total | \$2,752 |

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** \$5,400
- **El plan paga** \$3,290
- **Usted paga** \$2,110

Ejemplos de los costos:

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

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|----------------|
| Deducibles | \$700 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$1,410 |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Total | \$2,110 |

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las contribuciones del empleador.
- 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 periodo de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de 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 lo 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 costo importante es la contribución que paga su empleador. Por lo general, cuanto más baja sea la contribución, mayores serán los gastos de su bolsillo, como los copagos, deducibles y coseguro.

Preguntas: Llame al 1-877-331-4329 o visite www.anthem.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.anthem.com o llame al 1-877-331-4329 y pida una copia.