



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.

El **plan** del Fondo Nacional de Beneficios de 1199SEIU para Trabajadores de la Ciudad de Nueva York es un **plan** de beneficios complementarios que proporciona beneficios odontológicos, oftalmológicos y de medicamentos recetados solo para los miembros y los miembros elegibles de su familia, conforme a lo indicado en la columna Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué es Importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte el cuadro de Eventos Médicos Comunes que figura a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de que alcance su deducible ?	No.	Este plan cubre todos los artículos y servicios sin un deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para recibir servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos directos del bolsillo para este plan ?	No corresponde.	Este plan no posee límite de gastos directos del bolsillo en sus gastos.
¿Qué se excluye del límite de gastos directos del bolsillo ?	No corresponde.	Este plan no posee límite de gastos directos del bolsillo en sus gastos.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red ?	Sí. Ingrese en www.1199SEIUBenefits.org o llame al (646) 473-9200 para obtener una lista de los proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan . Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de parte del proveedor con la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para determinados servicios (como, por ejemplo, los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No corresponde.	Este plan no cubre los servicios de un médico .

El Fondo Nacional de Beneficios de 1199SEIU para Trabajadores de la Ciudad de Nueva York se considera a sí mismo como un “**plan** de salud de derechos adquiridos” en virtud de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo.



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	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Consulta con un <u>especialista</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Atención preventiva/ examen médico/ inmunización</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
Si se realiza una prueba	<u>Pruebas diagnósticas</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET scans, MRI, MRA)	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</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)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información acerca de la cobertura para medicamentos recetados visite www.1199SEIU Benefits.org	Medicamentos genéricos	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Esto es solo un beneficio de farmacia y excluye los medicamentos administrados en el consultorio del <u>médico</u> o en un entorno de paciente externo.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo	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.
	Medicamentos de marca no preferidos	Se le cobrará una diferencia	Cargos del <u>proveedor</u>	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.
	<u>Medicamentos especializados</u>	Se le cobrará una diferencia por los medicamentos de marca no preferidos	Cargos del <u>proveedor</u>	<p>Se requiere <u>aprobación previa</u> para ciertos medicamentos. Determinados medicamentos están sujetos a la administración de programas clínicos.</p> <p>Los medicamentos recetados para afecciones crónicas deben obtenerse a través de <i>The 1199SEIU 90-Day Rx Solution</i>.</p> <p>Los medicamentos que no tengan <u>aprobación previa</u> de acuerdo con los términos de la <u>SPD</u> no tendrán cobertura.</p> <p>Ciertos tipos de medicamentos están cubiertos a través del programa de salud que proporciona la ciudad de Nueva York y no están cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados del Fondo Nacional de Beneficios.</p> <p>Para conocer las limitaciones, excepciones y otra información importante, consulte la <u>SPD</u> en www.1199SEIUBenefits.org.</p>
Si se realiza una cirugía ambulatoria	Honorarios del centro (por ejemplo: centro quirúrgico ambulatorio)	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Honorarios de <u>médicos</u> y cirujanos	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
Si necesita atención médica inmediata	<u>Servicios en la sala de emergencias</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Atención de urgencia</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</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)	
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (por ejemplo: habitación del hospital)	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Honorarios de <u>médicos</u> y cirujanos	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes externos	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Servicios profesionales para el parto/ nacimiento del niño	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Servicios del centro para el parto/ nacimiento del niño	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Centro de enfermería especializada</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</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)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales (continuación)	<u>Servicios paliativos o para enfermos terminales</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	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. No se cubren los tratamientos de lentes con protección ultravioleta o resistentes a rayones. 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. 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>	Beneficio máximo de por vida de \$3,300 por persona si utiliza un <u>proveedor participante</u> o de \$1,130 por persona si utiliza un <u>proveedor no participante</u> para servicios de ortodoncia hasta los 19 años. Beneficio máximo de \$3,000 por persona al año para servicios odontológicos que no sean de ortodoncia. 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.)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención brindada en un centro de enfermería especializada o casa de reposo
- Atención quiropráctica
- Cirugía estética
- Pruebas diagnósticas
- Equipo médico duradero
- Transporte médico de emergencia
- Servicios en la sala de emergencias
- Honorarios del centro para estadías de pacientes internados o cirugías para pacientes externos
- Servicios de rehabilitación
- Audífonos
- Atención médica en el hogar
- Servicios paliativos o para enfermos terminales
- Diagnóstico por imágenes
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Servicios psiquiátricos/de salud conductual para pacientes hospitalizados o externos
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. (excepto para los medicamentos recetados cubiertos)
- Honorarios del médico o cirujano para estadías como paciente hospitalizado o cirugía ambulatoria
- Atención prenatal médica, posnatal y servicios relacionados con el parto para pacientes hospitalizados
- Atención preventiva/examen médico/inmunización
- Consultas a médicos de atención primaria, especialistas y otros profesionales en el consultorio
- Atención de enfermería privada
- Servicios de rehabilitación
- Atención de rutina de los pies
- Centro de enfermería especializada
- Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados y externos
- Atención de urgencia
- 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.)

- Atención dental (adultos): Beneficio máximo de \$3,000 por persona al año
- Atención oftalmológica 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

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 un reclamo contra su plan por la negación de una reclamación. Este reclamo 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? No.

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? No.

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	\$0
■ Copago del especialista	n/a
■ Coseguro del hospital (centro)	n/a
■ Otros coseguros	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>)	
Costo Total del Ejemplo	\$12,800

En este ejemplo, Peg debería pagar:

<i>Costo Compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo Que No Está Cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$12,600
El total que pagaría Peg es	\$12,600

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	\$0
■ Copago del especialista	n/a
■ Coseguro del hospital (centro)	n/a
■ Otros coseguros	0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio del <u>proveedor 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>)	
Costo Total del Ejemplo	\$7,400

En este ejemplo, Joe debería pagar:

<i>Costo Compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo Que No Está Cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$1,400
El total que pagaría Joe es	\$1,400

La Fractura Simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	n/a
■ Coseguro del hospital (centro)	n/a
■ Otros coseguros	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>)	
Costo Total del Ejemplo	\$1,900

En este ejemplo, Mia debería pagar*:

<i>Costo Compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo Que No Está Cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$1,900
El total que pagaría Mia es	\$1,900

*No se cubre esta afección, por lo que el paciente paga el 100%.

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 ונעז, 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
మాట్లాడుతున్నట్లయితే, 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.

