

LOCAL 99 Health & Welfare Fund

Alberto Arroyo, Chairperson
Debra Rich, Executive Director

TRUSTEES:
Angela Bialorucki
Martin Canturiano
Cecilia Gomez
Cleveland Jenkins
Kevin McCann
Maricarmen Molina

Aviso de Estado de Derechos Adquiridos del Fondo

Ya que el fondo es un “plan de salud con derechos adquiridos” la ley requiere que le proveamos esta notificación.

El fondo se considera un “plan de salud con derechos adquiridos” bajo la ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Como lo permite la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, un plan de salud con derechos adquiridos puede preservar cierta cobertura básica que estaba ya en vigencia cuando la ley entró en efecto.

Ser un plan de salud con derechos adquiridos significa que el Fondo puede no incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, las cuales aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de tener que ofrecer servicios de salud preventivos sin ningún costo.

Preguntas sobre que protecciones aplican y que protecciones no aplican a un plan de salud con derechos adquiridos y que puede causar que un plan cambie de un estado de plan de salud con derechos adquiridos pueden ser dirigidas al Administrador del Contrato del Fondo, ubicados en el segundo piso del 18 Washington Place, Newark, NJ 07102-3106; teléfono: 973-735-6464, Fax: 973-735-6465. También puede contactar a la Administración de Seguridad de Beneficios del Trabajador, Departamento de trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Esta página web tiene una tabla resumiendo que protecciones aplican y que protecciones no aplican a los planes de salud con derechos adquiridos.



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 973-735-6464 o www.local99healthandwelfarefund.org. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 973-735-6464 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No.	Este plan cubre algunos productos y servicios, aunque no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	No se aplica	Este plan no tiene un máximo directo de bolsillo por sus gastos.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	No se aplica	Este plan no tiene un máximo directo de bolsillo por sus gastos.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red, visite www.anthem.com o llame al 1-800-810-2583	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si acude a un proveedor que este incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorios). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$20 copago / visita	No se cubre	No cobertura en clínicas adueñadas por hospitales.
	Consulta con un especialista	\$20 copago / visita	No se cubre	No cobertura en clínicas adueñadas por hospitales.
	Atención preventiva/ evaluación/ vacunas	No cargos	No se cubre	Usted puede tener que pagar por servicios que no son preventivos . Pregunte a su proveedor de los servicios que necesita son preventivos. A continuación, compruebe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	10% coseguro	No se cubre	Debe realizarse en un centro independiente, a menos que sea médicamente necesario.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	10% coseguro	No se cubre	Debe realizarse en un centro independiente, a menos que sea médicamente necesario. Pre-autorización es requerida para CT / PETS, MRIs. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.benecard.com	Medicamentos genéricos	\$3 copago (farmacia de venta al público) \$10 copago (orden por correo)	No se cubre	Farmacia de venta al público y orden por correo - No se cubre medicamentos sin receta o de venta libre. Medicamentos de marca no preferidos son cubiertos si medicamento necesario. Farmacia de venta al público – Limitado a 14 días, límite de 2 órdenes cada 6 meses. Genérico Mandatorio. Orden por correo - 90 días. No copago si está registrado en el programa de manejo de diabetes.
	Medicamentos de marca preferidos	\$10 copago (farmacia de venta al público) \$15 copago (orden por correo)	No se cubre	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$15 copago (farmacia de venta al público y orden por correo)	No se cubre	
	Medicamentos de especialidad	\$10 copago (orden por correo)	No se cubre	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% coseguro	No se cubre	No cobertura en hospitales fuera de la red. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Tarifas del médico/cirujano	10% coseguro	No se cubre	Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como la anestesia). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. Pre-autorización es requerida.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$50 copago / visita	20% coseguro	Se le dispensa el copago de emergencia, si es admitido
	Transporte médico de emergencia	No cargos	No cargos	\$ 750 limite por acontecimiento.
	Atención de urgencia	\$20 copago / visita	20% coseguro	Ninguna
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$100 copago	No se cubre	120 días limite por acontecimiento. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Tarifas del médico/cirujano	10% coseguro	No se cubre	Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como la anestesia). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. Pre-autorización es requerida.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$10 copago / visita	No se cubre	30 visitas limite por año. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$100 copago	No se cubre	120 días limite por acontecimiento. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$20 copago / visita inicial	No se cubre	El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (es decir, ultrasonido). Parto normal cubierto hasta 48 horas, operación cesárea cubierto hasta 96 horas. Pre-autorización es requerida si la estancia es más allá de 48/96 horas. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	10% co-seguro	No se cubre	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	10% co-seguro	No se cubre	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	10% co-seguro	No se cubre	90 visitas límite por año. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Servicios de rehabilitación	Interno / No cargos Ambulatorio / \$10 copago	No se cubre	Servicio de Internación: 30 días límite por año. Servicio ambulatorio: 30 visitas límite por año. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Servicios de habilitación	No se cubre	No se cubre	Ninguna
	Atención de enfermería especializada	No cargos	No se cubre	30 días límite por año. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Equipo médico duradero	10% co-seguro	No se cubre	Pre-autorización se requiere en exceso de \$1000 o cualquier alquiler. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	No cargos	No se cubre	Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la Pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	No cargos	No se cubre	Un examen por año.
	Anteojos para niños	No cargos	Cargos en exceso de \$225	Un par de anteojos cada dos años hasta \$225.
	Control dental para niños	No se cubre	No se cubre	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

• Acupuntura • Audifonos • Cirugía Cosmética	• Cuidado Dental (Adulto) • Cuidado a Largo Plazo • Cuidado de no emergencia cuando se viaja fuera de los Estados Unidos	• Enfermería Privada • Tratamiento de infertilidad
Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
• Cirugía Bariátrica. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización, los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.	• Cuidado Quiropráctico, 30 visitas límite por año, beneficio dentro de la red solamente. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización, los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos. • Cuidado Rutinario de los pies para Diabéticos solamente.	• Cuidado Rutinario de la Vista (Adulto) un examen por año. Anteojos limitados a \$225 cada 2 años. • Programas de pérdida de peso como se describe en las Guías Preventivas Federales. • Diálisis Renal cobertura máxima de \$1500 por día. Beneficio dentro de la red solamente.

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: El Administrador del Plan al 973-735-6464 o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas copago	\$20
■ Hospital (establecimiento) coseguro	\$0
■ Otros coseguro	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*) Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,686
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$110
Coseguro	\$490

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$660
-----------------------	-------

El total que Peg pagaría es	\$1,260
------------------------------------	----------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas copago	\$20
■ Hospital (establecimiento) coseguro	\$0
■ Otros coseguro	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*) [Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,601
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$360
Coseguro	\$60

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$260
-----------------------	-------

El total que Joe pagaría es	\$680
------------------------------------	--------------

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas copago	\$20
■ Hospital (establecimiento) coseguro	\$0
■ Otros coseguro	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$120
Coseguro	\$30

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$190
-----------------------	-------

El total que Mia pagaría es	\$340
------------------------------------	--------------

Nota: Control de la diabetes tipo 2 de Joe: Estos números suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para más información sobre el programa de bienestar, favor de contactar: bienvenido.livongo.com/LOCAL99.

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.