



**Esto es solo un resumen.** Si usted quiere más detalles sobre su cobertura y costos, usted puede obtener los términos completos del Fondo en <http://utfonline.com> o llamando al 718-859-1624, (732) 882-1901, (718) 842-1212.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué Esto Es Importante
¿Cuál es el total del <b>deducible</b> ?	\$250 individual /\$500 familiar dentro de la red; \$3.000 individual/\$6.000 familiar fuera de la red.	Debe pagar todos los gastos hasta el monto del <b>deducible</b> antes de que este Fondo comience a pagar por los servicios cubiertos que utiliza. Compruebe su documento de la póliza o Fondo para ver cuando se inicia el <b>deducible</b> (1 de Mayo). Vea la tabla en la página 2 para cuánto usted paga por los servicios cubiertos después de cumplir con el <b>deducible</b> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No hay ningún otro <b>deducible</b> específico.	Usted no tiene que cumplir con <b>deducibles</b> para servicios específicos, pero vea la tabla en la página 2 para otros costos que este Fondo cubre por servicios.
¿Hay un <b>límite en mis gastos que debo cubrir de mi bolsillo</b> ?	Sí. \$3.000 individual /\$6.000 familiar dentro de la red; \$13.000 individual /\$26.000 familiar fuera de la red.	El <b>límite que usted cubre de su propio bolsillo</b> es lo máximo que podría pagar durante un periodo de cobertura (generalmente un año) por su participación en el costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar para gastos médicos.
¿Qué no está incluido en el <b>límite de mis gastos</b> ?	Copagos, primas, gastos facturados por el balance y cuidado de salud que este Fondo no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, estos no cuentan hacia el <b>límite de su bolsillo</b> .
¿Hay un límite total anual sobre lo que el Fondo paga?	No	El Fondo no tiene límites anuales. Vea la tabla en la página 2 para otros límites <i>específicos</i> de cobertura, tales como límite en el número de visitas en oficina.
¿Utiliza este Fondo una <b>red de proveedores</b> ?	Sí. Para una lista de <b>proveedores en la red</b> , consulte <a href="http://www.mycigna.com">www.mycigna.com</a> o llame al 718-859-1624.	Si utiliza un médico dentro de la red u otro <b>proveedor</b> del cuidado de la salud, este Fondo pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta, su médico dentro de la red u hospital puede utilizar un <b>proveedor</b> fuera de la red para algunos servicios. Nosotros usamos el término <b>dentro de la red</b> , preferido, o participante para describir los <b>proveedores</b> en su <b>red</b> . Vea la tabla en la página 2 para saber cómo este Fondo paga diferentes tipos de <b>proveedores</b> .
¿Necesito un <b>referido para un especialista</b> ?	No. Usted puede ver el <b>especialista</b> que elija sin autorización de este Fondo.	Usted puede ver cualquier especialista que desee sin autorización de este Fondo.
¿Existen servicios que este Fondo no cubre?	Sí.	Algunos de los servicios que este Fondo no cubre aparecen en la página 6. Consulte su póliza o documento del Fondo para obtener más información sobre <b>servicios excluidos</b> .



- **Copagos** se fijan cantidades de dinero (por ejemplo, \$15) que usted paga por cuidado de salud cubierto, generalmente cuando usted recibe el servicio.
- **Coseguro** es *su* parte de los costos de un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje del **Cargo Máximo Reembolsable (o CMR, abreviado)** por el servicio. Por ejemplo, asumiendo que usted ya cumplió con su deducible, si el CMR del Fondo por una noche en el hospital es \$1.000, su **coseguro** del 20% sería de \$200.
- La cantidad que el Fondo paga por los servicios cubiertos se basa en el CMR. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más del CMR, usted es responsable por la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1.500 para una noche de estancia y la **cantidad permitida** es \$1.000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500. (Esto se llama **facturación de balance**.)
- Este Fondo recomienda usar **proveedores dentro de la red**. Al hacer esto usted tendrá **deducibles, copagos y coseguros** más bajos.

Evento Médico Común	Servicios Que Puede Necesitar	Su Costo Si Utiliza Un Proveedor en la Red	Su Costo Si Utiliza Un Proveedor Fuera de la Red	Limitaciones y Excepciones
<b>Si usted visita el consultorio o clínica de un proveedor del cuidado de la salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 de copago	Coseguro del 40% del cobro máximo reembolsable ("CMR")*.	Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual.
	Visita de especialista	\$25 de copago	Coseguro del 40% del CMR**.	Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual.
	Otra visita al consultorio médico	\$25 de copago por quiropráctico	Coseguro del 40% del CMR* para quiropráctico.	25 días máximos al año para el cuidado de un quiropráctico. Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual.
	Cuidado /examen/inmunización preventiva	Sin cargo	40% de coseguro del CMR* para el cuidado preventivo para niños hasta la edad de 5; buen cuidado de la mujer; vacunación y la inmunización.	El cuidado preventivo fuera de la red para niños de 6 años y mayores y cuidado preventivo para adultos (que no sea buen cuidado de la mujer) no están cubiertos. Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual.
<b>Si usted se hace una prueba</b>	Prueba de diagnóstico (rayos x, análisis de sangre)	Copago de \$50 para rayos X, \$25 de copago por análisis de sangre en el consultorio médico	Coseguro del 40% del CMR**.	Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual.
	La evaluación de imagen (exploraciones de CT/PET, resonancia magnética)	Copago de \$50	Coseguro del 40% del CMR*.	Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual.

\* Su costo puede también incluir el 100% de la cantidad facturada en exceso del CMR

**Preguntas:** Llame al 718-859-1624, (732) 882-1901, (718) 842-1212 o visítenos al <http://utfonline.com>

Si usted no está claro sobre los términos referidos usados en este formulario, vea el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

<b>Si usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b>  Más información sobre <b>cobertura de medicamentos recetados</b> está disponible llamando al 718-859-1624.	Medicamentos genéricos	\$25 de copago	No cubierto	————Ninguno————
	Medicamentos de marca - no genérico disponible	\$25 de copago	No cubierto	————Ninguno————
	Medicamentos de marca - genérico disponible	\$25 de copago más la diferencia en costo	No cubierto	————Ninguno————
	Medicamentos inyectables	\$50 de copago	No cubierto	————Ninguno————
<b>Si usted tiene cirugía ambulatoria</b>	Cuota de la instalación médica (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Copago de \$100 por visita	Coseguro del 40% del CMR*.	Pre-certificación requerida. Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Coseguro del 20% del CMR* para honorarios de anesthesiólogo; Coseguro del 40% del CMR* para otros cargos de médico/cirujano.	Pre-certificación requerida. Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual, excepto para los honorarios de anesthesiólogo. No hay deducible para los honorarios del anesthesiólogo.
<b>Si usted necesita atención médica inmediata</b>	Servicios de urgencias	Copago de \$100 por visita	Copago de \$100 por visita	No hay copago si es hospitalizado. No se aplica deducible.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20% del CMR*.	Coseguro del 20% del CMR*.	El beneficio fuera y dentro de la red está sujeto a un deducible anual.
	Atención de urgencia	\$25 de copago por visita	Coseguro del 40% del CMR*.	No hay copago si es hospitalizado. Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual.
<b>Si tiene alojamiento en un hospital</b>	Cuota de instalación médica (por ejemplo, la sala de hospital)	Copago de \$100 por día	Coseguro del 40% del CMR*.	Los \$100 de Co-pago están sujetos a un máximo de desembolso de \$500 por año. Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual. La cobertura en la red está limitada a la tarifa negociada. Cobertura fuera de la red para semi-privado/sala privada está limitada a la tarifa semi-privada; la cobertura para las unidades de atención especial que se limita a la tarifa diaria de ICU/CCU. Pre-certificación requerida.

\* Su costo puede también incluir el 100% de la cantidad facturada en exceso del CMR

**Preguntas:** Llame al 718-859-1624, (732) 882-1901, (718) 842-1212 o visítenos al <http://utfonline.com>

Si usted no está claro sobre los términos referidos usados en este formulario, vea el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

	Honorarios médico/cirujano	Sin cargo	Coseguro del 20% del CMR* para honorarios de anesthesiólogo; Coseguro del 40% del CMR* para otros cargos de médico/cirujano.	Pre-certificación requerida. Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual, excepto los honorarios del anesthesiólogo. El deducible de los honorarios del anesthesiólogo está suspendido.
<b>Si tiene necesidades de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios de salud mental/conductual	\$25 de copago por visita para oficina de visita.	Coseguro del 40% del CMR*.	Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual.
	Servicios de hospitalización de salud mental/conductual	Copago de \$100 por día	Coseguro del 40% del CMR*.	Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual. \$100 de copago sujeto a un máximo de \$500 por 5 días al año. Requiere pre-certificación.
	Servicios de ambulatorio por trastorno de uso de sustancias	\$25 de copago por visita para oficina de visita.	Coseguro del 40% del CMR*.	Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual.
	Servicios de hospitalizado por trastorno de uso de sustancias	Copago de \$100 por día	Coseguro del 40% del CMR*..	Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual. \$100 de copago sujeto a un máximo de \$500 por 5 días al año. Pre-certificación requerida.
<b>Si está embarazada</b>	Atención prenatal y postnatal	\$25 de copago por la primera visita prenatal	Coseguro del 40% del CMR*.	Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual.
	Parto y todos los servicios de hospitalización	Copago de \$100 por día	Coseguro del 20% del CMR* para honorarios de anesthesiólogo; Coseguro del 40% del CMR* para otros cargos.	Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual., excepto para honorarios de anesthesiólogo. El deducible de la tarifa del anesthesiólogo está suspendido. \$100 de copago sujeto a un máximo de \$500 por 5 días al año. Pre-certificación requerida.

\* Su costo puede también incluir el 100% de la cantidad facturada en exceso del CMR

Si necesita ayuda para recuperación o tiene otros necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	Coseguro del 20% del CMR*.	Coseguro del 40% del CMR*.	Beneficio fuera y dentro de la red está sujeto a un deducible anual. 40 días máximo al año y 16 horas máximo por día. Pre-certificación requerida.
	Servicios de rehabilitación	Hospitalización: Copago de \$100 por día. Ambulatorio: \$25 de copago por visita.	Coseguro del 40% del CMR*.	Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual. 60 días máximos por año para los servicios de hospitalización. 60 días máximos por año para los servicios ambulatorios (para todas las terapias combinadas). \$100 de copago sujeto a un máximo de \$500 por 5 días al año. Pre-certificación requerida.
	Atención de enfermería especializada	Hospitalización: Copago de \$100 por día.	Coseguro del 40% del CMR*.	Beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual. 60 días máximos por año para los servicios de hospitalización. \$100 de copago sujeto a un máximo de \$500 por 5 días al año. Pre-certificación requerida.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20% del CMR*.	Coseguro del 40% del CMR*.	Beneficio fuera y dentro de red está sujetos a un deducible anual. Pre-certificación/Pre-autorización requerido si el costo es \$500 o más.
	Servicio de hospicio	Coseguro del 20% del CMR*.	Coseguro del 40% del CMR*.	Beneficio fuera y dentro de red está sujeto a un deducible anual. Pre-certificación requerida.
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista	Cualquier costo sobre \$15	Cualquier costo sobre \$15	Un examen máximo por año. <b>Este beneficio está cubierto por Healthplex.</b>
	Lentes	Cualquier costo sobre \$65. Cualquier costo sobre \$100 por lentes de contacto	Cualquier costo sobre \$65	Máximo un par de anteojos por año. <b>Este beneficio está cubierto por Healthplex.</b>
	Dental	Sin cargo	No está cubierto.	\$2,000 máximo anual. \$1,650 máximo por vida para ortodoncia. <b>Este beneficio está cubierto por Healthplex</b>

\* Su costo puede también incluir el 100% de la cantidad facturada en exceso del CMR

## Servicios Excluidos y otros servicios cubiertos:

### Servicios que su Fondo no cubre (Esto no es una lista completa. Busque la póliza o el documento del Fondo para otros servicios excluidos.)

- Acupuntura
- Cirugía estética
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- Cuidado que no es de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos
- Programas de pérdida de peso

### Otros servicios cubiertos (Esto no es una lista completa. Busque la póliza o el documento del Fondo para otros servicios cubiertos y sus costos para estos servicios.)

- Cirugía Bariátrica (sujeto a la necesidad médica y guías de práctica clínicas)
- Tratamiento quiropráctico
- Cuidado dental
- Diálisis
- Aparatos auditivos
- Enfermería privada (incluido bajo Cuidado de la Salud Domiciliaria)
- Cuidado rutinario de la vista
- Cuidado rutinario de los pies
- Sangre cuando el reemplazo de la sangre está disponible (excepto para honorarios asociados con la colección y/o donación de la sangre)

## Sus Derechos a Continuar la Cobertura:

Si pierde la cobertura bajo el Fondo, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionar protecciones que permiten mantener la cobertura de salud. Ninguno de dichos derechos puede ser limitado en duración y requerirá que usted pague una **prima**, que puede ser significativamente mayor que la prima que usted ya puede estar pagando, si hay alguna, mientras esté cubierto bajo el Fondo. También pueden aplicarse otras limitaciones a sus derechos a continuar la cobertura.

Para más información sobre sus derechos a continuar la cobertura, contacte al Fondo al (718) 859-1624. También puede comunicarse con su departamento de seguros del estado, el Departamento de Trabajo, Administración de la Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA(3272) o [www.dol.gov/ebsa/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa/ebsa), o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 x 61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

**Preguntas:** Llame al 718-859-1624, (732) 882-1901, (718) 842-1212 o visítenos al <http://utfonline.com>

Si usted no está claro sobre los términos referidos usados en este formulario, vea el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

## Sus Derechos a Quejas y Apelaciones:

Si usted tiene alguna queja o no está satisfecho con una negación de cobertura para reclamaciones bajo su Fondo, usted puede **apelar**. Para preguntas acerca de sus derechos, este aviso o asistencia, usted puede contactarse con: el Administrador del Fondo al (718) 859-1624. También puede comunicarse con la Administración de la Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo (EBSA), al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

## Servicios de Acceso de Idioma

[Español: Para obtener asistencia en español, llame al (718) 859-1624, (732) 882-1901, (718) 842-1212.]

*— Para ver ejemplos de cómo este Fondo puede cubrir los gastos de un ejemplo de una situación médica, vea la página siguiente. —*

## Sobre estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo este Fondo podría cubrir la atención médica en ciertas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera un paciente podría conseguir si están cubiertos bajo diferentes Fondos.



### Esto no es un estimador de costos.

No use estos ejemplos para estimar sus costos reales bajo este Fondo. La atención real que recibirá será diferente a estos ejemplos, y el costo de esa atención también será diferente.

Vea la página siguiente para obtener información importante sobre estos ejemplos.

### Tener un bebé (parto normal)

- ■ Monto adeudado a proveedores: \$7,540
- Fondo paga \$7,130
- Paciente paga \$410

#### Costos de la atención de muestra:

Gastos de hospital (madre)	\$2,700
Atención obstétrica de rutina	\$2,100
Gastos de hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Pruebas de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiología	\$200
Vacunas, otro preventiva	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### Paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$370
Coseguro	\$40
Límites o exclusiones	\$0
<b>Total</b>	<b>\$410</b>

**Estos números asumen que el paciente ha dado aviso de su embarazo al Fondo, está utilizando un proveedor participante y ya había cumplido con su deducible. Si usted está embarazada y no ha dado aviso de su embarazo y utiliza un proveedor fuera de la red, su costo será mayor. Para obtener más información, póngase en contacto con el Fondo al 718-859-1624, (732) 882-1901, (718) 842-1212.**

### Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de una condición bien controlada)

- Monto adeudado a proveedores: \$5.400
- Fondo paga \$4,400
- Paciente paga \$ 1,000

#### Costos de la atención de muestra:

Recetas	\$2,900
Suministros y equipos médicos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Pruebas de laboratorio	\$100
Vacunas, otro preventiva	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### Paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$530
Coseguros	\$170
Límites o exclusiones	\$300
<b>Total</b>	<b>\$1,000</b>

Nota: Estas cifras suponen que el paciente participa en nuestro programa de monitoreo de diabetes. Si usted tiene diabetes y no participan en el programa de monitoreo, su costo puede ser mayor. Para obtener más información sobre la diabetes contacte al Administrador de Fondos al (718) 859-162, (732) 882-1901, (718) 842-1212.

## Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de la cobertura:

### ¿Cuáles son algunos de las suposiciones detrás de los ejemplos de la cobertura?

- Los costos no incluyen **primas**.
- Los costos de atención del ejemplo se basan en promedios nacionales suministrados por los Departamento de Salud y servicios humanos de los Estados Unidos y no son específicos de un área geográfica particular o fondo de salud.
- La condición del paciente no era una condición preexistente o excluida.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para cualquier miembro cubierto bajo este Fondo.
- Gastos de desembolso se basan sólo en el tratamiento de la condición en el ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención por un **proveedor dentro** de la red. Si el paciente había recibido atención fuera de la red de **proveedores**, los costos habrían sido mayores.

### ¿Qué muestra un ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura te ayuda a ver cómo los **deducibles, copagos, y coseguro** se pueden sumar. También te ayuda a ver los gastos que quedan por pagar porque no está cubierto el servicio o tratamiento o el pago está limitado.

### ¿Predice el ejemplo de la cobertura mis propias necesidades de cuidado?

✘ **No.** Los tratamientos que se muestran son sólo ejemplos. La atención que reciba para esta condición podría ser diferente, basado en los consejos de su médico, su edad, que tan seria es su condición y muchos otros factores.

### ¿El ejemplo de cobertura puede predecir mis gastos futuros?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura no son estimadores de costos. No puede utilizar los ejemplos para estimar los costos de una condición real. Son sólo con fines comparativos. Sus propios costos serán diferentes según el cuidado que usted recibe, los precios que sus **proveedores**

**cobren** y el reembolso que permite su Fondo de salud.

### ¿Puedo usar Ejemplos de cobertura para comparar Fondos?

✓ **Sí.** Cuando usted mire en el Resumen de Beneficios y la cobertura para otros Fondos usted encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando usted compara Fondos, verifique lo que el "paciente paga" en cada ejemplo. Entre más pequeña es esa cantidad, más cobertura provee el Fondo.

### ¿Hay otros costos que debo considerar al comparar Fondos?

✓ **Sí.** Un costo importante es la **Prima** que usted paga. Generalmente, entre más baja sea su **prima** más alto serán sus **copagos, deducibles, y coseguro**. También debe considerar las contribuciones a las cuentas de salud como cuentas de ahorro (HSA), arreglos de gastos flexibles (FSA) o cuentas de reembolso de salud (HRA) que le ayudan a pagar los gastos.