

United Teamster Fund

Cobertura: Individual + Familiar | Tipo de plan: POS



El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura le ayudará a entender los beneficios de United Teamster Fund, que se conoce aquí como el plan. El resumen muestra cómo usted y el plan compartirán el costo por los servicios de salud cubiertos. Nota: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará por separado. Esto es sólo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, acudir a www.utfonline.com o llamar (718) 859-1624, (718) 842-1212 o (732) 882-1901. Para definiciones generales de términos comunes, tales como la cantidad permitida, balance de facturación, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados consulte el glosario. Usted puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/SBC-Glossary> o llame a United Teamster Fund para más información al (718) 859-1624, (718) 842-1212 o (732) 882-1901.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué Esto Es Importante:
¿Cuál es el <u>deducible total</u> ?	Para los <u>proveedores</u> participantes: Por persona \$250 / por familia \$500 Para <u>proveedores</u> no participantes: Por persona \$3,000 / por familia \$6,000	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total del <u>deducible</u> de familia haya sido pagado por todos los miembros de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con que su <u>deducible</u> ?	Sí. Para <u>proveedores</u> participantes: <u>atención preventiva, servicios de rehabilitación, atención de emergencia</u> (todos <u>los proveedores</u>), <u>pruebas de diagnóstico</u> , proyección de imagen, instalaciones para pacientes hospitalizados y ambulatorios, honorarios del médico por atención ambulatoria, <u>urgencias</u> , servicios de maternidad, <u>atención de enfermería especializada</u> y visitas al consultorio son cubiertos antes de cumplir con su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aunque todavía no se haya satisfecho la cantidad del <u>deducible</u> . Pero puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo-compartido</u> y antes de cumplir su <u>deducible</u> . Vea una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso</u> para este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores</u> participantes: Por persona \$3,000 / por familia \$6,000 Para <u>proveedores</u> no participantes: Por persona \$13,000 / por familia \$26,000	El <u>límite de desembolso</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que satisfacer sus propios <u>límites de desembolso</u> hasta satisfacer el valor total por familia del <u>límite de desembolso</u> .
¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso</u> ?	<u>Primas, balance de facturación</u> , copagos y el cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre.	A pesar de que usted paga por estos gastos, ellos no cuentan hacia el <u>límite de desembolso</u> .

<p>¿Pagará usted menos si utiliza un proveedor de la red?</p>	<p>Sí. Ver www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain o llame al (800) 343-3140 para una lista de proveedores en la red.</p>	<p>Este plan utiliza una red de proveedores. Usted paga menos si utiliza un proveedor de la red del plan. Usted pagará más si utiliza 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 (balance de facturación). Tenga en cuenta, que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (tales como trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.</p>
<p>¿Necesita un usted un referido para ver a un especialista?</p>	<p>No.</p>	<p>Usted puede ver al especialista que desee sin referido.</p>

Cuando vaya a un proveedor no participante, la cantidad que pagará el plan y la cantidad de su coseguro se basa, en el cargo máximo reembolsable o "MRC". El MRC es: (1) en el caso de una reclamación por servicios sin autorización previa, el 150% de la cantidad que el Medicare pagaría al proveedor, o si los servicios fueron prestados en una sala de emergencias del hospital, el mayor del 110% de la cantidad que Medicare pagaría al proveedor o la tarifa contratada de Meritain Health, o (2) en los demás casos, el 110% de la cantidad que Medicare pagaría al proveedor.

A un proveedor no participante, usted deberá pagar además del coseguro, el exceso que cobre el proveedor de servicio sobre el MRC.

Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones en los beneficios, vea el documento del plan, su Resumen de la Descripción Plan acudiendo a www.utfonline.com.

 Todos los costos de **copago** y **coseguro** en este diagrama son después de cumplir con su **deducible**, si un **deducible** aplica.

Evento Médico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo Que Usted Paga		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (Se paga menos)	Proveedor No Participante (Se paga más)	
Si usted visita una oficina de servicios de salud o clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago \$25 por visita (consulta y laboratorio) Copago \$50 por visita (rayos x) Sin cargo (cirugía en oficina)	Coseguro 40% del MRC *	El beneficio fuera de la red está sujeto al deducible anual fuera de la red.
	Visita al Especialista	Copago \$25 por visita (consulta y laboratorio) Copago \$50 por visita (rayos x) Sin cargo (cirugía en oficina)	Coseguro 40% del MRC *	
	Atención Preventiva/evaluación/ inmunización	Sin cargo	Coseguro 40% del MRC (cuidados preventivos hasta los 5 años, cuidado de mujer saludable y vacunas) No están cubiertos (todos los otros cuidados preventivos) *	
Si usted se hace una prueba	Prueba de diagnóstico (rayos x, sangre)	Sin cargo por (laboratorio) / Co-pago \$50 por visita (rayos x)	Coseguro 40% del MRC *	El beneficio fuera de la red está sujeto al deducible anual fuera de la red.
	Proyección de imagen (exploraciones de CT/PET, Imágenes de resonancia magnética)	Co-pago \$50 por visita	Coseguro 40% del MRC *	El beneficio fuera de la red está sujeto al deducible anual fuera de la red.
Si usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Más información sobre la cobertura de prescripción está disponible en www.optumrx.com	Medicamentos genéricos	Copago \$25	No están cubiertos	-----ninguno-----
	Medicamento de Marca cuando no hay genéricos disponibles	Copago \$25	No están cubiertos	-----ninguno-----
	Medicamentos de Marca-genérico disponible	Copago \$25, más diferencia en el costo	No están cubiertos	-----ninguno-----
	Medicamentos inyectables	Copago \$50	No están cubiertos	-----ninguno-----

* Puede que usted tenga que pagar, además del coseguro, el exceso que cobre un proveedor no participante sobre el MRC.

Evento Médico Común	Servicios Que Pueda Necesitar	Lo Que Usted Paga		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (se paga menos)	Proveedor No Participante (Se paga más)	
Si usted tiene cirugía para pacientes ambulatorios	Cuota de instalación (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Copago \$100 por ocurrencia	Coseguro 40% del MRC *	Autorización previa requerida. El beneficio fuera de la red está sujeto al deducible anual fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Coseguro 40% del MRC *	
Si usted necesita atención médica inmediata	Atención de Emergencia	Co-pago \$100 por visita (servicios de emergencia). No están cubiertos (servicios que no son de emergencia)	Co-pago \$100 por visita (servicios de emergencia). No están cubiertos (servicios que no son de emergencia)	Los proveedores no participantes son pagados al nivel de beneficios para proveedores participantes por servicios de emergencia . No se cobra copago si es admitido al hospital. No es aplicable el deducible.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro 20% (servicios de emergencia). No están cubiertos (servicios que no son de emergencia). Deducible \$250	Coseguro 20% (servicios de emergencia) No están cubiertos (servicios que no son de emergencia). Deducible \$250*	Los proveedores no participantes son pagados al nivel de beneficios para proveedores participantes por servicios de emergencia .
	Atención Urgente	Copago \$25 por visita	Coseguro 40% del MRC *	El copago se aplica por visita independientemente de cuales servicios fueron prestados. No se cobra copago si es admitido al hospital. El beneficio fuera de la red está sujeto al deducible anual fuera de la red.
Si usted es hospitalizado	Cuota de instalación (por ejemplo, habitación de hospital)	Copago \$100 por día hasta un copago máximo de \$500 por año	Coseguro 40% del MRC *	Autorización previa requerida. El beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible fuera de la red anual, excepto honorarios de anesthesiólogo. No hay deducible para los honorarios de anesthesiólogo.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Coseguro 20% del MRC para los honorarios del anesthesiólogo; coseguro 40% del MRC para otros honorarios del médico/cirujano *.	
Si usted necesita servicios para salud mental, conductual o por abuso sustancia	Servicios para pacientes ambulatorios Servicios para pacientes internados	Cubiertos por un programa separado para la salud mental, conductual, abuso de sustancias ofrecidos a través de la oficina del Fondo y los Consultores D.J. O'Grady*.		Para más información sobre beneficios para salud mental, conductual o abuso de sustancias, póngase en contacto con la Oficina del Fondo.
Evento Médico	Servicios Que Pueda	Lo Que Usted Paga		Limitaciones, Excepciones y Otra

* Puede que usted tenga que pagar, además del coseguro, el exceso que cobre un proveedor no participante sobre el MRC.

Común	Necesitar	Proveedor Participante (se paga menos)	Proveedor No Participante (Se paga más)	Información Importante
Si usted está embarazada	Visitas a la oficina	Sin cargo (copago por la primera visita solamente)	Coseguro 40% del MRC *	
	Servicios profesionales del nacimiento/parto	Sin cargo	Coseguro 40% del MRC *	El beneficio fuera de la red está sujeto a deducible anual fuera de la red, excepto honorarios de anestesiólogo. No hay deducible para los honorarios de anestesiólogo.
	Servicios de nacimiento/parto	Copago \$100 por día hasta un copago máximo de \$500 por año	Coseguro 20% del MRC por los honorarios del anestesiólogo; coseguro 40% del MRC para otros honorarios del médico/cirujano *	Autorización previa requerida para estancia por maternidad por más días de lo permitido. Dependiendo del tipo de servicio un copago , coseguro , o deducible se aplican. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en otro lugar de este resumen (tal como, ultrasonido). El bebe cuenta hacia los costos de la madre.
Si usted necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	Coseguro 20%	Coseguro 40% del MRC *	Limitado a 40 visitas al año y 16 horas al día. Autorización previa requerida. El beneficio en la red está sujeto al deducible anual de la red. El beneficio fuera de la red está sujeto al deducible anual fuera de la red.
	Servicios de rehabilitación	Copago \$100 por día hasta un copago máximo de \$500 por año (pacientes hospitalizados) / copago \$25 por visita (ambulatorio)	Coseguro 40% del MRC *	El beneficio fuera de la red está sujeto al deducible anual fuera de la red. La terapia de rrehabilitación físicas, del habla, ocupacional, cognitiva, pulmonar y cardiaca están limitadas a un máximo combinado de 60 visitas por año. Autorización previa requerida. Si no tiene la autorización previa , los beneficios podrían reducirse el costo total del servicio.
	Servicios de habilitación	No están cubiertos	No están cubiertos	
	Atención de enfermería especializada	Copago \$100 por día hasta un copago máximo de \$500 por año	Coseguro 40% del MRC *	Servicios limitados a 60 días por año para hospitalizados. Autorización previa requerida. Si usted no recibe autorización previa , sus beneficios podrían reducirse el costo total del servicio. El beneficio fuera de la red está sujeto a un deducible anual fuera de la red. Copago de \$100 sujeto a un desembolso máximo de \$500 anual.

* Puede que usted tenga que pagar, además del coseguro, el exceso que cobre un proveedor no participante sobre el MRC.

	Equipo médico duradero	Coseguro 20%	Coseguro 40% del MRC *	Autorización previa requerida para cualquier artículo en exceso de \$500. El beneficio en la red está sujeto al deducible anual de la red. El beneficio fuera de la red está sujeto al deducible anual fuera de la red.
	Servicios de hospicio	Coseguro 20%	Coseguro 40% del MRC *	Consejería de duelo está cubierta. Autorización previa requerida. Si usted no recibe autorización previa , los beneficios podrían reducirse el costo total del servicio. El beneficio en la red está sujeto al deducible anual de la red. El beneficio fuera de la red está sujeto a deducible anual fuera de la red.
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista	Cuesta sobre \$15	Cuesta sobre \$15	Un examen máximo por año. Este beneficio se cubre a través de Healthplex.
	Gafas	Cuesta sobre \$65	Cuesta sobre \$65	Un par de anteojos máximo por año. Este beneficio se cubre a través de Healthplex.
	Chequeo dental	\$0	No están cubiertos.	Máximo anual de \$2,000. \$1,650 por vida máximo para ortodoncia. Este beneficio se cubre a través de Dentcare.

* Puede que usted tenga que pagar, además del coseguro, el exceso que cobre un proveedor no participante sobre el MRC.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios de su Plan generalmente no cubiertos (consulte su póliza o el documento del plan para más información y una lista de otros **servicios excluidos**.)

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Transporte de ambulancia para servicios que no son de emergencia• Cirugía Cosmética | <ul style="list-style-type: none">• Servicios de sala de emergencias para servicios que no son de emergencia• Servicios de habilitación para tratamiento de la infertilidad• Tratamientos de infertilidad• Cuidado a largo plazo | <ul style="list-style-type: none">• Atención de no emergencia cuando viaje fuera de Estados Unidos• Servicio privado de enfermería (a excepción de atención médica domiciliaria y de hospicio)• Programas para pérdida de peso |
|---|---|--|

Otros Servicios Cubiertos (limitaciones aplican a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Cirugía bariátrica (sólo para el tratamiento de la obesidad mórbida)
- Tratamiento quiropráctico
- Cuidado dental
- Anteojos
- Dispositivos auditivos
- Trastornos de salud mental
- Cuidado de rutina de la vista
- Cuidado de rutina de los pies
- Trastornos de uso de sustancias

Sus derechos para continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si usted quiere continuar su cobertura después que se termina. La información de contacto para las agencias es Departamento de Trabajo, Administración de Seguridad de Beneficios de Empleado en 1-866-444-3272 o <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/healthreform> o United Teamster Fund (718) 859-1624. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted, incluida la compra de cobertura individual a través del **mercado** de seguro de salud. Para más información sobre el **mercado**, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su Queja y los Derechos de Apelación: Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su **Plan** por una negación de un **reclamo**. Esto se llama **queja** o **apelación**. Para obtener más información acerca de sus derechos, mire la explicación de beneficios que recibirá por ese **reclamo** médico. El documento de su **plan** también ofrece información completa para presentar una **reclamación, apelación**, o una **queja** por cualquier motivo a su **plan**. Para obtener más información acerca de sus derechos, este aviso o ayuda, contacte al Departamento de Trabajo, Administración de la Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/healthreform> o United Teamster Fund al (718) 859-1624.

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su **apelación**. Póngase en contacto con la Sociedad de Servicio Comunitario de Nueva York, Defensores de la Salud Comunitaria al (888) 614-5400.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si usted no tiene **Cobertura Esencial Mínima** por un mes, deberá hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que usted califica para una exención del requerimiento que tiene cobertura de salud para ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su **plan** no cumple con los **Estándares de valor mínimo**, usted puede ser elegible para un **crédito de impuesto** para ayudar a pagar por un **plan** a través del **Mercado**.

Servicios de Acceso al Idioma:

Español (Español): Para obtener asistencia en Español, llamen al 1-800-378-1179.

_____ Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir costos de un situación médica, vea la página siguiente _____



Este no es un estimado de costo. Los tratamientos en estos ejemplos son muestra de cómo este **plan** puede cubrir su cuidado médico. Su costo actual dependerá del servicio recibido, los precios que cobre su **proveedor** y muchos otros factores. Enfóquese en las cantidades de **costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro)** y los **servicios excluidos** bajo el **plan**. Use esta información para comparar la porción de costos que usted puede pagar bajo diferentes **planes** de salud. Por favor note que estos ejemplos están basados en una cobertura individual solamente.

Peg va a tener un bebe
(9 meses de cuidado pre-natal y hospital en la red)

- **Deducible** del **plan** total \$250
- **Copago** Médico_ \$25
- **Copago** de Hospital por día \$100
- Otros **coseguro** 20%

Este ejemplo incluye servicios como:

Visitas a la oficina del especialista (*cuidado prenatal*)
 Servicios profesionales de nacimiento/parto
 Servicios de hospital de nacimiento/parto
 Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita de especialista (*anestesia*)

Costo Total	\$12,840
-------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Limites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$360

Manejando la Diabetes tipo 2 de Joe
(un año de cuidado rutinario en la red de una condición bien controlada)

- **Deducible** del **plan** total \$250
- **Copago** Médico_ \$25
- **Copago** de Hospital por día \$100
- Otros **coseguro** 20%

Este ejemplo incluye servicios como:

Visitas al consultorio médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre la enfermedad*)
 Pruebas de diagnóstico (*sangre*)
 Medicamentos con receta
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo Total	\$7,460
-------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	\$250
Copagos	\$1,350
Coseguro	\$346
Lo que no está cubierto	
Limites o exclusiones	\$55
El total que Peg pagaría es	\$2,001

Una Simple Fractura de Mia
(visita a la sala de urgencia y cuidado posterior en la red)

- **Deducible** del **plan** total \$250
- **Copago** Médico_ \$25
- **Copago** de Hospital por día \$100
- Otros **coseguro** 20%

Este ejemplo incluye servicios como:

Cuidado de emergencia (*incluyendo medicamentos*)
 Prueba de diagnóstico (*rayos x*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo Total	\$2,010
-------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	\$29
Copagos	\$325
Coseguro	\$158
Lo que no está cubierto	
Limites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$513