



Éste es sólo un resumen. Si desea más información sobre su cobertura y los costos, puede obtener los términos completos de la póliza o el documento del plan en www.culinaryhealthfund.org o llamando al 702-733-9938 o 1-800-457-8512.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> en general?	\$ 0	Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver el costo de los servicios que se cubren en éste plan.
¿Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	No	Usted no tiene que cumplir con ningún <u>deducible</u> para obtener servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver los otros costos de los servicios que se cubren en éste plan.
¿Hay un límite en los <u>gastos de mi bolsillo</u> ?	Sí. \$6,350 /persona \$12,700/familia	El límite en los <u>gastos de su bolsillo</u> es la mayor cantidad que usted pagará durante un periodo de cobertura (normalmente un año), lo cual es su parte de los costos de los servicios que se cubren. Este límite le ayuda a planear sus gastos de cuidado médico.
¿Cuáles son las <u>expensas que no cuentan para el límite en los gastos del bolsillo</u> ?	Los gastos incurridos fuera de la red, las primas, saldos de facturación, copagos dentales y servicios que no se cubren en este plan.	Aunque usted pague estos gastos, estos no se toman en cuenta para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> .
¿Hay un <u>límite anual</u> general en lo que paga el plan?	No	La tabla que comienza en la página 2 describe todos los límites de lo que el plan pagará por los servicios <i>específicos</i> que se cubren, como consultas médicas.
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la red, vaya a www.culinaryhealthfund.org o llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512	Si usted ve a un doctor o <u>proveedor</u> de servicios de salud dentro de la red, este plan pagará parte o todo el costo de los servicios que se cubren. Tenga en cuenta que su doctor u hospital (hosp) podría utilizar a un <u>proveedor</u> de servicios de salud fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red, preferido, o <u>proveedores</u> participantes en sus <u>redes</u> . Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver cómo este plan le paga a distintas clases de <u>proveedores</u> .
¿Necesito un referido para ver un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede ir con el <u>especialista</u> que usted elija sin el permiso de este plan.
¿Hay algún(os) servicio(s) que este plan no cubre?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre aparecen en la página 7. Consulte su póliza o el documento de su plan para obtener más información sobre los <u>servicios excluidos</u> .

Preguntas: Llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 o visítenos en www.culinaryhealthfund.org para obtener más información, incluyendo una copia de la Descripción Resumida del Plan. Si no entiende alguno de los términos en negrita, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 para pedir una copia.



- El **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo de \$15) que usted paga por los servicios médicos que se cubren, generalmente al momento de recibirlos.
- El **Coaseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio que se cubre, 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 **coaseguro** será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- Lo que paga el plan por los servicios que se cubren está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red le cobra más de la **cantidad aprobada**, quizás usted tenga que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital que no pertenece a la red le cobra \$1,500 por pasar la noche internado y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted quizás tenga que pagar la diferencia de \$500. (Esto se conoce como el **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** dentro de la red cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coaseguros** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa proveedores participantes	Su costo si usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$15/consulta	No se cubre	————ninguna————
	Consulta con un especialista	Copago de \$30/consulta	No se cubre	————ninguna————
	Consulta con otro profesional del cuidado de la salud	Copago de \$25/visita por la quiropráctica	No se cubre la quiropráctica	La cobertura se limita al número de consultas aprobadas por el plan
	Servicios /exámenes/vacunas preventivos	No hay costo	No se cubren	Vaya a www.healthcare.gov para obtener una lista completa de los servicios médicos preventivos que se cubren.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa proveedores participantes	Su costo si usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	RAYO-X: <u>Copago</u> de \$20 en un centro independiente <u>Copago</u> de \$30 en el consultorio del médico <u>Copago</u> de \$45 en la unidad de pacientes ambulatorios de un hosp ANÁLISIS DE SANGRE: <u>Copago</u> de \$0 en un centro independiente <u>Copago</u> de \$10 en el consultorio del médico <u>Copago</u> de \$15 en la unidad de pacientes ambulatorios de un hosp	No se cubren	<p>Algunos servicios requieren de autorización previa y no se cubren sin dicha autorización.</p> <p>El <u>copago</u> por análisis de sangre realizados en la unidad de pacientes ambulatorios de un hosp se aplica sólo a los servicios hospitalarios preoperatorios o de diagnóstico.</p>
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	CT/MRI: <u>Copago</u> de \$125 PET: <u>Copago</u> de \$175 en un centro independiente <u>Copago</u> de \$225 en un consultorio o la unidad de pacientes ambulatorios de un hosp	No se cubren	—ninguna—

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa proveedores participantes	Su costo si usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
<p>Si necesita un medicamento para tratar una enfermedad o afección</p> <p>Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos</u> en www.culinaryhealthfund.org</p>	Medicamentos genéricos	Copago de \$10/receta	No se cubren	No hay costo por las recetas surtidas en la farmacia de la Culinaria.
	Medicamentos de marcas preferidas	Copago de \$30/receta surtida en farmacia comercial	No se cubren	
	Medicamentos de marcas no preferidas	Copago de \$50/receta	No se cubren	
	Medicamentos especiales	Coseguro de 25%	No se cubren	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Cuota del centro	Copago de \$150 en centro de cirugías para ambulatorios Copago de \$250 en hospital	No se cubre	————ninguna————
	Honorarios del médico/cirujano	Copago de \$0	No se cubren	————ninguna————

Preguntas: Llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 o visítenos en www.culinaryhealthfund.org para obtener más información, incluyendo una copia de la Descripción Resumida del Plan. Si no entiende alguno de los términos en negrita, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 para pedir una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa proveedores participantes	Su costo si usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencias	Copago de \$350/ida	Copago de \$350/ida	ninguna
	Traslado médico de emergencia	Ambulancia por tierra: Coaseguro de 25% Ambulancia aérea: \$500 por persona por incidente	Ambulancia por tierra: Coaseguro de 25% Ambulancia aérea: \$500 por persona por incidente	ninguna
	Centros de Cuidado Urgente	Copago de \$40/ida	No se cubren	El copago incluye todos los gastos cubiertos relacionados a la visita.
Si lo ingresan al hospital	Cuota del hospital (habitación)	Copago de \$250/hospitalización	Copago de \$2,000/hospitalización + 40% de los Cobros Aprobados	ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	No hay cobro	No se cubren	ninguna

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa proveedores participantes	Su costo si usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes ambulatorios	TERAPIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS: Ningún <u>copago</u> por las primeras 5 visitas. Después, un <u>copago</u> de \$15/visita INTERNACIÓN PARCIAL: Copago de \$150/plan de tratamiento PROGRAMA INTENSIVO PARA PACIENTES AMBULATORIOS: Copago de \$150/por episodio de atención, lo cual significa atención de un trastorno	No se cubren	ninguna
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	<u>Copago</u> de \$250/internación	<u>Copago</u> de \$2,000/internación + 40% de los Cobros Aprobados	
	Tratamiento de trastornos en el uso de sustancias para pacientes ambulatorios	<u>Copago</u> de \$150/visita	No se cubre	
	Tratamiento de trastornos en el uso de sustancias para pacientes internados	<u>Copago</u> de \$250/internación	<u>Copago</u> de \$2,000/internación + 40% de los Cobros Aprobados	

Preguntas: Llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 o visítenos en www.culinaryhealthfund.org para obtener más información, incluyendo una copia de la Descripción Resumida del Plan. Si no entiende alguno de los términos en negrita, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 para pedir una copia.



Unidad 150 del Plan de Las Vegas

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que cuesta

Periodo de Cobertura: A partir del 1/1/2017

Cobertura para Tipo de Plan Familiar: PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa proveedores participantes	Su costo si usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si está embarazada	Cuidados prenatales y posparto	No hay cobro	No se cubren	No se da cobertura por el embarazo de una hija dependiente, excepto como se requiere bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Se podrían aplicar <u>copagos</u> adicionales por servicios adicionales.
	Parto y todos los servicios de hospitalización	<u>Copago</u> de \$250/hospitalización	<u>Copago</u> de \$2,000/hospitalización +40% de los Cobros Aprobados	

Preguntas: Llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 o visítenos en www.culinaryhealthfund.org para obtener más información, incluyendo una copia de la Descripción Resumida del Plan. Si no entiende alguno de los términos en negrita, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 para pedir una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa proveedores participantes	Su costo si usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Copago de \$0	No se cubre	La cobertura se limita a 60 días/año
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$250 para pacientes internados	No se cubren	La cobertura para pacientes internados se limita a 60 días/año
		En un centro independiente: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por fisioterapia sin cirugía y posoperatoria • Copago de \$20 por terapia ocupacional o del habla • Copago de \$30 por rehabilitación cardíaca Para ambulatorios en un hospital después de un ingreso <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$30 por terapia física, ocupacional, del habla • Copago de \$40 por rehabilitación cardíaca 		En un centro independiente: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional o del habla: se limita a 30 visitas por cada tipo de servicio por año • Fisioterapia posoperatoria: se limita a 30 visitas por evento. Para ambulatorios en un hospital después de un ingreso <ul style="list-style-type: none"> • La terapia física, ocupacional, o del habla se limita a 30 visitas por cada tipo de terapia por año Rehabilitación cardíaca: se limita a 30 visitas por año en un centro independiente o para ambulatorios en hospital.
		Servicios de recuperación de las habilidades	Copago de \$250	No se cubren
	Cuidado de enfermería especializada	Copago de \$250	No se cubre	ninguna

Preguntas: Llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 o visítenos en www.culinaryhealthfund.org para obtener más información, incluyendo una copia de la Descripción Resumida del Plan. Si no entiende alguno de los términos en negrita, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 para pedir una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Su costo si usa proveedores participantes	Su costo si usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Equipo médico duradero	Coaseguro de 10%	No se cubre	El Fondo paga 100% por formula y alimentos médicos para servicios médicos enteros, hasta un máximo de \$3,000 por año calendario
	Cuidado para enfermos terminales	No hay cobro	No se cubre	ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Copago de \$20/examen	No se cubre	ninguna
	Anteojos	No hay cobro	No se cubren	La cobertura se limita a un máximo de \$150 / 24 meses Hay un beneficio adicional de \$150 por vida para anteojos después de una cirugía de cataratas
	Revisión dental	No hay cobro	Varía dependiendo del costo	La cobertura se limita a \$1500/año por un proveedor no preferido

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o el documento del plan para ver otros servicios excluidos.)

- Acupuntura
- Cirugía Bariátrica
- Cirugía Cosmética
- Tratamientos de infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- Atención no urgente al viajar fuera de los EE.UU.
- Enfermería privada

Otros servicios que se cubren. (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o el documento del plan para ver otros servicios que se cubren y sus costos.)

- Cuidado quiropráctico
- Aparatos Auditivos
- Cuidado Rutinario de los Pies

Preguntas: Llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 o visítenos en www.culinaryhealthfund.org para obtener más información, incluyendo una copia de la Descripción Resumida del Plan. Si no entiende alguno de los términos en negrita, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 para pedir una copia.

- Cuidado Dental (adulto)
- Cuidado de la Vista (adulto)
- Programas para Bajar de Peso

Su Derecho a Mantener su Cobertura:

Si pierde la cobertura del **plan**, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales podrían ofrecerle protecciones que le permiten mantener su cobertura médica. Dichos derechos podrían tener una duración limitada y requerirán que usted pague una **prima**, la cual podría ser significativamente más alta que la que paga mientras tiene la cobertura del plan. Además se podrían aplicar otras limitaciones sobre su derecho a mantener su cobertura.

Para obtener más información sobre su derecho a mantener su cobertura, contacte al **plan** llamando al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512. También puede contactar a la dependencia estatal de seguros, el Departamento del Trabajo de los EE.UU., Administración de Seguridad para Beneficios de Empleados en el 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa, o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. en el 1-877-267-2323, extensión 61565 o www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con la negación de la cobertura de un reclamo, puede presentar una **apelación** o una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, sobre este aviso, o si necesita ayuda, llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 o al Departamento del Trabajo de los EE.UU., Administración de Seguridad para Beneficios de Empleados en el 1-866-444-EBSA(3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Además, un programa de asistencia al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Contacte a la Oficina de Asistencia de Salud para el Consumidor, Defensor Gubernamental de Salud del Consumidor en el 555 East Washington Ave. #4800, Las Vegas, NV 89101, (702) 486-3587, (888) 333-1597, <http://dhhs.nv.gov/Programs/CHA> o cha@govcha.nv.gov.

¿Esta Cobertura Provee Cobertura Esencial Mínima?

La Ley de Atención Médica Asequible requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla como “cobertura esencial mínima.” **Este plan o esta póliza sí ofrecen la cobertura esencial mínima.**

¿Esta Cobertura Satisface el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Atención Médica Asequible establece un estándar de valor mínimo en los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). **Esta cobertura médica sí cumple el estándar de valor mínimo en los beneficios que provee.**

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

Preguntas: Llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 o visítenos en www.culinaryhealthfund.org para obtener más información, incluyendo una copia de la Descripción Resumida del Plan. Si no entiende alguno de los términos en negrita, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 para pedir una copia.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo el plan cubriría los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea, en general, de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo bajo los distintos planes.



Ésta no es una herramienta para calcular costos

No use estos ejemplos para calcular sus costos reales bajo este plan. Los servicios que usted reciba en efecto serán distintos a estos ejemplos, y los costos pueden ser distintos también.

Consulte la siguiente página para ver información importante sobre estos ejemplos.

Tener un bebé (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
 - El plan paga: \$7,260
 - El paciente paga: \$280
- Ejemplo 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
Radiología	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$280
Coaseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$280

Nota: Mientras la madre esté en el hospital, los cobros del bebé se pagan como un reclamo incurrido por la madre. Los análisis de laboratorio se procesan en centros que tienen contrato. Se utiliza la Farmacia de la Culinaria y la clínica gratuita contra la gripe.

Control de Diabetes Tipo 2

(mantenimiento rutinario de una enfermedad bien controlada)

- El proveedor cobra: \$5,400
 - El plan paga: \$5,280
 - El paciente paga: \$120
- Ejemplo de los costos:**

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico y materiales	\$1,300
Consultas y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre diabetes	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$120
Coaseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$120

Nota: Los análisis de laboratorio se procesan en centros que tienen contrato. Se utiliza la Farmacia de la Culinaria para medicamentos y para el equipo médico y los materiales para diabéticos.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Qué se presupone en estos ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen primas.
- Los ejemplos de los costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., y no son específicos para ninguna zona geográfica o ningún plan.
- La afección del paciente no es una enfermedad excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay ningún otro gasto médico para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo se basan solamente en el tratamiento de la situación mencionada en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de proveedores dentro 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 situación de tratamiento, el Ejemplo le ayuda a ver cómo se acumulan los deducibles, copagos y el coaseguro. También le ayudan a ver cuáles gastos tendría que pagar usted cuando el servicio o tratamiento no se cubre o cuando el pago es limitado.

¿El ejemplo puede predecir mis propias necesidades?

✗ No. Los tratamientos que mencionamos son sólo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta situación tal vez sea distinto en base a la asesoría de su médico, su edad, la gravedad de su caso y muchos otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✗ No. Los ejemplos de cobertura no son herramientas para calcular costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su situación. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que usted reciba, del precio de los proveedores 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 “El Paciente Paga” de cada ejemplo. Entre más bajo sea ese número, mayor será la cobertura que brinda el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ Sí. Un gasto importante es lo que paga de prima. Por lo general, entre más baja sea la prima, mayores serán los gastos de su bolsillo, como los copagos, deducibles y el coaseguro. También debe tener en cuenta las contribuciones consignadas a las cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.

Preguntas: Llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 o visítenos en www.culinaryhealthfund.org para obtener más información, incluyendo una copia de la Descripción Resumida del Plan. Si no entiende alguno de los términos en negrita, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 702-733-9938 o al 1-800-457-8512 para pedir una copia.