



**FONDO PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DEL
SINDICATO INTERNACIONAL DE
EMPLEADOS DE SERVICIOS**

PLAN A

En vigencia desde el 1 de marzo de 2016

HEALTH AND WELFARE FUND

1800 Massachusetts Avenue, NW • Washington, DC 20036
(202) 730-7548 • (800) 251-1777 • (202) 639-0471 Fax
Horarios de oficina • De 8 a.m. a 5 p.m. (Hora Este)

ÍNDICE

Información de contacto	3
Cobertura médica.....	4
Cobertura de medicinas.....	9
Cobertura de atención dental	9
Cobertura de atención de la vista	10



INFORMACIÓN DE CONTACTO

Administradores de las coberturas	
Médica	CIGNA Health Care PO Box 182223 Chattanooga, TN 37422 Servicios al afiliado: (800) 433-5305 www.cigna.com (La red del proveedor es el plan "Open Access Plus")
Medicinas recetadas	Caremark 9501 E. Shea Boulevard Scottsdale, AZ 85260-6419 (800) 966-5772 www.caremark.com
Atención dental	Delta Dental PO Box 2105 Mechanicsburg, PA 17055 (800) 932-0783 www.deltadental.com
Atención de la vista	Cigna Vision Care PO Box 385018 Birmingham, AL 358238 (877) 478-7557 www.cigna.vsp.com

Oficinas del Fondo para la Salud y el Bienestar del SEIU	
John DeVirgiliis – Administrador	(202)730-7525 John.DeVirgiliis@seiufunds.org
Barbara Zeiss – Gerente Administrativa Coberturas del agremiado, problemas de elegibilidad, preguntas sobre reclamos de cuentas.	(202)730-7548 Barbara.Zeiss@seiufunds.org
Timothy Royal – Health and Welfare Fund Analyst Preguntas sobre contrato colectivo, contratos del patrón, tarifas, asuntos de cobertura médica según la ley COBRA.	(202)730-7529 Timothy.Royal@seiufunds.org
Holdjiny Toussaint – Técnica del Fondo para la Salud y el Bienestar Proceso de contaduría del empleador y trámites.	(202)730-7540 Holdjiny.Toussaint@seiufunds.org



PROGRAMA DE COBERTURAS

A. COBERTURA MÉDICA – ATENCIÓN MÉDICA DE CIGNA

	Dentro de la red	Fuera de la red
Cobertura máxima en toda la vida		Nada
Cobertura maxima anual		Nada
Pago máximo anual de su bolsillo	\$5,000. – Individual \$10,000 – Familiar	No hay límite máximo
Medicina		
Pago máximo anual de su bolsillo	\$1,600. – Individual \$3,200 – Familiar	No hay límite máximo
Medicamentos recetados		
Deducible anual (por individuo)	\$100 por consulta de paciente externo en plantel externo, servicios de rayos X y laboratorio \$100 por servicios de paciente interno	
Consulta al médico general y al especialista	Contribución de pago de \$10	Usted paga 50% El plan paga 50%
Tratamiento de alergias e inyecciones	Contribución de pago menor de \$10 o su cobro actual	Usted paga 50% El plan paga 50%
Suero de alergias (suministrado por el doctor en su consultorio)	Sin costo alguno	Usted paga 50% El plan paga 50%
Atención preventiva		
Atención para el bienestar del niño	Sin costo alguno	Usted paga 50% El plan paga 50%
Vacunas	Sin costo alguno	Usted paga 50% El plan paga 50%
Exámenes físicos anuales de rutina	Sin costo alguno	Usted paga 50% El plan paga 50%



	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención preventiva de rutina y máximo asociado con rayos X y laboratorios (Incluyendo colonoscopias, pruebas de glucosa, etc)	Sin costo alguno	Usted paga 50% El plan paga 50%
Mamografías	Sin costo alguno	Usted paga 50% El plan paga 50%
Papanicolau, PSA	Sin costo alguno	Usted paga 50% El plan paga 50%
Análisis de preadmisión		
Planteles de consulta externa	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Laboratorios independientes y rayos X	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Servicios de hospital para pacientes internos Unidades de alojamiento y comida semiprivados, privados y de cuidado especial	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Servicios de hospital para paciente externo	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Servicios de hospital para pacientes internos		
Visitas al médico / consultas	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Servicios profesionales a pacientes internos y externos	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%



	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de emergencia y atención urgente		
Sala de emergencias del hospital	El plan paga 100% después de \$50 de contribución de pago. (Anulado si es admitido.) *El plan paga 50% por algo que no es una verdadera emergencia.	El plan paga 100% después de \$50 de contribución de pago. (Anulado si es admitido) *El plan paga 50% por algo que no es una verdadera emergencia.
Atención urgente	El plan paga 100% después de \$50 de contribución de pago.	El plan paga 100% después de \$50 de contribución de pago.
Ambulancia	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Servicios al paciente interno en otras instalaciones de atención médica (incluyendo instalaciones de enfermería especializada) Alojamiento y comida (máximo de 90 días naturales al año)	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Atención médica a domicilio (Máximo de 60 días al año.)		
Hospicio	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Instalación de paciente interno, servicio a paciente externo		
Orientación en pérdida de seres queridos		
Centro médico para internos, servicios a pacientes externos	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Terapia de rehabilitación de corto plazo a pacientes externos		
Terapia física, ocupacional y de habla, rehabilitación cardíaca y terapia quiropráctica (40 visitas combinadas por cada año del calendario natural)	Contribución de pago de \$20 por visita.	Usted paga 50% El plan paga 50%



	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de maternidad		
Consulta inicial de confirmación	Contribución de pago de \$10	Usted paga 50% El plan paga 50%
Todas las visitas prenatales posteriores, visitas posnatales y cobros del médico por el parto	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Aborto		
Instalación de paciente interno y externo	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Planificación familiar		
Visitas al consultorio, incluyendo análisis y asesoría.	Pagado conforme a la cobertura de consulta externa o interna, basado en el lugar donde el servicio se localiza.	Pagado conforme a la cobertura de consulta externa o interna, basado en el lugar donde el servicio se localiza.
Servicios quirúrgicos como ligadura de trompas o vasectomía (excluyendo revertir procesos)	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Trasplantes de órganos		
Instalación para paciente interno CIGNA Lifesource	El plan paga 100%	No está cubierto
Otras instalaciones de hospitales para pacientes internos	Usted paga 20% El plan paga 80%	No está cubierto
Servicios de doctor y doctor de CIGNA Lifesource	El plan paga 100%	No está cubierto
Doctor que no es de Lifesource	Usted paga 20% El plan paga 80%	No está cubierto
Servicios de traslado.— Solamente disponibles para planteles de CIGNA Lifesource	Hasta \$10,000	No está cubierto
Equipo médico durable	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%



	Dentro de la red	Fuera de la red
Aparatos y dispositivos externos prostéticos	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Cuidado rutinario de los pies	Pagado conforme a la cobertura de consulta externa o interna, basado en el lugar donde el servicio se localiza.	Usted paga 50% El plan paga 50%
Paciente interno.- salud mental y abuso de consumo de sustancias	Usted paga 20% El plan paga 80%	Usted paga 50% El plan paga 50%
Paciente externo.- salud mental y abuso de consumo de sustancias	Contribución de pago de \$10	Usted paga 50% El plan paga 50%

EXCLUSIONES

¿Qué no está cubierto (que no es “de inclusión integral”)?

Su plan proporciona cobertura para la mayoría de servicios médicamente necesarios. He aquí algunos ejemplos (no son todos) de las cosas que su plan no cubre, excepto si es obligatorio por ley hacerlo o si está incluido en la cobertura de farmacia:

- Servicios proporcionados a través de programas gubernamentales.
- Los servicios que no son médicamente necesarios.
- Servicios experimentales, de investigación o no comprobados.
- Servicios por una lesión o enfermedad que se produce durante el trabajo remunerado o trabajo por ganancias monetarias, incluyendo servicios cubiertos por el plan de compensación por accidentes laborales llamado Worker’s Compensation.
- Servicios de estética.
- El cuidado dental, a menos que sea debido a una lesión accidental de dientes naturales sanos.
- Servicios de infertilidad.
- Procedimientos para revertir la esterilización.
- Análisis genéticos.
- Medicinas sin receta y medicamentos contra la obesidad.
- Servicios no calificados de custodia, entre otros.
- Programas de pérdida de peso.
- Dispositivos auxiliares para oír.
- Tratamiento de trastorno temporomandibular.
- Acupuntura.
- Tratamiento de la disfunción sexual.
- Vacunas de viaje.
- Consultas por teléfono, correo electrónico e Internet, en ausencia de una cobertura específica.
- Lentes y marcos de anteojos, lentes de contacto y corrección quirúrgica de la vista.



B. COBERTURA DE MEDICINAS RECETADAS –CAREMARK/CVS

Nivel	Tipo de medicina	Contribución de pago
Cobertura maxima anual	Sin límites	
Nivel 1	Sin marca	\$10
Nivel 2	De marca específica preferida	\$20
Nivel 3*	De marca sin importar cuál	\$30*

* Si hay disponible una versión de un medicamento de marca no preferida, el costo para usted será la contribución que se paga por la medicina sin marca más la diferencia de precio entre el medicamento sin marca y el de marca. En muchos casos, el costo será mayor que la contribución de pago Nivel 3. Sin embargo, si su médico indica que "no se permite sustitución" o "como se receta", tendrá que pagar sólo la contribución de pago Nivel 3.

C. COBERTURA DE ATENCIÓN DENTAL – DELTA DENTAL

DEDUCIBLES, MÁXIMOS Y SERVICIOS	Dentro de la red	Fuera de la red *
Deducible por año de calendario natural No se aplica a servicios de diagnósticos, preventivos o de ortodoncia	\$50 por persona con un límite familiar de \$150	
Máximo por año de calendario natural	\$1,500 por persona	\$1,000 por persona
Máximo en su vida por servicios de ortodoncia	\$1,000 por persona (sólo para niños a cargo y hasta los 19 años).	
Servicios de diagnóstico (ejemplo, exámenes y rayos X)	El plan paga 100%	El plan paga 80%
Servicios preventivos (por ejemplo, tratamientos de fluoruro a los 19 años, selladores a los 14 años, limpieza de dientes para niños y adultos)	El plan paga 100%	El plan paga 80%
Servicios básicos de restauración (ejemplo, tapaduras)	El plan paga 80%	El plan paga 60%
Servicios complejos de restauración (por ejemplo, coronas)	El plan paga 50%	El plan paga 50%
Servicios de endodoncia (ejemplo, terapia de conducto radicular)	El plan paga 80%	El plan paga 60%
Servicios periodontales (tratamiento de los trastornos de las encías)	El plan paga 80%	El plan paga 60%



DEDUCIBLES, MÁXIMOS Y SERVICIOS	Dentro de la red	Fuera de la red *
Servicios de prostodoncia (por ejemplo, dentaduras, puentes, etc.)	El plan paga 50%	El plan paga 50%
Cirugía oral (ejemplo: extracciones)	El plan paga 80%	El plan paga 60%
Ajuste oclusal limitado (es decir, "punto de molienda") cuando sea necesario y habitual según lo determinado por los estándares de la práctica dental generalmente aceptada, limitado a un ajuste oclusal en su vida, y también limitada a no más de la cantidad de dientes que haya en un cuadrante	El plan paga 100%	El plan paga 80%
Servicios de ortodoncia (corrección de los dientes) por hijo a cargo hasta los 19 años Máximo en toda su vida: \$1000 por persona	El plan paga 50%	El plan paga 50%

* El Plan brinda cobertura de gastos fuera de la red a un porcentaje equivalente a las prestaciones dentales otorgadas por el administrador. Usted es responsable de pagar el cobro efectivo del dentista fuera de la red, que podría incluir cantidades adicionales a cualquier co-seguro aplicable y deducibles.

D. COBERTURA DE ATENCIÓN DE LA VISTA – CIGNA VISION CARE

Entre los proveedores dentro de la red se incluyen: Target, Sears, JC Penny, Pearle Vision y Vision Works

Tipo de servicio de cuidado de la vista	Cantidad dentro de la red pagada por el Plan	Cantidad máxima de cobertura fuera de la red
Examen (1 por cada año calendario natural)	100%	Hasta \$40
Marcos (un conjunto cada dos años)	Hasta \$90	Hasta \$45
Lentes* (un conjunto por cada año natural)		
Uno solo	100%	Hasta \$36
Bifocal	100%	Hasta \$54
Trifocal	100%	Hasta \$66
Lenticular	100%	Hasta \$90
Norma progresiva	\$50 de contribución de pago y después 100%	Hasta \$54



Tipo de servicio de cuidado de la vista	Cantidad dentro de la red pagada por el Plan	Cantidad máxima de cobertura fuera de la red
Lentes de contacto** (Electivo y terapéutico)	Hasta \$40	Hasta \$36
Opciones de lentes	Plan de ahorros de dispositivos para la vista***	No está cubierto

*Los lentes dentro de red incluyen tintas sólidas, ultravioletas y protección estándar contra raspones.

** La cobertura es en lugar de lentes de gafas y marcos.

*** Hay un programa de descuentos a través del administrador de prestaciones del cuidado de la vista ya que se hayan agotado las coberturas del plan.





HEALTH AND WELFARE FUND

1800 Massachussetts Avenue, NW • Washington, DC 20036
(202) 730-7548 • (800) 251-1777 • (202) 639-0471 Fax
Horarios de oficina • De 8 a.m. a 5 p.m. (Hora Este)