

# Weiser Security Services, Inc.: PanaBridge Advantage Essential

Periodo de Cobertura: 03/01/2014 – 02/28/2015

El resumen adjunto de Beneficios y Cobertura (SBC) se requiere bajo la nueva Ley de Asistencia Asequible (ACA). Según estas normas, los planes de salud están obligados a proporcionar un resumen de beneficios y coberturas, así como una lista de definiciones, diseñadas para hacer más mas fácil para que usted pueda comparar sus opciones y entender exactamente lo que está comprando.

Este resumen **sólo describe los beneficios preventivos** que ofrece el plan PanaBridge Advantage Essential. Para obtener una lista completa de beneficios que ofrece el plan de beneficios limitados, por favor consulte su Guía de Inscripción de Beneficios.

**Resumen de Beneficios y Cobertura: ¿Qué cubre este Plan y Cuánto Cuesta?**

**Cobertura para: Empleados y sus Dependientes**

**Tipo de Plan: Servicio de Cuidados Preventivos**



**Éste es solo un resumen.** Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en [www.mypalic.com](http://www.mypalic.com) o llamando al 1-800-999-5382

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	No Aplica; no hay deducibles bajo este Plan	Usted no tiene que pagar un deducible por los servicios cubiertos por este Plan
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No Aplica; no hay deducibles bajo este Plan	Usted no tiene que pagar un deducible por los servicios cubiertos por este Plan
¿Hay un <u>límite para los gastos de mi bolsillo</u> ?	No existe limite en cuanto a gastos de bolsillo bajo este Plan	Los gastos de bolsillo bajo este plan incluyen Prima y Servicios de Cuidados Preventivos que no están cubiertos bajo este Plan. Esto incluye todos los servicios que no sean Servicios de Cuidados Preventivos dentro de la red.
¿Cuáles son las <u>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</u> ?	Cuidado Preventivo no está cubierto bajo este Plan	Esto incluye todos los servicios que no sean de Servicios de Cuidados Preventivos dentro de la red.
¿Hay un <u>límite anual</u> general para lo que paga el plan?	No	No hay límites generales anuales sobre lo que este Plan paga.
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	Si	Si usted usa un médico u otro proveedor de atención medica dentro de la red, este Plan pagara el 100% de los Servicios de Cuidados Preventivos cubiertos.
¿Necesito un <u>referido para ver un especialista</u> ?	No	Usted no necesita una referencia para ver a un especialista. Por favor tenga en cuenta que este Plan pagara el 100% solamente de aquellos Servicios de Cuidados Preventivos cubiertos dentro de la red.
¿Hay algún <u>servicio(s) que el plan no cubra</u> ?	Si	Este Plan no pagara por servicios recibidos fuera de la red. Algunos de los servicios que este Plan no cubre figuran en este Resumen de Beneficios bajo la sección titulada Servicios Excluidos. Pida a su empleador una copia del Documento del Plan para obtener más información acerca de los Servicios Excluidos.

Número de control OMB 1545-2229  
1210-0147 y 0938-1146

Corrected on May 11, 2012

**Preguntas:** Llame al 1-800-999-5382 o visite [www.mypalic.com](http://www.mypalic.com).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthcare](http://www.dol.gov/ebsa/healthcare) o llame al 1-800-999-5382 y pida una copia.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, 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 coseguro será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores dentro de la Red** cobrándole **deducibles, copagos o coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted 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 condición o herida	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para visitas de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad.
	Consulta con un especialista	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para visitas a un especialista con la excepción de los Servicios Preventivos cubiertos dentro de Red
	Consulta con otro proveedor de la salud	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para visitas al consultorio médico con la excepción de los Servicios Preventivos cubiertos dentro de Red
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	\$0	No está Cubierto	Servicios Preventivos fuera de la Red no están cubiertos.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$0	No está Cubierto	Cobertura se proporciona únicamente por Servicios Preventivos cubiertos dentro de la Red.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	\$0	No está Cubierto	Cobertura se proporciona únicamente por Servicios Preventivos cubiertos dentro de la Red.
<b>Si necesita un medicamento</b>  Para más información sobre la <b><u>cobertura de medicamentos</u></b> visite <a href="http://www.rxedo.com">www.rxedo.com</a> .	Medicamentos genéricos	\$0	No está Cubierto	Cobertura se proporciona únicamente por Servicios Preventivos cubiertos dentro de la Red.
	Medicamentos de marca preferidos	\$0	No está Cubierto	Cobertura se proporciona únicamente por Servicios Preventivos cubiertos dentro de la Red.
	Medicamentos de marca no preferidos	\$0	No está Cubierto	Cobertura se proporciona únicamente por Servicios Preventivos cubiertos dentro de la Red.
	Medicamentos especiales	No está Cubierto	No está Cubierto	No se ofrece cobertura para Medicamentos especiales
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Arancel del centro (clínica)	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para los honorarios de las instalaciones (clínicas)
	Tarifa del médico/cirujano	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para los honorarios del médico / cirujano

**Preguntas:** Llame al 1-800-999-5382 o visite [www.mypalic.com](http://www.mypalic.com).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthcare](http://www.dol.gov/ebsa/healthcare) o llame al 1-800-999-5382 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
<b>Si necesita atención inmediata</b>	Servicios de la sala de emergencias	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para los Servicios de sala de emergencia
	Traslado médico de emergencia	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para Traslado médico de emergencia
	Cuidado urgente	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para Cuidado urgente
<b>Si lo admiten al hospital</b>	Arancel del hospital (habitación)	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para los honorarios de Hospital (habitación)
	Tarifa del médico/cirujano	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para los honorarios del médico / cirujano
<b>Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para los Servicios ambulatorios de salud mental y de conducta
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para los Servicios de salud mental y de conducta para pacientes internados
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	No esta Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para Tratamiento para el abuso de sustancia para pacientes internados
<b>Si está embarazada</b>	Cuidados prenatales y post parto	No está Cubierto	No está Cubierto	Cobertura se proporciona únicamente por Servicios Preventivos cubiertos dentro de la Red.
	Parto y todos los servicios de internación	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para Parto y todos servicios de internación

**Preguntas:** Llame al 1-800-999-5382 o visite [www.mypalic.com](http://www.mypalic.com).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthcare](http://www.dol.gov/ebsa/healthcare) o llame al 1-800-999-5382 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b>	Cuidado de la salud en el hogar	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para Cuidado de las salud en el hogar
	Servicios de rehabilitación	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para Servicios de rehabilitación
	Servicios de recuperación de las habilidades	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para Servicios de recuperación de las habilidades
	Cuidado de enfermería especializado	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para Cuidado de enfermería especializado
	Equipo médico duradero	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para Equipo médico duradero
	Cuidado de hospicio	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para Cuidado de hospicio
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista	No está Cubierto	No está Cubierto	Cobertura se proporciona únicamente por Servicios Preventivos cubiertos dentro de la Red.
	Anteojos	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para Anteojos
	Consulta dental	No está Cubierto	No está Cubierto	No hay cobertura para Consulta dental

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

### Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

- Todos los servicios que no estén cubiertos bajo el Beneficio de Cuidado Preventivo
- Todos los servicios de una lesión o enfermedad
- Los gastos incurridos en relación con el examen rutinario de la vista (excepto que sea requerido por el beneficio de Cuidado Preventivo).

### Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- Vacunas para Adultos y Niños
- La detección del cáncer colorectal (incluyendo colonografía CT\*, las pruebas de sangre oculta en las heces, Análisis de sigmoidoscopia y de colonoscopia)
- Trastornos de colesterol y los lípidos
- Mamografías (película y digital) para todas las mujeres adultas \*
- Detección genérica y evaluación para el gen del cáncer de mama BRCA
- La detención del cáncer del cuello del útero incluyendo las pruebas de Papanicolaou
- Análisis de audición para recién nacidos, enfermedad de la tiroides, la fenilcetonuria y anemia de células falciformes y el panel metabólico estándar de detención de enfermedades hereditarias de deficiencia de enzimas.
- Consejería para el uso de fluoruro
- Análisis de Trastornos Depresivo mayor

## Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura bajo el Plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las Leyes Federales proporcionan protecciones que le permiten mantener cobertura de salud. Todos estos derechos pueden ser limitados en el tiempo y requerirá el pago de una prima, que puede ser significativamente mayor que la prima que se paga mientras está cubierto por el Plan. Otras limitaciones en sus derechos para continuar su cobertura también pueden aplicar. Para obtener más información sobre sus derechos a continuar su cobertura, comuníquese con el plan a 1-800-999-5382. Usted también puede contactar su departamento estatal de seguros, el Departamento de Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. al 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

## Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con 1-800-999-5382. Una lista de estados con Programas de Asistencia al Consumidor esta disponible en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y <http://cciio.cms.gov/prgrams/consumer/capgrants/index.html>.

## ¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima.” **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

## ¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. **El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). Esta cobertura médica no cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

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



## Sobre los ejemplos de cobertura:

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



### Ésta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

### Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$
- Usted paga: \$

#### Ejemplos 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
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$
Copagos	\$
Coseguro	\$
Límites o exclusiones	\$
<b>Total</b>	<b>\$</b>

### Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$
- Usted paga: \$

#### Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$
Copagos	\$
Coseguro	\$
Límites o exclusiones	\$
<b>Total</b>	<b>\$</b>

## Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

### ¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** 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 ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

### ¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

- ✗ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

### ¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

- ✗ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** 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 “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por 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, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a 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.