

SHOP IRONWORKERS LOCAL 790 WELFARE PLAN
RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO ACTIVO
BLUE CROSS PRUDENT BUYER

BENEFICIO MÉDICO	PROVEEDOR DE BLUE CROSS	PROVEEDOR SIN CONTRATO
Opción de proveedores	Para poder recibir los más grandes beneficios y los más bajos gastos de su bolsillo, los participantes deben acudir con médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica con contrato del PPO del plan Comprador Prudente de Blue Cross.	Los participantes pueden acudir con médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que NO tengan contrato con el plan Comprador Prudente de Blue Cross; sin embargo, los gastos de su bolsillo serán mayores. Algunos beneficios no están cubiertos.
Deducible por año calendario	Individual: \$250 Familia: \$750 El deducible por año calendario no se aplica a todos los servicios.	Individual: \$500 Familia: \$1,500 Siempre se aplica el deducible por año calendario.
Deducible en caso de accidente	Si 2 o más miembros de la familia se lesionan en el mismo accidente, solo se aplicará 1 deducible para los gastos cubiertos relacionados con ese accidente.	
Máximo anual	No hay máximo anual para beneficios de salud esenciales.	
Máximo de por vida	Ilimitado	
Máximo anual de su bolsillo por año calendario	Individual: \$3,000 después del deducible; \$9,000 máximo por familia	Individual: \$5,000 después del deducible; \$15,000 máximo por familia
Paciente hospitalizado Habitación y alimentos, UCI, cargos adicionales	80% de la tarifa contratada; <i>(1)</i> Se aplica el deducible por año calendario	60% de los gastos cubiertos⁽¹⁾ después de un deducible de \$500 por admisión al hospital. * También se aplica el deducible por año calendario
Certificación previa para la admisión al hospital <i>Debe llamar a Blue Cross</i> <i>(800) 274-7767</i>	Si no se obtiene una certificación previa para alguna admisión al hospital que no sea el nacimiento de un hijo, por lo general los beneficios pagaderos se reducirán en 10%. Para el nacimiento de un hijo, una estancia de la madre en el hospital que se espere sea mayor de 48 horas para un parto normal o 96 horas para un parto por cesárea requiere una certificación previa para el periodo prolongado. Si la admiten en caso de emergencia, se debe notificar a Blue Cross en un plazo menor de 24 horas.	

(1) Blue Cross ha negociado montos fijos que pagará a los proveedores por diversos servicios, denominados como "tarifa de contrato". A menudo, estos montos negociados son mucho menores que los cargos que se facturan normalmente. Cuando acude a un proveedor de Comprador Prudente, no será responsable por la diferencia entre los cargos facturados por el proveedor y el monto negociado. *La admisión a un hospital no contratado en una emergencia que ponga en peligro la vida estará cubierta al 80% de los gastos cubiertos y no se aplicará el deducible de \$500 por admisión en un hospital no contratado.

BENEFICIO MÉDICO	PROVEEDOR DE BLUE CROSS	PROVEEDOR SIN CONTRATO
Anestesia	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
ATENCIÓN DE EMERGENCIA		
Sala de emergencias	80% de la tarifa contratada después de pagar un copago de \$100;	80% de los gastos cubiertos;
(instalaciones)	80% de la tarifa contratada;	80% de los gastos cubiertos;
Sala de emergencias (profesional)	80% de la tarifa contratada;	80% de los gastos cubiertos;
Ambulancia	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	80% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Instalaciones de enfermería especializada (SNF)	45% de la tarifa contratada; hasta 55 días por discapacidad; la admisión debe ocurrir después de una estancia en hospital como paciente internado de por lo menos 5 días; el paciente debe ser admitido en las SNF a menos de 7 días de ser dado de alta del hospital; Se aplica el deducible	35% de los gastos cubiertos; hasta 55 días por discapacidad y la admisión debe ocurrir después de una estancia en hospital como paciente internado de por lo menos 5 días; el paciente debe ser admitido en las SNF a menos de 7 días de ser dado de alta del hospital; Se aplica el deducible
Se tienen disponibles beneficios adicionales en caso de accidente.		
Atención de salud en el hogar	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Se requiere una autorización previa.		
Centro para enfermos terminales	100% de la tarifa contratada, se aplican limitaciones; No se aplica el deducible	100% de los gastos cubiertos, se aplican limitaciones; No se aplica el deducible
Se requiere una autorización previa.		

BENEFICIO MÉDICO	PROVEEDOR DE BLUE CROSS	PROVEEDOR SIN CONTRATO
Visitas al médico Consultorio, paciente ambulatorio o en el hogar	100% de la tarifa contratada después de un copago de \$25; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Cargos del médico - otros Hospital o cirugía (paciente hospitalizado profesional)	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Radiografías y laboratorio para diagnóstico de rutina relacionados con una visita al consultorio	80% de la tarifa contratada; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Radiografías para diagnóstico de rutina, instalaciones independientes u hospital para pacientes ambulatorios	80% de la tarifa contratada; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Procedimientos mayores de generación de imágenes Exploración con TC, exploración con PET, resonancia magnética	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
CIRUGÍA COMO PACIENTE AMBULATORIO		
Cuotas de las instalaciones y honorarios profesionales	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Centro para cirugías ambulatorias	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos que no excedan \$1,500 disponibles por procedimiento; Se aplica el deducible
	Se requiere una autorización previa para los centros quirúrgicos ambulatorios no contratados. Llame a la oficina administrativa. Usted tiene la responsabilidad de confirmar que las instalaciones donde se realice el procedimiento tengan contrato con el plan Comprador Prudente de Blue Cross. Asimismo, ciertas cirugías requieren también autorización previa. Comuníquese con la oficina del fondo.	

BENEFICIO MÉDICO	PROVEEDOR DE BLUE CROSS	PROVEEDOR SIN CONTRATO
PODIATRÍA		
Examen	100% de la tarifa contratada después de un copago de \$25; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Aparato ortótico	80% de la tarifa contratada; hasta \$200 por año calendario	No está cubierto
Quiropráctico	100% de la tarifa contratada después de un copago de \$25, hasta un máximo de \$35 por visita, hasta un máximo de \$2,000 por año calendario, No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos, hasta un máximo de \$35 por visita, con un máximo de \$2,000 por año calendario. Se aplica el deducible
Acupuntura	100% de la tarifa contratada después de un copago de \$25, hasta un máximo de \$35 por visita, hasta un máximo de \$2,000 por año calendario; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos, hasta un máximo de \$35 por visita, con un máximo de \$2,000 por año calendario. Se aplica el deducible
Hasta un máximo de \$2,000 por año calendario para cargos de PPO y no PPO combinados, para quiropráctico y acupuntura.		
TERAPIA COMO PACIENTE AMBULATORIO		
Física y respiratoria	100% de la tarifa contratada después de un copago de \$25; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
TERAPIA DEL HABLA Y OCUPACIONAL	Solo se cubre si el administrador de casos determina que la terapia del habla y ocupacional es necesaria médicamente. Se requiere una autorización previa.	Solo se cubre si el administrador de casos determina que la terapia del habla y ocupacional es necesaria médicamente. Se requiere una autorización previa.
Habla	100% de la tarifa contratada después de un copago de \$25. No se aplica el deducible.	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Ocupacional	100% de la tarifa contratada después de un copago de \$25. No se aplica el deducible.	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible

BENEFICIO MÉDICO	PROVEEDOR DE BLUE CROSS	PROVEEDOR SIN CONTRATO
Quimioterapia	80% de la tarifa contratada Se aplica el deducible.	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Terapia con radiaciones	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Terapia por infusión intravenosa	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Diálisis	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
Infertilidad	NO CUBIERTA	NO CUBIERTA
Vasectomía	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Ligadura de trompas	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
DIU	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Abortos por elección	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Exámenes de rutina para la salud preventiva	100% de la tarifa contratada; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
ATENCIÓN DEL BEBÉ/NIÑO SANO	100% de la tarifa contratada; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
	Los cargos por vacunaciones están incluidos en la atención del bebé/niño sano.	

BENEFICIO MÉDICO	PROVEEDOR DE BLUE CROSS	PROVEEDOR SIN CONTRATO
ATENCIÓN DE LA MUJER SANA		
Exámenes	100% de la tarifa contratada; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Pruebas de Papanicolaou	100% de la tarifa contratada; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Mamografía	100% de la tarifa contratada; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
CUIDADO DE ALERGIAS		
Visita al consultorio	100% de la tarifa contratada después de un copago de \$25; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Pruebas	80% de la tarifa contratada; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Tratamiento y suero	80% de la tarifa contratada; No se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Vacunaciones	Cubiertas con los exámenes de rutina y la salud preventiva, como se muestra anteriormente	Cubiertas con los exámenes de rutina y la salud preventiva, como se muestra anteriormente
Equipo médico duradero	80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible	60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible

BENEFICIO MÉDICO	PROVEEDOR DE BLUE CROSS	PROVEEDOR SIN CONTRATO
Prótesis, soportes ortopédicos, otros equipos y suministros	<p>La receta debe declarar la necesidad médica y se requiere autorización previa. Comuníquese con la oficina administrativa.</p> <p>Medias de compresión y sostenes para mastectomía – 2 por año</p> <p>Pelucas (A9282) – 1 de por vida con un máximo de por vida de \$500</p>	<p>La receta debe declarar la necesidad médica y se requiere autorización previa. Comuníquese con la oficina administrativa.</p> <p>Medias de compresión y sostenes para mastectomía – 2 por año</p> <p>Pelucas (A9282) – 1 de por vida con un máximo de por vida de \$500</p>
ATENCIÓN DE LA AUDICIÓN		
Examen	El plan paga 100% de la tarifa contratada	El plan paga 100% de los gastos cubiertos
Moldeado	<p>80% de la tarifa contratada -</p> <p>Solo hijos dependientes -</p> <p>Menores de 1 año – una vez cada 2 meses – máximo de \$100 por cada cambio de moldeado, hasta un máximo de \$600.</p> <p>De 1 año a 14 años de edad - una vez al año - máximo de \$100 por cada cambio de moldeado.</p>	<p>60% de los gastos cubiertos -</p> <p>Solo hijos dependientes -</p> <p>Menores de 1 año – una vez cada 2 meses – máximo de \$100 por cada cambio de moldeado, hasta un máximo de \$600.</p> <p>De 1 año a 14 años de edad - una vez al año - máximo de \$100 por cada cambio de moldeado.</p>

BENEFICIO MÉDICO	PROVEEDOR DE BLUE CROSS	PROVEEDOR SIN CONTRATO
Audífonos	<p>El plan paga 80% hasta un máximo de \$1,500 por cada audífono (izquierdo y derecho), incluye las baterías iniciales</p> <p>El plan cubre un dispositivo por oído cada cuatro años.</p> <p>Los jubilados son elegibles para este beneficio solo hasta que cumplan 65 años.</p>	<p>El plan paga 80% hasta un máximo de \$1,500 por cada audífono (izquierdo y derecho), incluye las baterías iniciales</p> <p>El plan cubre un dispositivo por oído cada cuatro años.</p> <p>Los jubilados son elegibles para este beneficio solo hasta que cumplan 65 años.</p>
Articulación temporomandibular	<p>80% de la tarifa contratada;</p> <p>No se aplica el deducible</p>	<p>60% de los gastos cubiertos;</p> <p>Se aplica el deducible</p>
Programa de asistencia para afiliados	<p>Puede recibir hasta cinco consultas de MHN en persona, por teléfono o por video por la web. También puede recibir consultas telefónicas para los siguientes temas: legal, financiero, atención de niños y ancianos, prevención y recuperación de robo de identidad y problemas de la vida diaria.</p>	
Abuso de sustancias	<p>Todos los beneficios como paciente hospitalizado deben estar autorizados por MHN. Llame al (800) 624-6864. Si no se obtiene la autorización previa, habrá una reducción de 10% en los beneficios.</p>	
Paciente hospitalizado (incluye desintoxicación)	<p>El plan paga 80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible.</p>	<p>El plan paga 60% de los gastos cubiertos después de un deducible de \$500 por admisión al hospital; también se aplica el deducible del año calendario</p>
Niveles alternativos de atención (incluye hospitalización parcial, tratamiento por día y paciente ambulatorio intensivo)	<p>El plan paga 80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible.</p>	<p>El plan paga 60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible</p>

BENEFICIO MÉDICO	PROVEEDOR DE BLUE CROSS	PROVEEDOR SIN CONTRATO
Paciente ambulatorio	Copago de \$25; No se aplica el deducible	El plan paga 60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Máximo para todos los servicios	Todos los beneficios deben estar autorizados por las Compañías de Administración de Salud / (MHN). Llame al (800) 526-6657.	
Máximo anual	No hay máximo anual para beneficios de salud esenciales	
Salud mental	Todos los servicios como paciente hospitalizado requieren autorización previa de MHN. Llame al (800) 624-6864. Si no se obtiene la autorización previa, habrá una reducción de 10% en los beneficios.	
Paciente hospitalizado	El plan paga 80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible.	El plan paga 60% de los gastos cubiertos después de un deducible de \$500 por admisión al hospital; también se aplica el deducible del año calendario
Niveles alternativos de atención <i>(incluye hospitalización parcial, tratamiento por día y paciente ambulatorio intensivo)</i>	El plan paga 80% de la tarifa contratada; Se aplica el deducible.	El plan paga 60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Paciente ambulatorio	Copago de \$25; No se aplica el deducible	El plan paga 60% de los gastos cubiertos; Se aplica el deducible
Seguro complementario contra accidentes	100% de los gastos cubiertos incurridos a menos de 90 días de un accidente; hasta \$300 para servicios médicos y \$100 para servicios de radiografías/laboratorio por accidente; se debe proporcionar documentación a la oficina administrativa. No se aplica el deducible. Los cargos que restan después de pagar los beneficios del seguro complementario contra accidentes estarán sujetos a las disposiciones normales del plan para reclamos que no sean de PPO, incluyendo niveles de coaseguro, deducible por año calendario y otras disposiciones aplicables del Plan.	
Medicamentos de receta	Todos los medicamentos de receta deben obtenerse en farmacias que tengan contrato con WellDyneRx.	

BENEFICIO MÉDICO	PROVEEDOR DE BLUE CROSS	PROVEEDOR SIN CONTRATO
Todos los medicamentos genéricos	Copago de \$15 – Venta minorista – Suministro de 30 días*	Copago de \$30 – Pedido por correo – Suministro de 30 días*
Medicamento de marca que esté en el formulario	Copago de \$30 – Venta minorista – Suministro de 30 días	Copago de \$60 – Pedido por correo – Suministro de 30 días
Medicamento de marca que NO esté en el formulario	Copago de \$55 – Venta minorista – Suministro de 30 días	Copago de \$110 – Pedido por correo – Suministro de 30 días
<p>El Resumen de Beneficios anterior es solo un RESUMEN de la cobertura que provee realmente el Plan médico completo. No se han incluido todas las exclusiones y limitaciones. Consulte los detalles en las secciones específicas de este folleto. <i>*No se requiere copago para los anticonceptivos orales genéricos.</i></p>		