

# **UNIÓN INTERNACIONAL DE EMPLEADOS DE SERVICIOS FONDO DE SALUD Y BIENESTAR**

---

## **PLAN G PROGRAMA DE BENEFICIOS**

**En vigencia desde el 1 de marzo de 2016**

Fondo de Salud y Bienestar de SEIU  
1800 Massachuttes Avenue, NW  
Suite 301  
Washington, DC 20036  
(202) 730-7548  
(800) 251-1777  
(202) 639-0471 Fax

Horario de Oficina:  
8 a.m. a 6 p.m. (Hora del Este)

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

Información de contacto	Página	3
Beneficios Médicos	página	4
Beneficios de Medicamentos Recetados	Página	5

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

<b>Administradores de Beneficios</b>	
<b>Atención Médica</b>	<b>Cigna Health Care</b> PO Box 182223 Chattanooga, TN 37422 Servicios para Miembros: (800) 433-5305 <a href="http://www.cigna.com">www.cigna.com</a> (La red de proveedores es el plan "Open Access Plus")
<b>Medicamentos con receta</b>	<b>Caremark</b> 9501 E. Shea Boulevard Scottsdale, AZ 85260-6419 (800) 966-5772 <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a>

<b>Oficina del Fondo de Salud y Bienestar de SEIU</b>	
<b>John DeVirgiliis – Administrador</b>	(202)730-7525 <a href="mailto:John.DeVirgiliis@seiufunds.org">John.DeVirgiliis@seiufunds.org</a>
<b>Barbara Zeiss – Gerente Administrativa</b> Beneficios para afiliados, problemas de elegibilidad, preguntas sobre reclamaciones	(202)730-7548 <a href="mailto:Barbara.Zeiss@seiufunds.org">Barbara.Zeiss@seiufunds.org</a>
<b>Timothy Royal – Analista del Fondo de Salud y Bienestar</b> Preguntas de CBA, contratos de empleadores, tarifas, asuntos relacionados con COBRA	(202)730-7529 <a href="mailto:Timothy.Royal@seiufunds.org">Timothy.Royal@seiufunds.org</a>
<b>Holdjiny Toussaint – Técnico del Fondo de Salud y Bienestar</b> Facturación del empleador y procesamiento de pagos	(202)730-7540 <a href="mailto:Holdjiny.Toussaint@seiufunds.org">Holdjiny.Toussaint@seiufunds.org</a>

## PROGRAMA DE BENEFICIOS

### A. BENEFICIOS MÉDICOS – CIGNA HEALTH CARE

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Beneficio máximo de por vida</b>	Ninguno	
<b>Beneficio máximo anual</b>	Ninguno	
<b>Máximo anual de desembolso en efectivo</b>	\$6,000	Sin monto máximo
<b>Deducible Anual</b>	\$500 para centro ambulatorio, servicios de laboratorio/radiografías	
	\$1000 para servicios de hospitalización	
Visita a consultorio de Médico de Atención Primaria (PCP)	\$20 de copago	El participante paga 50%
Visita a consultorio de especialista	\$40 de copago	
Tratamiento/Inyecciones por Alergia	El menor del copago de \$40 o el cargo real	Usted paga 50% El Plan paga 50%
Suero de alergia (dispensado por el médico en el consultorio)	Sin cargo	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Cuidados Preventivos</b>		
Atención del niño sano	Sin cargo	Usted paga 50% El Plan paga 50%
Vacunaciones	Sin cargo	Usted paga 50% El Plan paga 50%
Exámenes físicos anuales de rutina	Sin cargo	Usted paga 50% El Plan paga 50%

	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Máximo de atención preventiva de rutina y exámenes de laboratorio/radiografías relacionados</b> (Incluye colonoscopias, pruebas de glucosa, etc.)	Sin cargo	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Mamografías</b>	Sin cargo	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Prueba de Papanicolaou, Antígeno prostático específico (PSA)</b>	Sin cargo	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Pruebas previas a la admisión</b>		
Establecimiento Ambulatorio	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%
Centro independiente de laboratorio y radiografías	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Servicios de hospitalización</b> Hospitalización y comida en Unidades de atención especiales, privadas y semi-privadas	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Servicios de centro de atención ambulatoria</b>	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Servicios de hospitalización</b>		
Consultas/visitas al médico	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%
Servicios de profesional de atención ambulatoria o de hospitalización	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de Emergencia y Cuidados de Urgencia</b>		
Sala de Emergencia de Hospital	El plan paga 100% después de \$50 de copago (dispensado si es ingresado) *El plan paga 50% de un caso que no sea una verdadera emergencia	El plan paga 100% después de \$50 de copago (dispensado si es ingresado) *El plan paga 50% de un caso que no sea una verdadera emergencia
Atención de urgencias	El plan paga 100% después de \$50 de copago	El plan paga 100% después de \$50 de copago
<b>Ambulancia</b>	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 30% El Plan paga 70%
<b>Servicios de hospitalización en otros centros de atención médica</b> (incluidos los centros de enfermería especializada) Hospitalización y comida (Máximo del año calendario: 90 días)	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%
Atención médica en el hogar (Máximo del año calendario: 60 días)		
<b>Cuidados de Hospicio</b>	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%
Centro de hospitalización, servicio ambulatorio		
<b>Asesoramiento para el Duelo</b>		
Centro de hospitalización, servicios ambulatorios	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Terapia de rehabilitación ambulatoria a corto plazo</b>		
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, rehabilitación cardíaca y terapia quiropráctica (40 visitas combinadas por año calendario)	Copago de \$20 por visita	Usted paga 50% El Plan paga 50%

	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Servicios de Maternidad</b>		
Visita de confirmación inicial	\$40 de copago	Usted paga 50% El Plan paga 50%
Todas las consultas prenatales y postnatales subsiguientes, y los cargos del médico por trabajo de parto	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Aborto</b>		
Instalaciones para pacientes hospitalizados y ambulatorios	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Planificación familiar</b>		
Las visitas al consultorio incluidas las pruebas y asesoramiento	Pagado en virtud del beneficio de visita al consultorio, atención de hospitalización o ambulatoria. Con base en el lugar del servicio	Pagado en virtud del beneficio de visita al consultorio, atención de hospitalización o ambulatoria. Con base en el lugar del servicio
Servicios quirúrgicos, tales como ligadura de trompas o vasectomía (excluye reversiones)	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Trasplantes de órganos</b>		
Centro de Hospitalización de CIGNA Lifesource	El Plan paga 100%	No cubiertos
Otro centro de hospitalización	Usted paga 30% El Plan paga 70%	No cubiertos
Servicios de médico/Médico de CIGNA Lifesource	El Plan paga 100%	No cubiertos
Médico que no sea de Lifesource	Usted paga 30% El Plan paga 70%	No cubiertos
Servicios de viaje – Sólo están disponibles para los centros de CIGNA Lifesource	El Plan paga 100%	No cubiertos
<b>Equipamiento Médico Durable</b>	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%

	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Dispositivos Prostéticos Externos</b>	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Cuidado de los pies de rutina</b>	Pagado en virtud del beneficio de visita al consultorio, atención de hospitalización o ambulatoria. Con base en el lugar del servicio	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Atención de hospitalización de salud mental/abuso de sustancias</b>	Usted paga 30% El Plan paga 70%	Usted paga 50% El Plan paga 50%
<b>Atención ambulatoria de salud mental/abuso de sustancias</b>	\$40 de copago	Usted paga 50% El Plan paga 50%

## **EXCLUSIONES**

### **Qué no está cubierto (*no incluye todos los servicios*)?**

Su plan proporciona cobertura para la mayoría de los servicios médicamente necesarios. Entre los ejemplos de servicios que su plan no cubre, a menos que sean requeridos por ley o estén cubiertos por el beneficio de farmacia, se incluyen (entre otros):

- Los servicios prestados a través de los programas gubernamentales
- Los servicios que no son médicamente necesarios
- Servicios experimentales, de investigación o no probados
- Servicios por una lesión o enfermedad producida mientras trabajaba a cambio de un salario o por lucro, incluidos los servicios cubiertos por los beneficios de indemnización por accidente laboral
- Servicios cosméticos
- El cuidado dental, a menos que se deba a una lesión accidental en los dientes sanos
- Servicios de infertilidad
- Reversión de procedimientos de esterilización
- Pruebas genéticas
- Medicamentos sin receta y contra la obesidad
- Servicios de custodia y otra atención no especializada
- Programas de pérdida de peso
- Prótesis auditivas
- Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)
- Acupuntura
- Tratamiento de la disfunción sexual
- Vacunas para viajes
- Las consultas por teléfono, correo electrónico e Internet en la ausencia de un beneficio específico



- Anteojos y monturas, lentes de contacto y cirugía para corrección de la visión

## B. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA –CAREMARK/CVS

Nivel	Tipo de fármaco	Copago
<b>Máximo de beneficio anual</b>	Ilimitado	
<b>Nivel 1</b>	Genérico	\$10
<b>Nivel 2</b>	Nombre de marca preferido	\$20
<b>Nivel 3*</b>	Nombre de marca no preferido	\$30*
<b>Nivel 4</b>	Especialidad	50% - Copago máximo de \$250

\* Si una versión genérica de un medicamento de marca no preferido está disponible, el costo para usted será el copago del genérico más la diferencia del precio entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. En muchos casos, el costo será mayor que el copago del Nivel 3. Sin embargo, si su médico indica que “no se permite sustituto” o “se debe vender según se receta”, usted sólo pagará el copago del Nivel 3.