

Notificación de exención de límite anual

Lea la notificación especial a continuación que explica los límites anuales de las opciones de cobertura.

La Ley de Salud a Bajo Precio prohíbe a los planes de salud aplicar límites de dólares por debajo de una cantidad específica a ciertos beneficios. Este año, si un plan aplica un límite de dólares a la cobertura que ofrece para ciertos beneficios en un año, el límite deberá ser de un mínimo de \$1.25 millones.

Su cobertura de salud, ofrecida por Connecticut General Life Insurance Company, no cumple con los estándares mínimos requeridos por la Ley de Salud a Bajo Precio descrita arriba.

Su cobertura tiene un límite anual de:

Servicios cubiertos	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Atención para pacientes en consulta externa	hasta \$1,000 por año de cobertura	hasta \$1,500 por año de cobertura	hasta \$2,000 por año de cobertura
Atención para pacientes internados	hasta \$2,000 por año de cobertura	hasta \$3,000 por año de cobertura	hasta \$5,000 por año de cobertura
Cobertura complementaria de Cirugía en el hospital		hasta \$1,500 por cirugía	hasta \$2,500 por cirugía
Cobertura complementaria de Enfermedad relacionada con la maternidad		hasta \$1,500 por incidencia	hasta \$2,500 por incidencia
Cobertura de recetas médicas	No incluida	hasta \$300 por año de cobertura	hasta \$600 por año de cobertura
Cobertura médica por accidente	hasta \$1,000 por accidente, 2 accidentes por año de cobertura	hasta \$2,500 por accidente, 2 accidentes por año de cobertura	hasta \$5,000 por accidente, 2 accidentes por año de cobertura

Esto significa que es posible que su cobertura de salud no pague todos los gastos de atención médica en los que usted incurra.

Por ejemplo, una estadía en el hospital cuesta alrededor de \$1,853 por día. A este precio, su seguro sólo pagaría:	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
	1.07 días	1.61 días	2.69 días

Aviso: Si busca atención médica en un hospital de la red, es posible que se cubra tiempo adicional, ya que el descuento de la red podría tener como resultado costos más bajos por día. Si está hospitalizado para una cirugía o para atención durante la maternidad, también es posible que su cobertura pague servicios adicionales, tal como se describe en su folleto de beneficios.

Su plan de salud le ha solicitado al Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos que exima este año el requisito para ofrecer cobertura para ciertos beneficios clave de un mínimo de \$1.25 millones. Su plan de salud ha establecido que cumplir con este límite de dólares mínimo este año tendrá como resultado un aumento significativo de su prima o una reducción significativa de su acceso a los beneficios. De acuerdo con esta negociación, el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos eximió el requisito para su plan hasta el 31 de diciembre de 2012.

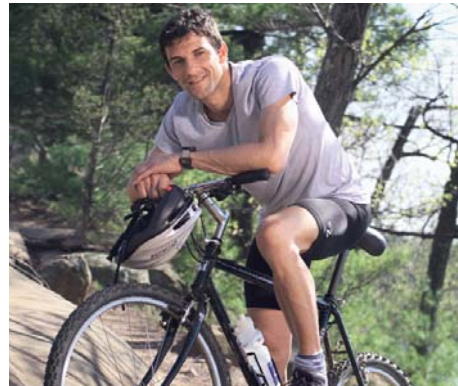
Si le preocupa la disminución en los límites de dólares en beneficios clave, es posible que usted y su familia tengan otras opciones de cobertura de atención médica. Para más información, visite www.HealthCare.gov.

Si tiene alguna pregunta o dudas sobre esta notificación, comuníquese con CIGNA al 1-800-420-6308.

También puede comunicarse con el Programa de asistencia a los consumidores de su estado.

Estado	N.º Primario	Estado	N.º Primario	Estado	N.º Primario	Estado	N.º Primario
AL	(334) 241-4141	IL	(877) 527-9431	MT	(800) 322-6148	RI	(401) 462-9520
AK	(800) 467-8725	IN	(800) 622-4461	NE	(877) 564-7323	SC	(800) 768-3467
AZ	(800) 325-2548	IA	(877) 955-1212	NV	(888) 333-1597	SD	(605) 773-3563
AR	(855) 332-2227	KS	(800) 432-2484	NH	(800) 852-3416	TN	(615) 741-4737
CA	(800) 927-4357	KY	(877) 587-7222	NJ	(800) 446-7467	TX	(855) 839-2427
CO	(800) 930-3745	LA	(800) 259-5301	NM	(888) 427-5772	UT	(801) 528-3077
CT	(866) 466-4446	ME	(800) 965-7476	NY	(888) 614-5400	VT	(800) 917-7787
DE	(800) 282-8611	MD	(877) 261-8807	NC	(800) 546-5664	VI	(340) 773-6459
DC	(877) 685-6391	MA	(800) 272-4232	ND	(800) 247-0560	VA	(877) 310-6560
FL	(877) 693-5236	MI	(877) 999-6442	OH	(800) 686-1526	WA	(800) 562-6900
GA	(800) 656-2298	MN	(800) 657-3602	OK	(800) 522-0071	WV	(888) 879-9842
HI	(808) 586-2799	MS	(877) 314-3843	OR	(855) 999-3210	WI	(800) 236-8517
ID	(800) 721-3272	MO	(800) 726-7390	PA	(877) 881-6388	WY	(800) 438-5768

La cobertura de salud está a su alcance.



Aspectos destacados del plan:

- Visitas al médico por apenas \$10
- Hasta \$5,000 para la Atención para pacientes internados
- Hasta \$10,000 de cobertura por accidentes
- Programa de medicamentos que requieren receta médica
- CIGNA 24-Hour Employee Assistance ProgramSM (Programa de asistencia a los empleados durante las 24 horas de CIGNA)

Los planes a partir de sólo
\$10.³⁰ semanalmente

También se encuentra disponible:

- Plan Dental / de la vista**
- Incapacidad a Corto Plazo

**El programa de descuentos para la vista no es un seguro.

¡Apúrese! Su oportunidad de inscribirse terminará pronto.
Ofrecemos seguro médico. Favor de marcar el 1-800-859-0086.

Aviso de condición de plan exento

Este plan será tratado como un "plan de salud exento" en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Accesible (la Ley de Atención Médica Accesible). Según lo permitido por la Ley de Atención Médica Accesible, los planes de salud exentos pueden preservar determinadas características de la cobertura de salud básica que se encontraba vigente cuando la ley fue sancionada. La condición de plan de salud exento significa que su cobertura puede no incluir determinadas protecciones para los consumidores otorgadas por la Ley de Atención Médica Accesible que se aplican a otros planes, como por ejemplo, la obligación de ofrecer servicios médicos preventivos sin costos compartidos. Sin embargo, los planes de salud exentos deben cumplir con otras protecciones para los consumidores incluidas en la Ley de Atención Médica Accesible, como por ejemplo, la eliminación de los límites de por vida aplicados a los beneficios.

Las preguntas sobre qué protecciones se aplican y cuáles no a los planes de salud exentos, y sobre qué puede hacer que un plan modifique su condición de plan de salud exento pueden dirigirse al administrador del programa, llamando al número 1-800-511-2902. También puede encontrar una explicación en el sitio web de CIGNA, en http://www.cigna.com/sites/healthcare_reform/customer.html. Si su plan se rige por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, al número 1-866-444-3272 o a través del sitio web www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio web tiene una tabla que resume las protecciones que se aplican y las que no se aplican a los planes de salud exentos.

Si su plan es un plan gubernamental no federal o un plan eclesástico, también puede comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos a través del sitio web www.healthreform.gov.



Los Planes voluntarios de seguro de beneficios limitados de CIGNA no están disponibles para los residentes de Guam, Hawaii, Montana, New Hampshire, North Dakota, Puerto Rico, Vermont o Virgin Islands.

Si responde afirmativamente por lo menos a una de estas preguntas, es posible que uno de los planes Starbridge sea adecuado para usted.

- ¿No asiste a los controles o visitas al médico cuando está enfermo porque no tiene seguro? si
- ¿Tuvo que pedir una licencia sin goce de sueldo en el trabajo el año pasado debido a una enfermedad o problema de salud? si
- ¿Le cuesta encontrar proveedores de atención médica de calidad porque no tiene una tarjeta de seguro? si
- ¿Compra medicamentos que no requieren receta médica en lugar de ir al médico o despachar una receta? si
- ¿Ha necesitado alguna vez ayuda de familiares, amigos o del gobierno para pagar atención médica básica? si

¿Quién cumple con los requisitos?

Todos los miembros de equipo que no sean elegibles para la cobertura médica mayor de la empresa son elegibles. Hay un plan distinto para los residentes de WA.

¿Cuándo me puedo inscribir?

Dentro de un periodo de 31 días de elegibilidad, o durante el periodo de Inscripciones Abiertas de la compañía. Es posible que no deba esperar hasta el siguiente periodo de Inscripciones Abiertas si califica para "Inscripción Especial."

¿Cuándo comenzará mi cobertura?

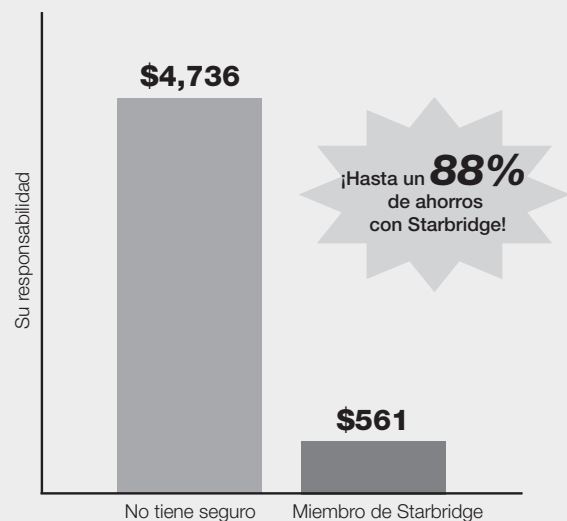
Su cobertura empieza el primer día del mes después de 30 días de empleo.

Los planes Starbridge le brindan varias alternativas para ahorrar en costos médicos.

- Descuentos dentro de la red de entre el 30 y el 50% de los cargos habituales cobrados por los proveedores de la red
- Cobertura para pacientes en consulta externa para servicios fuera del hospital, tales como visitas al médico, cirugía para pacientes en consulta externa, análisis de laboratorio, radiografías y atención de urgencia
- Cobertura para pacientes internados (hospitalaria) para algunos cargos relacionados con cirugía, maternidad y estadías de una noche
- Programas de medicamentos que requieren receta médica, que ofrecen un descuento promedio del 15% en medicamentos de marca y del 40% en genéricos
- Cobertura de servicios de rutina (después de un copago de \$20) para inmunizaciones de los niños, exámenes preventivos anuales y varios exámenes de detección (varía según el estado)

Ahorros para un brazo fracturado = \$4,175*

Factura del médico contratado para pacientes en consulta externa



El miembro de Starbridge paga \$561 después de los descuentos dentro de la red y de los beneficios cubiertos.

**Las cantidades reflejadas sirven sólo como un ejemplo y es posible que no reflejen su plan con precisión. Starbridge es un plan para enfermedades y accidentes que cubre los gastos médicos diarios. No es un plan médico principal y no está diseñado para cubrir problemas de salud importantes como enfermedades cardíacas o cáncer.*

PASO 1: Elija el plan que sea adecuado para usted.

Por favor consulte el cuadro médico en el dorso de este folleto para obtener información más detallada.

Starbridge es un plan para enfermedades y accidentes que cubre los gastos médicos diarios. No es un plan médico principal y no está diseñado para cubrir problemas de salud importantes como enfermedades cardíacas o cáncer.

Debido a que estos son planes con beneficios limitados, es mejor elegir el nivel más alto de cobertura que usted pueda pagar. Si usted tiene problemas para adecuar a su presupuesto las necesidades de un plan médico, las siguientes pautas pueden ser de utilidad, o puede comunicarse con un Especialista en beneficios de Starbridge a 1-800-859-0086.

Plan Nivel 1



Tarifas Semanales

Para mí solamente.	\$10.30
Para mí y mi cónyuge	\$22.65
Para mí y mi(s) Hijo(s)	\$26.25
Grupo familiar	\$38.30

*Permanezca sano y activo.
Planifique para lo inesperado.*

Si está saludable y activo y tiene un presupuesto limitado, este plan es su mejor opción. Recuerde que los máximos de los beneficios son más generosos en nuestros Planes Nivel 2 y Nivel 3.

“Aún después de alcanzar el máximo de mis beneficios, le pago menos al médico porque CIGNA negocia grandes descuentos para mí.”

Plan Nivel 2



Tarifas Semanales

Para mí solamente.	\$18.91
Para mí y mi cónyuge	\$41.61
Para mí y mi(s) Hijo(s)	\$48.23
Grupo familiar	\$70.35

Descubra la seguridad que brinda una cobertura de salud. Siéntase mejor acerca de la vida.

Si usted está bastante saludable pero está buscando algo más que una cobertura básica, el Plan Starbridge Nivel 2 es una opción razonable. Algunos de los máximos de los beneficios pueden ser menores que los de nuestro Plan Nivel 3. En este plan se incluyen Beneficios en recetas médicas y para el bienestar.

“Starbridge me ayuda con los gastos médicos cotidianos como ser recetas y consultas médicas, además de ayudarme a hacer el presupuesto para ellos.”

Plan Nivel 3



Tarifas Semanales

Para mí solamente.	\$28.86
Para mí y mi cónyuge	\$63.48
Para mí y mi(s) Hijo(s)	\$73.59
Grupo familiar	\$107.35

*Tome el control de su salud.
Hágase cargo de su familia.*

Más beneficios, más tranquilidad. Este es el plan que le brinda la mayor cobertura por su dinero. Es más costoso que nuestros Planes de los Niveles 1 y 2. En este plan se incluyen Beneficios de medicamentos que requieren receta médica y de bienestar.

“Me siento bien sabiendo que puedo hacerme cargo de mi familia y tener la seguridad de que ellos permanezcan saludables.”

PASO 2: Elija la/las opción/opciones de un plan adicional.



Plan Dental/de la vista Tarifas Semanales*

Para mí solamente	\$4.88
Para mí y mi cónyuge	\$9.50
Para mí y mi(s) Hijo(s)	\$8.74
Grupo familiar	\$14.60

*El programa de descuentos para la vista no es un seguro.

A.) Plan Dental/de la vista

Dental

Es algo más que un rostro bonito: la buena salud comienza con sus dientes y sus encías. Si piensa que ir al dentista realmente no es importante, vuelva a pensarlo. Su salud dental tiene impacto sobre el resto de su cuerpo de manera severa. Las investigaciones han demostrado que la enfermedad de las encías, una infección en las encías, lo pone en riesgo de sufrir afecciones como enfermedades cardíacas, accidente cerebrovascular, diabetes y complicaciones en el embarazo. Y debido a que la enfermedad de las encías generalmente es indolora en sus primeras etapas, es posible que usted ni siquiera sepa que la tiene. Es por eso que ir al dentista es tan importante como hacerse un control médico en el consultorio.

Grandes ahorros en visitas al dentista... todo por unos pocos dólares a la semana.

Starbridge ofrece un Plan dental que está disponible para usted como una opción adicional al plan. Ahorrará en limpiezas anuales, empastes y hasta en procedimientos mayores como tratamientos de conducto. ¡No espere, su salud puede depender de ello!

Ejemplo de cómo funciona el Plan dental Con fines ilustrativos solamente. Los programas reales de tarifas varían de acuerdo a la localidad.

Examen bucal periódico	Costo promedio	\$36
	Descuento de la red de CIGNA*	-\$12
	El Plan dental le reembolsa	-\$17 (consulte el cuadro a continuación)
	Usted paga	\$7

* Para obtener un listado completo de dentistas que participan en la red, visite www.starbridge.com

Es así como se le reembolsará por cada procedimiento:

Cuadro de reembolsos del plan dental \$25 por deducible anual por persona		
Cargo máximo cubierto	Cargo máximo cubierto	Cargo máximo cubierto
Examen bucal D0120 Examen bucal periódico* \$17 D0140 Examen bucal limitado/Problema específico \$27 D0150 Examen bucal completo † \$27 D9110 Tratamiento paliativo - de emergencia \$38	Rayos X y patología D0210 Serie dental completa (intraoral) Incluye aletas de mordida** \$40 D0220 Placa única - Inicial \$7 D0230 Placa única - cada adicional \$7 D0240 Placa oclusal intraoral** \$10 D0250 Extrabucal - primera placa \$11 D0260 Extrabucal - cada adicional \$9 D0270 Placa con aleta para morder, una* \$8 D0272 Placas con aleta de mordida, dos* \$12 D0274 Placas con aleta de mordida, cuatro* \$17	Profilaxis y fluoruro D1110 Profilaxis para 14 años y más* \$30 D1120 Profilaxis para menores de 14 años* \$20 D1203 Aplicación tópica de fluoruro, niño* \$12 D1204 Aplicación tópica de fluoruro, adulto* \$12 D1351 Selladores, por diente \$16
Restauración de amalgama para dientes de leche/permanentes D2140 Empaste de amalgama - 1 superficie \$35 D2150 Empaste de amalgama - 2 superficies \$45 D2160 Empaste de amalgama - 3 superficies \$56 D2161 Empaste de amalgama - 4 superficies o más \$64	Extracciones D7140 Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta \$39 D7220 Extracción de un diente retenido - Tejido blanco \$45 D7230 Extracción de un diente retenido - Parcialmente óseo \$70 D7240 Extracción de un diente retenido - Totalmente óseo \$85 D7241 Extracción de un diente retenido - Totalmente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales \$85 D7250 Extracción de residuos de la raíz del diente \$30 D7510 Incisión y drenaje de abscesos \$45 D9220 Anestesia General \$52	Periodoncia D4341 Raspado y alisamiento radicular, por cuadrante \$72 D4355 Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación periodontal completa \$50 D4910 Mantenimiento periodontal \$53
Restauraciones sintéticas D2330 Resina compuesta - 1 superficie \$42 D2331 Resina compuesta - 2 superficies \$55 D2332 Resina compuesta - 3 superficies \$67 D2335 Resina compuesta - 4 o más superficies \$69 D2390 Corona de resina compuesta, anterior \$77 D2391 Resina compuesta - 1 superficie posterior \$50 D2392 Resina compuesta - 2 superficies posteriores \$68 D2393 Resina compuesta - 3 superficies posteriores \$85		Endodoncia (sin incluir restauración final) D3220 Pulpotomía terapéutica \$20 D3310 Endodoncia - Anterior \$125 D3320 Endodoncia - Bicúspide \$135 D3330 Endodoncia - Molar \$140
		NOTAS AL PIE * Limitado a uno cada 6 meses † Limitado a uno cada 12 meses ** Limitado a uno cada 3 años

Programa de descuentos para la vista*

Usted y los miembros de su familia cubiertos reciben una membresía en el Programa de ahorros de la red de CIGNA Vision.

- Ahorre hasta el 40% en marcos y lentes
- Ahorre \$5 de los exámenes de rutina y \$10 de los exámenes de lentes de contacto.

*El programa de descuentos para la vista no es un seguro.

¿Preguntas? Llame a un Especialista en beneficios de Starbridge: 1-800-859-0086 • www.starbridge.com



Plan de discapacidad a corto plazo

Tarifas Semanales

Cobertura Básica:

Para mí solamente \$5.03

Cobertura Extendida:

Para mí solamente \$10.07

B.) Plan de discapacidad a corto plazo

(Sólo está disponible para empleados de tiempo completo)

La Cobertura Básica le paga durante su periodo de incapacidad por enfermedad, maternidad o por un accidente no del trabajo. Paga \$250 por semana hasta por 13 semanas. Los beneficios empiezan el primer día de su incapacidad por un accidente y que no pueda trabajar. La cobertura de incapacidad por enfermedad el beneficio paga a partir del octavo día que no pueda trabajar. La Incapacidad Total cubre el embarazo después de un periodo de nueve meses de empleo continuo. Este beneficio está limitado a pagar 6 semanas por cada embarazo sin complicaciones y no hay un periodo de espera para que el beneficio se pague. Si se inscribe en la Cobertura Básica y desea agregar la Cobertura Extendida, ésta empieza después de la Semana 13 pagando \$1,000 por mes durante un periodo máximo de 18 meses.

No disponible para los residentes de CA, NY, NJ, HI, RI, PR, MT, NH, VT o WA.

Se aplican restricciones para una afección preexistente.

¡Dé vuelta esta hoja para ver el Paso 3 para inscribirse!

PASO 3: Inscríbese ahora.



Número del Grupo: 8263

Tres métodos de inscripción.

1. Inscripción por teléfono: Llame al 1-800-859-0086 para inscribirse.

Los Especialistas en beneficios de Starbridge están disponibles de lunes a viernes, de 5:00 am a 6:00 pm MST.

2. Inscripción en línea en www.starbridge.com, haciendo clic en "Enroll Now" (Inscribirse ahora).

Es rápido y fácil. Puede acceder a nuestro sitio web las 24 horas del día.

3. Formulario de inscripción

Simplemente complete este formulario de inscripción y envíelo a la dirección o al número de fax que figuran al final de este formulario.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN suscrito por Connecticut General Life Insurance Company, P.O. Box 55270 • Phoenix, AZ • 85078

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Calle _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Fecha de nacimiento [†] ___/___/____ Sexo[†] M / F

Número del Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de contratación ___/___/____

1. Seleccione el/los Plan(es) que desea:

Seleccione solamente un plan médico.

Plan Nivel 1

Plan Nivel 2

Plan Nivel 3

Por favor seleccione todo lo que quiera.

Plan Dental / de la vista**

Deseo el Plan Básico de Incapacidad a Corto Plazo

Deseo el Plan Básico y el Extendido de Incapacidad a Corto Plazo

**El programa de descuentos para la vista no es un seguro.

2. Seleccione a quién desea cubrir: Marque sólo uno, aunque se seleccionen varios planes.

Quiero una cobertura sólo para mí

Quiero una cobertura para mí y 1 dependiente

Quiero una cobertura para mi grupo familiar

3. Información del dependiente: Si necesita más espacio, por favor adjunte otra hoja.

Nombre completo del cónyuge _____ Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre completo del niño _____ Hijo/hija _____ Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre completo del niño _____ Hijo/hija _____ Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

4. Información del beneficiario: Persona que recibirá beneficios en caso de que usted muera.

Nombre completo _____ Relación con usted _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

†Esta información se reúne con propósitos administrativos solamente y no como seguro médico.

Para residentes de Oregon solamente. ¿Ha tenido una cobertura previa (hace menos de 63 días)? Por favor háganos llegar el Certificado de cobertura acreditable de su seguro previo. **Para residentes de Florida solamente.** Toda persona que conscientemente y con la intención de generar perjuicio, fraude o engaño a cualquier asegurador, presente una declaración de reclamo o un formulario con información falsa, incompleta o que conduce a engaño, es culpable de delito en tercer grado. **Para residentes de todos los demás estados.** Toda persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio o que conscientemente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un crimen, puede violar las leyes estatales y puede estar sujeto a multas y prisión.

5. Firme para inscribirse: **X** _____ /_____/_____
[Fecha]

Autorización: Al Firmar arriba doy a conocer mi deseo de inscribirme al plan Starbridge; confirmo a la persona designada beneficiaria; y autorizo a mi patrón que deduzca de mi sueldo las contribuciones que pida el plan. Cualquier persona que con conocimiento e intención de perjudicar o engañar a la aseguradora presenta una declaración de reclamación o solicitud de inscripción que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un crimen y podría recibir multa o ser sentenciado a encarcelamiento.

Notificación de declinación: No deseo inscribirme en la cobertura ofrecida arriba. **RENUNCIA A LA COBERTURA:** Si no elige una cobertura (para usted y/o cualquiera de sus dependientes) durante el Período de inscripción abierta podría no tener cobertura hasta el próximo Período. Es posible que no sea necesario esperar al siguiente Período de inscripción abierta si califica como Inscrito especial. Por favor, complete la parte superior, firme y escriba la fecha.

Firme aquí si no desea inscribirse: X _____ /_____/_____
[Fecha]

Por favor, envíe el formulario completo por correo o por fax a:

Brand Benefits/Tri-Star Systems

14323 South Outer 40 Road • Suite 200 S • Chesterfield, MO 63017

Fax: 314-985-0257

¿Preguntas? Llame a un Especialista en beneficios de Starbridge: 1-800-859-0086 • www.starbridge.com

Cuadro de beneficios médicos (se aplica a cada individuo cubierto)

Starbridge no es un plan médico principal.

	Nivel 1 (Plan 170)	Nivel 2 (Plan 171)	Nivel 3 (Plan 172)
Enfermedades			
Atención para pacientes en consulta externa deducible Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	\$50 por año de cobertura 80% \$1,000 por año de cobertura	\$100 por año de cobertura 80% \$1,500 por año de cobertura	\$150 por año de cobertura 80% \$2,000 por año de cobertura
Visitas al consultorio del médico ¹ copago Starbridge paga	\$15 100%	\$10 100%	\$10 100%
Atención para pacientes internados Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	100% \$2,000 por año de cobertura	100% \$3,000 por año de cobertura	100% \$5,000 por año de cobertura
Cirugía adicional para pacientes internados en el hospital Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	cubierto en atención al paciente internado	100% \$1,500 por evento	100% \$2,500 por evento
Beneficio adicional por maternidad Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	cubierto en atención al paciente internado	100% \$1,500 por evento	100% \$2,500 por evento
Bienestar			
Beneficio para el bienestar ³ copago Starbridge paga cantidad de eventos la máxima cantidad pagada por el plan	No está cubierto	\$20 100% 1 por año de cobertura \$100 por año de cobertura	\$20 100% 1 por año de cobertura \$100 por año de cobertura
Farmacia			
Beneficio de receta médica copago Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	programas de descuentos incluidos ²	programas de descuentos incluidos ² \$15/medicamento genérico, \$30/marca pref. 100% \$300 por año de cobertura	programas de descuentos incluidos ² \$15/medicamento genérico, \$30/marca pref. 100% \$600 por año de cobertura
Lesión			
Cobertura para accidentes ⁴ deducible Starbridge paga cantidad de eventos máximo por evento la máxima cantidad pagada por el plan	\$50 por evento 80% 2 por año de cobertura \$1,000 \$2,000 por año de cobertura	\$50 por evento 80% 2 por año de cobertura \$2,500 \$5,000 por año de cobertura	\$100 por evento 80% 2 por año de cobertura \$5,000 \$10,000 por año de cobertura
Beneficio por muerte accidental Starbridge paga	\$10,000	\$15,000	\$25,000

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE: Si visita la Sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) por una emergencia verdadera, sus beneficios pueden provenir de la Cobertura para pacientes en consulta externa, Pacientes internados y/o de accidentes.

Si recibe un tratamiento que *no es de emergencia en la Sala de Emergencias*¹ (atención que podría recibir en el consultorio médico), su cobertura se reduce a: \$100 deducible por evento, el plan paga el 50% de la factura total con un máximo de \$500 por año. Usted será responsable del saldo restante.

Servicios más valiosos que están incluidos en su plan:

Herramientas en línea

CIGNA provee una variedad de herramientas en línea disponibles solamente para nuestros miembros. Usted podrá localizar a los médicos o farmacias de la red que brindan descuentos a nuestros miembros. También podrá verificar el estado de los reclamos que han sido presentados.

Programas de asistencia a los empleados (EAP, por sus siglas en inglés) durante las 24 horas de CIGNA

El CIGNA 24-Hour Employee Assistance ProgramSM está disponible durante el día o la noche para brindarle información útil sobre una variedad de temas de salud. El Programa EAP incluye acceso a: una línea de atención por personal de enfermería las 24 horas, asistencia en salud mental (incluye 3 consultas personales por año por afeción) y una biblioteca de información sobre la salud.

¹ La cantidad total que paga Starbridge contará para su Máximo en atención para Pacientes en consulta ext na. ² El programa de descuentos en recetas médicas no es un seguro.

³ La disposición varía por estado. ⁴ Las lesiones relacionadas con el trabajo no están cubiertas. Los beneficios arriba mencionados son brindados por el formulario de la póliza SBCII-GMP-02.

¿Preguntas? Llame a un Especialista en beneficios de Starbridge: 1-800-859-0086 • www.starbridge.com

INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si ha decidido declinar la inscripción para usted y sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) por tener otra cobertura médica o cobertura médica de grupo, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si por alguna razón pierden su elegibilidad en su plan (o si su empleador deja de pagar por la cobertura suya o la de sus dependientes). Sin embargo, es preciso solicitar su cobertura dentro de los primeros 31 días de no estar inscrito en la otra cobertura (o que su empleador deje de pagar por la cobertura de sus dependientes). Además, si adquiere un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, asignación por adopción, o una Orden Legal de Sostén por Seguro Médico, es posible inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es preciso solicitar su inscripción dentro de 31 días del matrimonio, nacimiento, adopción, o asignación para adopción.

La pérdida de cobertura (no-COBRA) que califique para Inscripción Especial incluye, pero no se limita a lo siguiente:

Pérdida de elegibilidad por la cobertura como resultado de separación legal, divorcio, dejar de ser dependiente (por llegar a la mayoría de edad, por ejemplo para ser elegible como dependiente bajo el plan), muerte de un empleado, pérdida de su empleo, reducción en el número de horas de trabajo, y cualquier pérdida de elegibilidad para la cobertura cuando el plan ya no ofrece beneficios al grupo de individuos al que el asegurado pertenece.

Para solicitar inscripción especial o para más información, comuníquese con un Representante de Servicio al Cliente al 1-800-859-0086. Los representantes atienden de lunes a viernes, 5 AM a 6 PM, Hora de la Montaña.

LIMITACIÓN POR AFECCIONES PRE-EXISTENTES¹ – La disposición acerca de la Limitación para las Afecciones preexistentes descrita a continuación no se aplica a los menores de 19 años.

Afecciones Pre-Existentes son aquellas por la que la Persona Cubierta ha recibido un diagnóstico médico, tratamiento médico o consejería o consulta por un Médico durante un período de 6 meses anteriores a su fecha de vigencia por la cobertura (o la fecha del período de espera) bajo esta Póliza.

Los beneficios por esta cobertura no se podrán pagar bajo la sección de Afecciones Pre-Existentes como se definen en esta Póliza. Esta provisión cesará de aplicar a cualesquier gastos en torno a una Afección Pre-Existente después de 12 meses de cobertura continua (o 12 meses después de la fecha de inicio de su período de espera).

Esta Limitación por Afecciones Pre-Existentes no se aplicará a recién nacidos o niños adoptados ni durante un embarazo. El embarazo, y la información genética sin tratamiento relacionado, no se considerarán como condiciones preexistentes. Cualquier limitación por Afecciones Pre-Existentes se podrán reducir por el período determinado de tiempo que la Persona Asegurada haya tenido cobertura por la afección causante de la reclamación; siempre y cuando dicha Persona Asegurada:

1. Tenía un seguro válido con su plan anterior con Cobertura acreditable, dentro de los 63 días antes de estar asegurado por esta póliza; y
2. Haberse inscrito en esta póliza dentro de un período de 63 días después de la terminación de su cobertura previa excluyendo un período de espera.

LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS¹ – No se ofrece cobertura para servicios, material o equipo médico cuando no hay cargos si la persona no tiene seguro. Tampoco se ofrece cobertura cuando las pérdidas son por las razones siguientes:

1. Lesiones o enfermedades mientras sucedan durante horas de empleo,
2. Guerras o Actos de Guerra,
3. Gastos por servicios no ordenados por un médico,
4. Cirugía cosmética. Esta limitación no se aplica cuando la cirugía reconstructiva se realiza por lo siguiente:
 - a. Trauma, infección u otra enfermedad; o
 - b. Enfermedades congénitas o anomalías de un dependiente recién nacido o adoptado; o
 - c. Cirugía de seno no enfermo para lograr simetría en ambos senos después de una mastectomía.
5. Exámenes de la audición o dispositivos para el oído,
6. Servicios y material de la visión no por enfermedades, queratotomía radial, queratomileusis, queratectomía refractiva con laser o servicios similares,
7. Servicios médicos otorgados por un proveedor que sea familiar o residente en su hogar,
8. Internamiento en un Hospital o Centro de Enfermería para Servicio Custodial,
9. Servicios de Enfermería en Casa, a menos que sea en lugar de internamiento a Hospital,
10. Al cometer un crimen de tipo felonía,
11. Manipulaciones del sistema musculoesquelético,
12. El tratamiento de trastornos mentales o nerviosos, del alcoholismo o de cualquier forma de farmacodependencia, a excepción de las que se indiquen específicamente;²
13. Lesiones a sí mismo de forma intencional o intentos de suicidio,
14. Servicios dentales, a menos que sea por lesiones y que sea el tratamiento durante los 6 meses después de la lesión causante,
15. Tratamientos que sean experimentales o de investigación,
16. Cualesquier gastos médicos después que se haya terminado la cobertura.

DEFINICIÓN DE DEPENDIENTE¹ – Sus dependientes son:

1. Su cónyuge,
2. Su hijo de hasta 26 años de edad.

MUERTE ACCIDENTAL – No se ofrece cobertura por muerte causada por:

1. Guerras o actos de guerra
2. Suicidio durante los 2 primeros años de su fecha de inscripción
3. Tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad, o
4. Vuelos, a menos que sea pasajero en un vuelo comercial.

LIMITACIONES DEL BENEFICIO DENTAL

No se pagarán gastos por servicios dentales por o en conexión con lo siguiente:

1. Servicios o material por gastos que normalmente no se cobran cuando el paciente no cuenta con seguro dental;
2. Lesiones causadas por o durante el curso de su trabajo; o que seacomensable (en South Dakota, que se paga) bajo las leyes de Compensación al Trabajador o Enfermedades Ocupacionales;
3. Guerra declarada o no declarada, o actos de guerra;
4. Un servicio prestado a la Persona Cubierta por:
 - a. Fines cosméticos, a menos que sea necesario por ser causada por una lesión. Fachadas de coronas, o puentes, posteriores al segundo bicúspido serán consideradas cosméticas;
 - b. Servicios dentales por malformaciones congénitas o del desarrollo (a menos que se ofrezcan específicamente dentro de la Lista de Beneficios).

5. Reemplazamiento de dispositivos robados o perdidos;
6. Dispositivos, restauraciones o servicios dentales para alterar dimensiones verticales, restaurar o mantener la oclusión, ferulamiento, o reparación de la pérdida de superficie dental que se haya hecho por abrasiones, o desgastes, o el tratamiento del deterioramiento de la articulación temporomandibular. En Arkansas, el tratamiento de la articulación temporomandibular no está excluida;
7. Un servicio prestado por una persona no Dentista, excepto por:
 - a. Higienistas Dentales bajo la supervisión de un Dentista;
 - b. Radiografías que hayan sido ordenadas por un Dentista.
8. Lesiones causadas a sí mismo intencionalmente, o intentos de suicidio.

EXCLUSIONES EN LA INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Esto está sujeto a lo siguiente:

1. Que esté bajo el cuidado de un médico;
2. No se ofrece cobertura durante el Período de Eliminación;
3. El beneficio termina cuando el Período Máximo de Cobertura termina o cuando ya no esté totalmente incapacitado;
4. El período semanal está compuesto por 7 segmentos diarios;
5. Un período menor de una semana se calculará en base diaria.

Incapacidades Sucesivas

Si su incapacidad se presenta en diferentes períodos de tiempo, mientras la cobertura esté vigente, por una o más afecciones, todas se tomarán en cuenta durante un solo Período de Incapacidad Total. Este será el caso a menos que exista un período de seis meses o más entre las incapacidades. Si lo hay, entonces el período subsecuente de Incapacidad Total no se considera estar relacionado al anterior y se verá como un nuevo período de Incapacidad Total.

Toda incapacidad debida a un solo embarazo se aplicará a una sola Incapacidad Total.

Limitaciones del Beneficio

No se ofrece cobertura en las pérdidas debidas a lo siguiente:

1. Lesión o enfermedad como resultado directo de su empleo o que esté cubierto por las Leyes de Compensación al Trabajador y Enfermedades Ocupacionales;
2. Guerras declaradas o no declaradas y actos de guerra o participación en motines o desobediencia civil;
3. Comisión de actos criminales o felonías;
4. Períodos de incapacidad sin estar bajo la vigilancia de un médico;
5. Afecciones nerviosas o mentales, alcoholismo, o abuso de substancias;
6. Lesiones causadas por la persona misma, intentos de suicidio independiente de su estado mental.

Estos beneficios no se pagan cuando se trata de una Afección Pre-existente.

Una afección pre-existente es una que se haya diagnosticado, tratado o por la que se haya consultado a un médico durante los 6 meses anteriores a iniciar esta cobertura. Esta provisión no se aplicará a cualquier incapacidad que resulte de una Afección Pre-existente después de un período de 12 meses de cobertura continua.

TERMINACIÓN

La cobertura de una Persona Asegurada se dará por terminada a las 12:01 am, Hora Estándar en Su residencia en la primera fecha de las siguientes:

1. La fecha que termina la Póliza,
2. La fecha que termina este Certificado,
3. La fecha que se de por terminada la cobertura por Nosotros para todos los habientes de Certificados en su estado,
4. La fecha en que recibimos una solicitud por escrito para finalizar la cobertura,
5. Cuando termine el período por el que haya pagado su prima, sujeto al Período de Gracia,
6. La fecha en que la Persona Asegurada ingrese a las fuerzas armadas de cualquier país. Ingreso en la reserva o la Guardia Nacional no se considera membresía en las fuerzas armadas. Servicio activo en las reservas o la Guardia Nacional por un período de 31 días o más, se contará como ingreso a las fuerzas armadas.
7. Con respecto a su cónyuge Dependiente, la fecha en que su cónyuge no califique como Dependiente, a menos que la cobertura se continúe en cumplimiento de la provisión bajo Continuación de Cobertura.
8. Con respecto a un hijo(a) Dependiente, la fecha en que su hijo(a) no califique como Dependiente, a menos que la cobertura se continúe en cumplimiento de la provisión bajo Continuación de Cobertura. Se le dará una notificación por escrito a Usted si Nosotros damos por terminada su cobertura por cualquier motivo, menos por no pagar sus primas.

Al menos 60 días antes, se le entregará un aviso por escrito si finalizamos su cobertura por cualquier motivo, excepto por la falta de pago de la prima.

NOTAS

1. Las Disposiciones, Limitaciones y Exclusiones pueden variar si lo exige la ley del estado.
2. Cuando la ley estatal exija la cobertura del tratamiento para trastornos mentales o nerviosos, alcoholismo o farmacodependencia, el programa cumplirá con los requisitos de paridad federales en materia de salud mental, alcoholismo y farmacodependencia.

Suministrado por **Connecticut General Life Insurance Company**. Este plan no está disponible en todos los estados. La configuración del plan y las cuotas pueden variar. "CIGNA" y "CIGNA HealthCare" son los subsidiarios de CIGNA Corporation. Los productos y servicios se aportan por estos subsidiarios y no por CIGNA Corporation. Estos subsidiarios incluyen a Connecticut General Life Insurance Company, Tel-Drug, Inc. y sus afiliados, CIGNA Behavioral Health, Inc., Intracorp, y HMO o subsidiarios de las compañías de servicio de CIGNA Health Corporation y CIGNA Dental Health, Inc.

Preguntas frecuentes

P. ¿Qué es la inscripción abierta?

R. Es un período definido de tiempo durante el cual puede inscribirse en la cobertura médica para empleados o realizar cambios en dicha cobertura.

P. ¿Qué es un “proveedor” (como en “Directorio de proveedores”)?

R. Es un término general que se usa para referirse a cualquier instalación de atención médica, programa, agencia, médico o profesional de la salud, con licencia, que presta servicios de atención médica. Los médicos son un tipo de proveedor.

P. ¿Qué es un plan PPO? ¿Puedo obtener descuentos de la red?

R. Starbridge no es un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés). Sin embargo, ofrecemos “descuentos de la red” si es atendido por proveedores de atención médica de CIGNA PPO. Esto significa que puede ahorrar dinero si visita a cualquier proveedor de la red de CIGNA PPO.

P. ¿Qué es un plan de salud con beneficios limitados?

R: Los planes de salud con beneficios limitados Starbridge están diseñados para brindar un seguro de salud a las personas trabajadoras como usted. Starbridge no es un plan para gastos médicos mayores. Brinda cobertura para gastos médicos de rutina y puede ayudarle a estar preparado para los gastos imprevistos a causa de enfermedades o accidentes. No está diseñado para cubrir el costo del tratamiento de problemas de salud como enfermedades cardíacas o cáncer.

P. ¿Qué es un deducible?

R. Es la cantidad que debe pagar usted por los servicios médicos antes de que el plan se haga cargo del pago. Usted paga todos los cargos correspondientes a su tratamiento médico hasta alcanzar esa cantidad. Luego, el plan comienza a pagar un porcentaje de sus costos médicos (co-seguro). Los deducibles vuelven a comenzar cada año del plan.

P. ¿Qué es el co-seguro?

R. El porcentaje que su plan paga por los servicios médicos cubiertos una vez que ha alcanzado su deducible. Por ejemplo, si los documentos de su plan indican un co-seguro del 80%, su plan pagará el 80% del costo de su tratamiento cubierto. Usted paga el 20% restante. De modo que si recibe tratamiento médico por servicios cubiertos que cuestan \$100 y ya ha alcanzado su deducible, su plan pagará el 80%, es decir \$80. Usted paga el 20% restante, es decir \$20.

P. ¿Qué son los copagos?

R. Son cantidades fijas por procedimientos cubiertos que debe pagar cuando visita médicos dentro de nuestra red. Muchos planes tienen copagos por servicios como visitas al médico, medicamentos que requieren receta médica, estadías en el hospital, etc. Si su plan establece un copago por un servicio cubierto, usted paga esa cantidad directamente en el consultorio del médico en el momento en que recibe el tratamiento. Los médicos de la red no pueden cobrarle más que el copago por los servicios cubiertos. La cobertura del copago continúa hasta que alcanza el máximo de su plan.

P. ¿Qué es el máximo?

R. Es la cantidad máxima que pagará su plan por sus propios reclamos médicos y por los de sus dependientes cubiertos durante un plazo específico, como un año del plan o de por vida. Una vez que alcanza ese máximo, su plan ya no paga un porcentaje de sus costos. Los máximos anuales vuelven a comenzar en su fecha aniversario individual (aunque difiera de la fecha aniversario del patrocinador de su plan).

P. ¿Qué es la atención para pacientes internados?

R: Se refiere a los servicios que requieren ser admitido en el hospital y pasar una noche en el hospital. Como ejemplos de servicios para pacientes internados pueden mencionarse los servicios de maternidad y cirugía.

P. ¿Qué es la atención para pacientes en consulta externa?

R: Se refiere a los servicios que no requieren pasar una noche en un hospital u otra instalación de atención médica. Como ejemplos de servicios para pacientes en consulta externa pueden mencionarse: visitas al consultorio del médico, atención preventiva, análisis de laboratorio, radiografías y atención de urgencia.

P. ¿Qué son los costos de desembolso?

R. Son los gastos médicos que su plan no paga. Es posible que tenga costos de desembolso como copagos, deducibles, co-seguros u otros cargos que debe pagarle directamente al proveedor de atención médica.

P. ¿Qué son los límites anuales? ¿Este plan cumple con los requisitos de la reforma de atención médica?

R. El “límite anual” es la cantidad máxima de dólares que su plan pagará por una categoría de servicios cubiertos (como “servicios para pacientes en consulta externa”) durante un período específico (como “un año”). Consulte el aviso especial sobre límites anuales que se adjunta al folleto, donde se explica que el plan Starbridge recibió una exención de las disposiciones sobre límites anuales de la ley de reforma de atención médica.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente