

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.

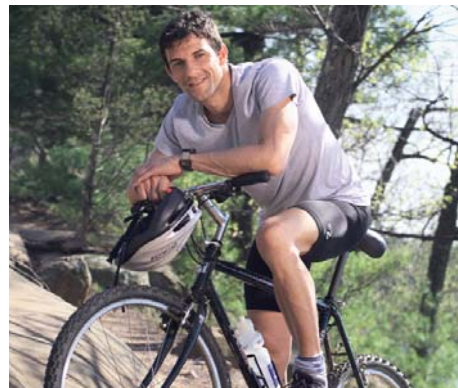
Estado	N.º Primario	Estado	N.º Primario	Estado	N.º Primario	Estado	N.º Primario
AL	(334) 241-4141	IL	(877) 527-9431	MT	(800) 322-6148	RI	(401) 462-9520
AK	(800) 467-8725	IN	(800) 622-4461	NE	(877) 564-7323	SC	(800) 768-3467
AZ	(800) 325-2548	IA	(877) 955-1212	NV	(888) 333-1597	SD	(605) 773-3563
AR	(855) 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

Año del plan 2012 **BRAND**

Brand Services, LLC

 **Starbridge**
Limited-benefit health plan

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
\$13.⁵⁷ semanalmente

¡Apúrese! Su oportunidad de inscribirse terminará pronto.
Solamente para los empleados en Washington.



De acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible, este plan no tiene la condición de plan exento.

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 WA equipo que no sean elegibles para la cobertura médica mayor de la empresa son elegibles.

¿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
- Programas de medicamentos que requieren receta médica, que ofrecen un descuento promedio del 15% en medicamentos de marca y del 40% en genéricos
- Cobertura para pacientes internados (hospitalaria) para algunos cargos relacionados con cirugía, maternidad y estadías de una noche
- 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
- **Servicios de atención preventiva** como exámenes de detección, consultas, inmunizaciones y más, sin costo alguno para usted.¹

¹Servicios preventivos

Además de los servicios de atención preventiva que se describen en los documentos del plan, no se aplicará ningún deducible, copago ni co-seguro a los siguientes Servicios cubiertos: (1) artículos o servicios basados en evidencias que tengan una calificación “A” o “B” en vigencia en las recomendaciones vigentes del United States Preventive Services Task Force (Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos); (2) inmunizaciones que tengan una recomendación vigente del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades con respecto a la Persona cubierta en cuestión; (3) para los bebés, niños y adolescentes, atención preventiva y exámenes de detección basados en evidencias contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud; (4) para las mujeres, la atención preventiva y los exámenes de detección que no figuren en el párrafo (1) pero que estén contemplados en las pautas integrales avaladas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.

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

Consulte la tabla de beneficios médicos al dorso de este folleto para obtener información más detallada.

Starbridge es un plan de seguro contra accidentes y enfermedades que cubre gastos médicos cotidianos. No es un plan para gastos médicos mayores y no está diseñado para cubrir problemas de salud graves, como enfermedades cardíacas o cáncer.

Planes médicos

Como se trata de planes con beneficios limitados, lo mejor es elegir el nivel de cobertura más alto que pueda pagar. Si le cuesta encontrar un plan de salud que se adapte a su presupuesto, las siguientes pautas pueden resultarle útiles. También puede comunicarse con un Especialista en beneficios de Starbridge para obtener ayuda, llamando al 1-800-859-0086.

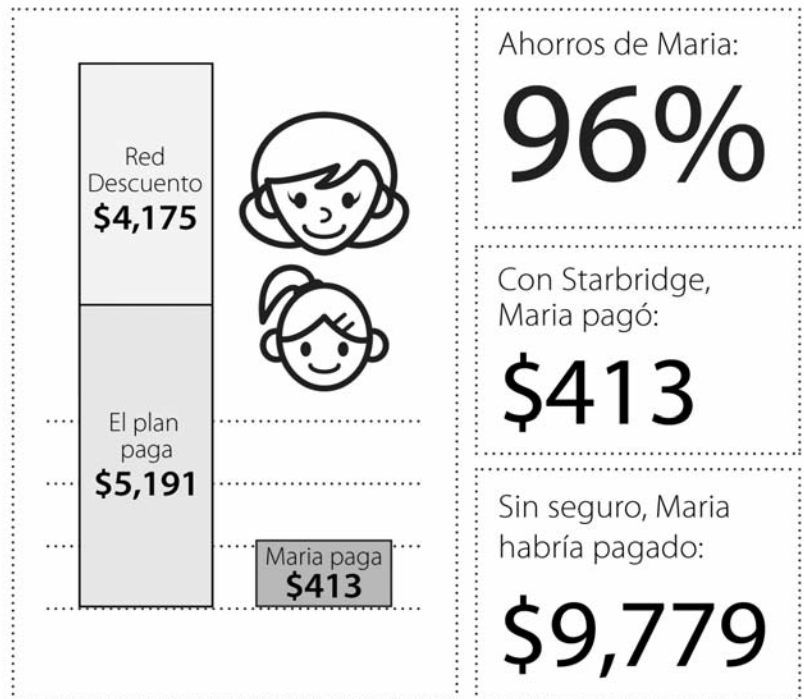
Tarifas Semanales	EE	EE+SP	EE+CH	FAM
Plan Nivel 1	\$13.57	\$35.01	\$33.61	\$56.28
Plan Nivel 2	\$24.84	\$64.10	\$61.68	\$103.29
Plan Nivel 3	\$37.05	\$95.63	\$92.09	\$154.22

Embarazo de rutina*

Maria estaba embarazada de su bebé, Christina. Su embarazo de rutina incluyó:

- todas las visitas prenatales
- servicios de laboratorio
- un ultrasonido
- paquete de parto del médico
- 2 días de estadía hospitalaria como paciente internada

Sin seguro médico, Maria habría pagado \$9,779. Con Starbridge, María pagó \$413 y \$9,366 guardados.



*Los montos en dólares mencionados están basados en la información sobre los cargos del Promedio Nacional y en las proyecciones de descuentos promedio de la red para 2010. Los montos en dólares mencionados pueden no reflejar los cargos facturados realmente. Este documento debe utilizarse con fines ilustrativos únicamente. No constituye una garantía de pago, ya que los reclamos reales presentados pueden diferir de las cantidades reflejadas. Los cuadros representan los ahorros promedio para el plan H11. Sus ahorros pueden diferir. Los planes no están disponibles en todos los estados.

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 atendida por personal de enfermería las 24 horas, asistencia en salud mental (incluye 3 consultas personales por año por afección) y una biblioteca de información sobre la salud.

Healthy Rewards[®]

Healthy Rewards[®] le ofrece descuentos sobre productos y servicios para la salud, tales como: programas para bajar de peso, vitaminas, y productos dentales. Recibirá descuentos de hasta el 60% en nombres de marca como Jenny Craig[®] y mucho más.

Healthy Rewards[®] no está disponible en todos los estados y no es un seguro.

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

Lo que usted necesita saber sobre el seguro médico.

A continuación se presenta un listado de términos que se utilizan comúnmente para tener en mente cuando esté revisando información sobre su plan Starbridge.

Co-seguro

El coseguro se refiere al dinero que un miembro debe pagar por servicios de atención médica, después de que se haya pagado el deducible. Por lo general el co-seguro es un porcentaje. Por ejemplo, si se inscribe en un plan que paga 80% de co-seguro, el plan pagará el 80% del costo. Eso significa que si usted recibe \$100 en servicios cubiertos después de cubrir su deducible, el plan pagará el 80% del costo u \$80. Usted tendrá que pagar el 20% restante, en este caso, \$20.

Copago

Un copago es una tarifa plana que un miembro paga por servicios de atención médica, además de lo que cubre el seguro. Por ejemplo, usted puede inscribirse en un plan con un copago de \$15 para visitas al médico (consulte su cuadro de beneficios para obtener un monto exacto). Éste es el costo por adelantado que usted pagará al consultorio del médico en el momento de su visita.

Deducible

Un deducible es la cantidad que un individuo debe pagar por gastos de atención médica antes de que se aplique la cobertura del seguro. Todos los años se restablecen los deducibles.

Explicación de los beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)

Ésta es la explicación por escrito de la compañía de seguro que muestra que dicha compañía pagó por una factura en particular y qué debe pagar el miembro. Usted recibirá el resumen de la Explicación de los beneficios por correo. Revíselos cuidadosamente para que pueda comprender los cargos y su responsabilidad.

Paciente en consulta externa

Este término se refiere a los servicios que no requieren que pase la noche en un hospital o en otra instalación de atención médica. Los servicios que requieren que pase la noche se denominan servicios para pacientes internados.

Proveedor

Proveedor es un término que se utiliza para los profesionales que brindan servicios de atención médica. Generalmente se refiere a los médicos, pero puede incluir enfermeros, fisioterapeutas, asesores y otros especialistas médicos.

Elija a Starbridge para obtener valor y tranquilidad.



Me lesioné practicando un deporte y resultó que había roto mi brazo. Fui directamente a la sala de emergencias y les mostré mi tarjeta de identificación de Starbridge. El médico fue excelente y me sentí mejor al saber que tenía cobertura de seguro. Gracias a Starbridge, no tuve que preocuparme por facturas abultadas o pasar mucho tiempo sin trabajar. ¡Ahorré mucho dinero y volví al trabajo en muy poco tiempo! Sólo tuve que pagar aproximadamente \$500, mucho menos que la factura total por \$4,500 de la que debería haberme hecho cargo sin seguro.



Cuando no tenía seguro, pagaba \$100 por una vista al médico. Ahora que tengo Starbridge, sólo pago un copago. Para mi plan, dicho copago es de \$20. Starbridge paga el resto, hasta un máximo del beneficio. Aún después de alcanzar el máximo de mi beneficio, aún puedo pagar menos al médico porque Starbridge negocia grandes descuentos para mí.



Tuve que llevar a mis hijos al médico cuatro veces el año pasado... ¡y ahorré \$320 gracias a Starbridge! Además, pagué menos por las recetas médicas y otros servicios durante todo el año. Me siento bien sabiendo que puedo hacerme cargo de mi familia y tener la seguridad de que ellos permanezcan saludables.

¡Dé vuelta esta hoja para ver el Paso 2 para inscribirse!

PASO 2: Inscríbese ahora.



Número del Grupo: 4679

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 Plan que desea:

Seleccione solamente un plan médico.

Plan Nivel 1

Plan Nivel 2

Plan Nivel 3

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

Deseo la cobertura sólo para mí Deseo la cobertura para mí y mi cónyuge

Deseo la cobertura mí y mi(s) hijo(s) Deseo la 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** _____ /___/___

SBCI1593.1

[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:** La falta de elección de cobertura durante el Período de inscripción abierta puede tener como resultado no tener cobertura hasta el siguiente Período de inscripción abierta. 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 S. 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.

Servicios Cubiertos**	Nivel 1 (Plan W80)	Nivel 2 (Plan W81)	Nivel 3 (Plan W82)
Enfermedades			
Visitas al consultorio del médico*	Copago de \$15	Copago de \$10	Copago de \$10
Atención para pacientes en consulta externa	Después del deducible anual de \$50, el plan paga el 80% hasta \$1,000 por año	Después del deducible anual de \$100, el plan paga el 80% hasta \$1,500 por año	Después del deducible anual de \$150, el plan paga el 80% hasta \$2,000 por año
Atención para pacientes internados (Estadías de una noche en un hospital)	El plan paga el 100% hasta \$2,000 por año (deducible de \$0)	El plan paga el 100% hasta \$3,000 por por año (deducible de \$0)	El plan paga el 100% hasta \$5,000 por por año (deducible de \$0)
Cobertura complementaria de Cirugía en el hospital		El plan paga el 100% hasta \$1,500 por cirugía (deducible de \$0)	El plan paga el 100% hasta \$2,500 por cirugía (deducible de \$0)
Cobertura complementaria de Enfermedad relacionada con la maternidad		El plan paga el 100% hasta \$1,500 por incidencia (deducible de \$0)	El plan paga el 100% hasta \$2,500 por incidencia (deducible de \$0)
Atención preventiva			
Servicios Preventivos*	<p>El plan paga el 100% por los servicios preventivos exigidos por la PPACA</p> <p>"PPACA" se refiere a la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Accesible, que exige que las compañías de seguros de salud cubran servicios preventivos sin costos compartidos (como copagos y/o co-seguros). Al proporcionar cobertura para servicios preventivos sin costos compartidos, se supone que la Secretaría de Salud y Servicios Humanos no eximirá al plan del cumplimiento de esta obligación en virtud de la PPACA.</p>		
Lesión			
Cobertura médica por accidente Hasta dos (2) accidentes por año	Después del deducible de \$50 , el plan paga el 80% hasta \$1,000 por accidente (hasta \$2,000 por año)	Después del deducible de \$50 , el plan paga el 80% hasta \$2,500 por accidente (hasta \$5,000 por año)	Después del deducible de \$100 , el plan paga el 80% hasta \$5,000 por accidente (hasta \$10,000 por año)
Beneficio por muerte accidental	\$10,000	\$15,000	\$25,000
Farmacia			
Descuento en medicamentos que requieren receta médica ¹	Descuentos en medicamentos De marca y Genéricos		
Cobertura de recetas médicas	No incluida	Copago de \$15 para genéricos, de \$30 por medicamentos de marca. El plan paga la diferencia de costo hasta \$300 por año	Copagos: \$15 por genéricos, \$30 por medicamentos de marca. El plan paga la diferencia de costo hasta \$600 por año

TENGA EN CUENTA: Si un cliente es atendido en una Sala de emergencias por una emergencia real, es posible que el plan cubra una parte de esos costos en virtud de la Cobertura para pacientes en consulta externa, para pacientes internados y/o por accidente, según cómo facture los servicios la Sala de emergencias o si la lesión fue provocada por un accidente. Sin embargo, si un cliente recibe tratamiento que no sea de emergencia en la Sala de emergencias (atención que se le podría haber brindado en el consultorio de un médico, en un centro de atención de urgencia o en un centro de acceso fácil), la cobertura de esos cargos de la Sala de emergencias se reducirá a: deducible de \$100 por incidencia y el plan paga el 50% de la factura total, hasta \$500 por año (esto contará para el máximo anual de "Atención para pacientes en consulta externa"). Los clientes deben pagar las sumas que superen lo que paga el plan. La cobertura descrita anteriormente es proporcionada por el formulario de póliza SB C II-G M P-0 2. Las cantidades y los máximos de la cobertura se basan en el año de cobertura de cada cliente, a menos que se indique lo contrario. Starbridge utiliza la Red CIGNA PPO SM para que sus clientes obtengan descuentos en servicios para pacientes internados y en consulta externa.

*Además de las cantidades pagadas para los Servicios de atención para pacientes en consulta externa, las cantidades pagadas para las visitas al consultorio y Servicios de atención preventiva también se contarán para el máximo anual de "atención para pacientes en consulta externa". Sin embargo, si la cantidad que su plan paga para los Servicios de atención para pacientes en consulta externa excede su máximo anual de atención para pacientes en consulta externa en un solo período de cobertura (por ejemplo, un año), su plan seguirá pagando el 100% de los Servicios de atención preventiva exigidos por la PPACA mientras su cobertura esté vigente. Sin embargo, una vez se alcance el máximo anual de Servicios de atención para pacientes en consulta externa, los gastos incurridos en otros Servicios de atención para pacientes en consulta externa no estarán cubiertos. **Los beneficios obligatorios pueden variar de un estado a otro.

¹Los programas de descuentos en recetas médicas y Healthy Rewards no son un seguro; los clientes deben pagar por completo los cargos con descuentos. Algunos programas Healthy Rewards no están disponibles en todos los estados.

¿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 para 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 pertenezca.

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-EXISTENTES ¹ – 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 periodo de 6 meses anteriores a su fecha de vigencia por la cobertura (o la fecha del periodo 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 periodo 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 periodo 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 periodo de 63 días después de la terminación de su cobertura previa excluyendo un periodo de espera.

LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS ¹ – 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, queratometría 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 DEPENDIENTE ¹ – 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.

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 periodo por el que haya pagado su prima, sujeto al Periodo 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 periodo 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

Residentes del estado de Washington

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA COBERTURA QUE SE LE ESTÁ OFRECIENDO

Éste es un plan de beneficios de salud limitado que no brinda cobertura médica integral. Es una póliza básica o de beneficios limitados que no tiene la finalidad de cubrir todos los gastos médicos. Este plan no está diseñado para cubrir los costos de las enfermedades graves o crónicas. Tiene límites específicos en dólares con respecto a lo que se paga por los servicios médicos y no se puede exceder este límite. Si el costo de los servicios excede dicho límite, la persona inscrita y no la compañía de seguros será responsable de los pagos de las cantidades excedentes.