

# Usted puede inscribirse en un plan de salud con beneficios limitados Starbridge.

Queremos ayudarle a tomar una decisión informada. El folleto que se encuentra dentro de este paquete le proporciona detalles sobre las opciones de su plan Starbridge. Antes de consultar el folleto, lea el aviso especial que figura a continuación, que resalta los límites anuales correspondientes a estas opciones del plan Starbridge. 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).

**La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio prohíbe que los planes de salud apliquen límites en dólares arbitrarios a la cobertura de beneficios clave. Este año, si un plan aplica un límite en dólares a la cobertura de beneficios clave que brinda en un año, ese límite debe ser de \$750,000 como mínimo.**

**Su cobertura del seguro de salud, ofrecida por Connecticut General Life Insurance Company, no cumple con los estándares mínimos exigidos por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio recién descritos. Por el contrario, aplica los siguientes límites anuales:**

Servicios cubiertos	Nivel 1	Nivel 2
Atención para pacientes en consulta externa	hasta \$1,000 por año de cobertura	hasta \$1,250 por año de cobertura
Atención para pacientes internados	hasta \$2,000 por año de cobertura	hasta \$3,000 por año de cobertura
Cobertura complementaria de Cirugía en el hospital		hasta \$1,500 por cirugía
Cobertura complementaria de Enfermedad relacionada con la maternidad		hasta \$1,500 por incidencia
Cobertura de recetas médicas	No incluida	hasta \$300 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

A fin de aplicar los límites más bajos descritos anteriormente, su plan de salud solicitó una exención del requisito de que la cobertura de beneficios clave sea de \$750,000 como mínimo este año. El Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos otorgó esa exención basándose en una declaración de su plan de salud según la cual brindar \$750,000 de cobertura de beneficios clave este año tendría como consecuencia un aumento significativo de su prima o una reducción significativa de su acceso a los beneficios. Esta exención tiene una vigencia de un año. Si le preocupan los límites más bajos, es posible que haya otras opciones de cobertura de atención médica disponibles para usted y los miembros de su familia. Para obtener más información, visite: [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

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

Para planes ofrecidos en estados que tienen un Departamento de Seguros que ofrece un Programa de asistencia a los consumidores, puede comunicarse directamente con ellos. Consulte la información de contacto en la página siguiente.

Para planes ofrecidos en estados que tienen un Departamento de Seguros que ofrece un Programa de asistencia a los consumidores, puede comunicarse directamente con ellos. Consulte la información de contacto a continuación.

Estado	N.º Primario	N.º Secundario	Estado	N.º Primario	N.º Secundario
AL	(334) 241-4141	(334) 269-3550	MT	(406) 444-2040	
AK	(907) 465-2515	(800) 467-8725	NE	(877) 564-7323	
AZ	(602) 364-2499	(800) 325-2548	NV	(702) 486-4009	(800) 992-0900
AR	(501) 371-2640	(800) 852-5494	NH	(603) 271-2261	
CA	(213) 897-8921	(800) 927-4357	NJ	(973) 648-4713	(800) 446-7467
CO	(303) 894-7490	(800) 930-3745	NM	(888) 427-5772	
CT	(860) 297-3800	(800) 203-3447	NY	(212) 480-6400	
DE	(302) 674-7310	(800) 282-8611	NC	(919)807-6750	(800) 546-5664
FL	(850) 413-3140	(877) 693-5236	ND	(701) 328-2440	(800) 247-0560
GA	(404) 656-2070	(800) 656-2298	OH	(614) 644-2658	(800) 686-1526
HI	(808) 586-2790	(808) 586-2799	OK	(405) 521-2828	(800) 522-0071
ID	(800) 721-3272		OR	(503) 947-7984	(888) 877-4894
IL	(312) 814-2420	(877) 527-9431	PA	(717) 787-2317	(877) 881-6388
IN	(317) 232-2395		RI	(401) 462-9517	
IA	(515) 281-5705	(877) 955-1212	SC	(803) 737-6180	(800) 768-3467
KS	(785) 296-3071	(800) 432-2484	SD	(605) 773-3563	
KY	(502) 564-3630	(800) 595-6053	TN	(615) 741-2176	
LA	(225) 342-5900	(800) 259-5301	TX	(800) 252-3439	
ME	(207) 624-8475	(800) 300-5000	UT	(801) 538-3800	(800) 439-3805
MD	(410) 468-2204		VT	(802) 828-2900	(800) 631-7788
MA	(617) 521-7794		VA	(804) 371-9741	
MI	(517) 373-0220	(877) 999-6442	WA	(360) 725-7080	(800) 562-6900
MN	(651) 296-2488	(800) 657-3602	WV	(800) 435-7381	
MS	(601) 359-3569	(800) 562-2957	WI	(608) 266-3585	(800) 236-8517
MO	(573) 751-2640	(800) 726-7390	WY	(800) 438-5768	

# La cobertura de salud está a su alcance.



## Aspectos destacados del plan:

- Visitas al médico por apenas \$15
- Hasta \$3,000 para la Atención para pacientes internados
- Hasta \$5,000 de cobertura por accidentes
- Programa de medicamentos que requieren receta médica
- CIGNA 24-Hour Employee Assistance Program<sup>SM</sup> (Programa de asistencia a los empleados durante las 24 horas de CIGNA)

Los planes a partir de sólo  
**\$29.<sup>14</sup>** dos veces al mes

También se encuentra disponible:

- Plan Dental / de la vista\*\*

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

Ofrecemos seguro médico. Favor de marcar el 1-877-552-5015.

### 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](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](http://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 eclesiástico, también puede comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos a través del sitio web [www.healthreform.gov](http://www.healthreform.gov).



## 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 empleados de tiempo completo y de tiempo parcial que trabajen más de 20 horas por PERÍODO DE PAGO cumplen con los requisitos.

### ¿Cuándo comenzará mi cobertura?

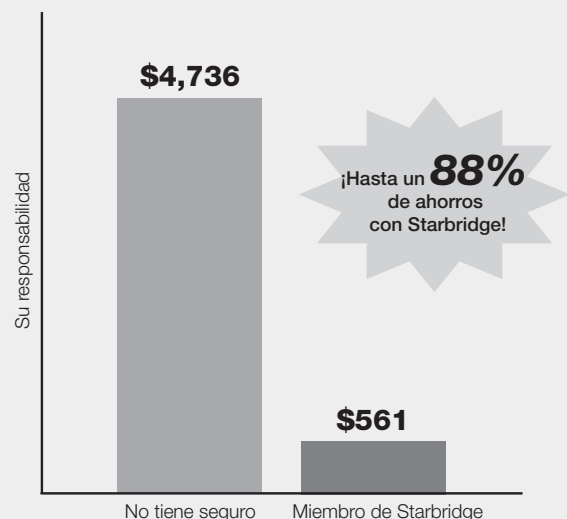
Su cobertura comenzará el primer día del mes después de permanecer treinta días en el empleo. Una vez que se apruebe su inscripción, usted recibirá sus tarjetas de identificación y el folleto con la Descripción resumida del plan que contiene los formularios de reclamo.

## 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 1-877-552-5015.

## Plan Nivel 1



### Tarifas Dos Veces Al Mes

Para mí solamente. . . . .	\$29.14
Para mí y 1 dependiente . . . . .	\$71.67
Grupo familiar . . . . .	\$108.27

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

Si está saludable y activo y tiene un presupuesto limitado, este plan es su mejor opción.

*“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 Dos Veces Al Mes

Para mí solamente. . . . .	\$59.63
Para mí y 1 dependiente . . . . .	\$146.38
Grupo familiar . . . . .	\$221.15

*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.

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

# PASO 2: Elija la opción de un plan adicional.



## Plan Dental/de la vista Tarifas Dos Veces Al Mes\*

Para mí solamente . . . . . \$9.92  
 Para mí y 1 dependiente . \$19.15  
 Grupo familiar . . . . . \$28.36

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

## 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 de plan adicional. 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
	<b>Descuento de la red de CIGNA*</b>	-\$12
	El Plan dental le reembolsa	-\$17 (consulte el cuadro a continuación)
	<b>Usted paga</b>	<b>\$7</b>

\* Para obtener un listado completo de dentistas que participan en la red, visite [www.starbridge.com](http://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
<b>Examen bucal</b> D0120 Examen bucal periódico* \$17 D0140 Examen bucal limitado/Problema específico \$27 D0150 Examen bucal completo † \$27 D9110 Tratamiento paliativo - de emergencia \$38	<b>Rayos X y patología</b> 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	<b>Profilaxis y fluoruro</b> 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
<b>Restauración de amalgama para dientes de leche/permanentes</b> 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	<b>Extracciones</b> D7140 Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta \$39 D7220 Extracción de un diente retenido - Tejido blando \$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	<b>Periodoncia</b> 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
<b>Restauraciones sintéticas</b> 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		<b>Endodoncia (sin incluir restauración final)</b> D3220 Pulpotomía terapéutica \$20 D3310 Endodoncia - Anterior \$125 D3320 Endodoncia - Bicúspide \$135 D3330 Endodoncia - Molar \$140
		<b>NOTAS AL PIE</b> * 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: 1-877-552-5015 • [www.starbridge.com](http://www.starbridge.com)

# 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 3 para inscribirse!**

# PASO 3: Inscríbese ahora.



CIGNA



Limited-benefit health plan

Número del Grupo: 3434

Número de la unidad / tienda: \_\_\_\_\_

Elija su método de inscripción (seleccione uno)

**A) Inscripción por teléfono:** Llame al 1-877-552-5015 para inscribirse. Los Especialistas en beneficios de Starbridge están disponibles de lunes a viernes, de 5:00 am a 6:00 pm MST.

**B) Inscripción en línea:** Visite [www.starbridge.com](http://www.starbridge.com) para inscribirse rápidamente y con seguridad desde la comodidad de su computadora personal.

**C) Formulario de inscripción:** Simplemente complete este formulario de inscripción y entrégueselo a su gerente.

## 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.

Por favor seleccione todo lo que quiera.

Plan Nivel 1

Plan Nivel 2

Plan Dental / de la vista\*\*

\*\*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** \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_

SBCII593.1

[Fecha]

**Autorización:** Por el presente elijo participar en el Plan Starbridge Insurance Plan para los beneficios disponibles bajo el Código de ingresos internos Sección 79, 105, 106, 125 y estas Secciones según su modificación. Entiendo que el Plan convertirá automáticamente a estado antes de impuestos todas las deducciones de nómina que cumplan con los requisitos que se brindan a través del Plan. Entiendo que al participar en este Plan mis beneficios del Seguro Social pueden reducirse debido a que estas primas se deducirán antes que mi salario sea sujeto a impuestos. Esta elección permanecerá en vigencia durante el Año del Plan. Mi elección NO PUEDE cambiarse durante el Año del Plan de acuerdo con las Pautas de Servicios de Ingresos internos a menos que ocurra un evento que califique, que incluye: matrimonio, divorcio, separación legal, muerte del cónyuge, nacimiento o adopción legal de un niño, muerte de un niño, cambio de empleo del cónyuge que afecte la cobertura del seguro, cumplimiento con los requisitos para Medicare o Medicaid o cambio de residencia que afecte la cobertura del seguro. 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 engañosa, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y prisión.

**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]

¿Preguntas? Llame a un Especialista en beneficios de Starbridge: 1-877-552-5015 • [www.starbridge.com](http://www.starbridge.com)



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

Starbridge no es un plan médico principal.

	Nivel 1 (Plan 370)	Nivel 2 (Plan 371)
<b>Enfermedades</b>		
<b>Atención para pacientes en consulta externa</b> deducible Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	\$100 por año de cobertura 80%	\$100 por año de cobertura 80%
<b>Visitas al consultorio del médico <sup>1</sup></b> copago Starbridge paga	\$1,000 por año de cobertura  \$15 100%	\$1,250 por año de cobertura  \$15 100%
<b>Atención para pacientes internados</b> Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	100% \$2,000 por año de cobertura	100% \$3,000 por año de cobertura
<b>Cirugía adicional para pacientes internados en el hospital</b> Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	cubierto en atención al paciente internado	100% \$1,500 por evento
<b>Beneficio adicional por maternidad</b> Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	cubierto en atención al paciente internado	100% \$1,500 por evento
<b>Bienestar</b>		
<b>Beneficio para el bienestar <sup>3</sup></b> 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
<b>Farmacia</b>		
<b>Beneficio de receta médica</b> copago Starbridge paga la máxima cantidad pagada por el plan	programas de descuentos incluidos <sup>2</sup>	programas de descuentos incluidos <sup>2</sup> \$15/medicamento genérico, \$30/marca pref. 100% \$300 por año de cobertura
<b>Lesión</b>		
<b>Cobertura para accidentes <sup>4</sup></b> 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
<b>Beneficio por muerte accidental</b> Starbridge paga	\$10,000	\$15,000

**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*<sup>1</sup> (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 Program<sup>SM</sup> 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 afección) y una biblioteca de información sobre la salud.

### Healthy Rewards<sup>®</sup>

Healthy Rewards<sup>®</sup> 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 Weight Watchers, Jenny Craig<sup>®</sup> y mucho más.

*Healthy Rewards<sup>®</sup> no está disponible en todos los estados y no es un seguro.*

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

<sup>3</sup> La disposición varía por estado. <sup>4</sup> 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: 1-877-552-5015 • [www.starbridge.com](http://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 1-877-552-5015. Los representantes atienden de lunes a viernes, 5 AM a 6 PM, Hora de la Montaña.

**LIMITACIÓN POR AFECCIONES PRE-EXISTENTES**<sup>1</sup> – 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 las 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**<sup>1</sup> – 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, queratotomy 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;<sup>2</sup>
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**<sup>1</sup> – 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 sea compensable (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 bicuspidado será 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.

## 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 da 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.

1 de febrero de 2011

## **AVISO IMPORTANTE SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE (PPACA, por sus siglas en inglés)**

La Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible de 2010 (la “Ley”) exige que emitamos los avisos siguientes relacionados con dos cambios introducidos por la Ley.

### **Cobertura de dependientes**

Aquellos dependientes cuya cobertura anterior hubiera terminado o a quienes se les hubiera denegado la cobertura (o no cumplían con los requisitos para la cobertura) de acuerdo con el plan (y eran menores de 26 años) porque en ese momento superaban la edad de los dependientes que cumplían con los requisitos para inscribirse, cumplen con los requisitos para inscribirse en su plan Starbridge de CIGNA. Se puede solicitar la inscripción para dichos hijos durante un plazo de 30 días desde la fecha de este aviso. La inscripción tendrá vigencia a partir del 1 de marzo de 2011. Para más información, comuníquese con el Equipo del Servicio al Cliente de Starbridge de CIGNA al 1-800-511-2902.

### **Límite de dólares de por vida**

Las disposiciones sobre el máximo de beneficios de por vida ahora están prohibidas. El plan Starbridge de CIGNA no tiene límites de por vida. Si usted cumple con los requisitos para este plan, podrá inscribirse sin que se tenga en cuenta si usted excedió previamente el máximo de beneficios de por vida en un plan anterior. Las personas que cumplen con los requisitos tendrán 30 días desde la fecha de este aviso para solicitar la inscripción. Para más información comuníquese con el Equipo de Servicio al Cliente de Starbridge de CIGNA al 1-800-511-2902.

*Recuerde que siguen vigentes los límites anuales sobre los beneficios en el plan actual de Starbridge de su empleador (de acuerdo con lo permitido por el Secretario de Salud y Servicios Humanos hasta el año 2014).*



“CIGNA”, “CIGNA HealthCare” y el logo “Tree of Life” son marcas de servicio registradas de CIGNA Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen CIGNA Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados exclusivamente por dichas subsidiarias operativas, que incluyen a Connecticut General Life Insurance Company (CGLIC) y CIGNA Health and Life Insurance Company (CHLIC), y no por CIGNA Corporation. En Arizona, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA HealthCare of Arizona, Inc. En California, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA HealthCare of California, Inc. En Connecticut, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA Healthcare of Connecticut, Inc. En North Carolina, los planes de HMO son ofrecidos por CIGNA HealthCare of North Carolina, Inc. Todos los demás planes médicos en estos estados están asegurados o son administrados por CGLIC o CHLIC. © 2010 CIGNA

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente