



Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en www.wgat.com o llamando al 1-800-777-7898.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$150 persona / \$300 familias por año calendario. No se aplica a la atención preventiva o plan de RX	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Si. \$500 por servicios de infertilidad. No hay deducibles específicas.	Usted tiene que pagar todos los servicios hasta cubrir el monto específico del deducible antes de que el plan empiece a pagar por dichos servicios.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	No.	El límite para los gastos del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ?	Este plan no tiene un límite de gastos del bolsillo.	No se aplica porque el plan no tiene un límite para los gastos del bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	Este plan pagará por los servicios cubiertos hasta el límite establecido para el período de cobertura, aun si sus necesidades son mayores. Una vez que se haya llegado al límite, usted tendrá que pagar todos los costos. El cuadro en la página 2 describe los límites de cobertura <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Para obtener la lista de proveedores preferidos, consulte www.anthem.com/ca de California, www.azblue.com de Arizona, www.multiplan.com for demás estados o llame al 1-800-777-7898 para lista de proveedores participante.	Si usted se atiende con médicos y proveedores de la red , el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red , podría usar algún proveedor que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red , preferido o participante para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos proveedores .
¿Necesito un referido para ver un especialista ?	No. Usted no necesita una referencia para ver a un especialista.	Usted puede consultar a cualquier especialista y no necesita un permiso del plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Si.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 6. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos , vea los documentos del plan o póliza.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su coseguro será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** participantes cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$15 copago / visita	40% coseguro	El examen de la visita de la oficina sólo.
	Consulta con un especialista	\$15 copago / visita	40% coseguro	El examen de la visita de la oficina sólo.
	Consulta con otro proveedor de la salud	20% coseguro por quiropráctico y acupuntura	20% coseguro por quiropráctico y acupuntura	Acupuntura: El manejo del dolor únicamente. Quiropráctico: Máximo \$ 500 / año calendario. Rayos X = \$ 75 máximo / año calendario.
	Servicios preventivos / evaluaciones / vacunas	Ninguna carga	No cubierto	Debe utilizar a un proveedor que participa. Un examen de rutina / por año calendario.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% coseguro	20% coseguro	————ninguno————
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	20% coseguro	20% coseguro	————ninguno————

06586 - 60230 Western Preferred Advantage: WGAT

Duración de la póliza: 07/01/2013 - 06/30/2014

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura para: Familia | Tipo de plan: PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita un medicamento Para más información sobre la cobertura de medicamentos llamar a 1-800-777-78988 .	Medicamentos genéricos	\$10 copago/prescription para la venta al por menor y \$20 copago/prescription para venta por correo	\$10 copago/prescription para la venta al por menor y \$20 copago/prescription para venta por correo	Encubre a un suministro de 30 días (prescripción de venta al por menor); hasta 90 suministro de día (prescripción de venta por correo)
	Medicamentos de marca preferidos	\$25 copago/prescription para la venta al por menor y \$50 copago/prescription para venta por correo	\$25 copago/prescription para la venta al por menor y \$50 copago/prescription para venta por correo	Sustitución Genérica Obligatoria
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de 40% del honorario negociado, con un mínimo copago of \$35	Copago de 40% del honorario negociado, con un mínimo copago of \$35	No disponible para la venta por correo
	Medicamentos especiales	10% copagoment para medicinas orales / 20% copagoment para auto inyectable	10% copagoment para medicinas orales / 20% copagoment para auto inyectable	No disponible para la venta por correo
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	20% coseguro	40% coseguro	Pre-certificación requerida o se incurre en un extra de \$ 250 de copago por ocurrencia y no se aplicará a su desembolso.
	Tarifa del médico/cirujano	20% coseguro	20% coseguro	ninguno
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$100 copagoment para cada enfermedad o el accidente, entonces 20% coseguro	\$100 copagoment para cada enfermedad o el accidente, entonces 20% coseguro	El copago no se aplica si es admitido al hospital o dentro de 48 horas después del accidente.
	Traslado médico de emergencia	20% coseguro	20% coseguro	ninguno
	Cuidado urgente	20% coseguro	40% coseguro	ninguno

Preguntas: Llame al 1-800-777-7898 o visite www.wgat.com. Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-777-7898 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	20% coseguro	40% coseguro	Pre-certificación requerida o beneficio reducirá en un 50% y no se aplicará a su desembolso. Instalación no participante, un copago igual al deducible se le cobra a usted.
	Tarifa del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	ninguno
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$15 copago / visita and 20% coseguro otro servicios	40% coseguro	ninguno
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	20% coseguro	40% coseguro	Pre-certificación requerida o beneficio reducirá en un 50% y no se aplicará a su desembolso. Instalación no participante, un copago igual al deducible se le cobra a usted.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$15 copago / visita and 20% coseguro otro servicios	40% coseguro	ninguno
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	20% coseguro	40% coseguro	Pre-certificación requerida o beneficio reducirá en un 50% y no se aplicarán a su desembolso. Instalación no participante, un copago igual al deducible se cobra a usted.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	\$15 copago / visita	40% coseguro	ninguno
	Parto y todos los servicios de internación	20% coseguro	40% coseguro	Pre-certificación requerida o beneficio reducirá en un 50% y no se aplicarán a su desembolso. Instalación no participante, un copago igual al deducible se cobra a usted.

Preguntas: Llame al 1-800-777-7898 o visite www.wgat.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en

www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-777-7898 y pida una copia.

06586 - 60230 Western Preferred Advantage: WGAT

Duración de la póliza: 07/01/2013 - 06/30/2014

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura para: Familia | Tipo de plan: PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% coseguro	20% coseguro	Maximo de 60 horas cuatro dias por ano calendario.
	Servicios de rehabilitación	20% coseguro	20% coseguro	————ninguno————
	Servicios de recuperación de las habilidades	No cubierto	No cubierto	————ninguno————
	Cuidado de enfermería especializado	20% coseguro	20% coseguro	\$2,000 Maximo por año calendario.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	20% coseguro	Requiere autorización previa de revisión de la utilización de los gastos de más de \$500.
	Cuidado de hospicio	20% coseguro	40% coseguro	Requiere autorización previa de revisión de la utilización.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	No cubierto	No cubierto	————ninguno————
	Anteojos	No cubierto	No cubierto	————ninguno————
	Consulta dental	No cubierto	No cubierto	————ninguno————

Preguntas: Llame al 1-800-777-7898 o visite www.wgat.com.
 Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-777-7898 y pida una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Table with 2 main sections: 'Los servicios que su plan NO cubre' and 'Otros servicios cubiertos'. Each section contains a list of services in three columns.

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde cobertura bajo el plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes Federales o Estatales pueden proporcionar las protecciones que le permiten a usted mantener cobertura de salud.

Para más información sobre sus derechos de continuación de cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-777-7898 or www.wgat.com. Usted también puede comunicarse al departamento de seguro de estado, la Secretaría de Trabajo de EEUU, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de EEUU en 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede apelar la decisión o presentar una queja. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con Western Growers Assurance Trust at 1-800-777-7898 or www.wgat.com or the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser "cobertura esencial mínima." Este plan o esta póliza no ofrece cobertura esencial mínima.


¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga \$0
- Usted paga \$7,540

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebe)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$7,540
Total	\$7,540

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga \$4,140
- Usted paga \$1,260

Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorios y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$250
Copagos	\$550
Coseguro	\$240
Límites o exclusiones	\$220
Total	\$1,260

Nota: Estas cifras suponen que el paciente participa en nuestro programa de bienestar de la diabetes. Si usted tiene diabetes y no participa en el programa de bienestar, su costo pueden ser más alto. Para obtener más información sobre el programa de bienestar de la diabetes, por favor póngase en contacto con: Western Growers Assurance Trust al 1-800-777-7898.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

- ✘ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

- ✘ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado "Usted paga" de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.