



Éste es solo un resumen. Si desea más detalles sobre su cobertura y costos, puede obtener los términos completos de la póliza o documento del plan llamando al (530) 378-8200.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$250 /persona / \$500 max familia. No se aplica a Dental / Visión, Bienestar / Programas de Enfermedades y la atención preventiva.	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?	No	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	Sí. \$2,000 persona / \$ 4,000 familiar máx	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 ?	Las primas, Dental / Visión, equilibrio facturan cargos, programas de bienestar / Enfermedad y atención de la salud de este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos del bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí. Ver www.bluecares.com para una lista de proveedores preferidos.	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 .

Preguntas: Llame al (530) 378-8200.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al (530) 378-8200 y pida una copia.

Health Benefits Plan: Sierra Pacific Industries

Duración de la póliza: 01/01/2016 – 12/31/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios Cobertura de: Empleado+Dependientes | Tipo de plan: PPO

¿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?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 4. 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 **proveedor preferido** 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	20% de coseguro	20% de coseguro	No hay cobertura para los proveedores excluidos
	Consulta con un especialista	20% de coseguro	20% de coseguro	————ninguno————
	Consulta con otro proveedor de la salud	20% de coseguro por quiropráctico	20% de coseguro por quiropráctico	La cobertura se limita a \$50/visita máximo permitido y 18 visitas/ período de 12 meses
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargo	Descubierto	
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	20% de coseguro	————ninguno————

Preguntas: Llame al (530) 378-8200.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al (530) 378-8200 y pida una copia.

Número de control OMB 1545-2229
1210-0147 y 0938-1146

Health Benefits Plan: Sierra Pacific Industries

Duración de la póliza: 01/01/2016 – 12/31/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios Cobertura de: Empleado+Dependientes | 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
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	20% de coseguro	20% de coseguro	————ninguno————
Si necesita un medicamento Para más información sobre la cobertura de medicamentos (530) 378-8200	Medicamentos genéricos	20% de coseguro	Descubierto	Tarjeta de descuento debe ser utilizado. Recibo debe ser enviada a planificar para el reembolso.
	Medicamentos de marca preferidos	40% de coseguro	Descubierto	Tarjeta de descuento debe ser utilizado. Recibo debe ser enviada a planificar para el reembolso.
	Medicamentos de marca no preferidos	40% de coseguro	Descubierto	Tarjeta de descuento debe ser utilizado. Recibo debe ser enviada a planificar para el reembolso.
	Medicamentos especiales	40% de coseguro	Descubierto	Tarjeta de descuento debe ser utilizado. Recibo debe ser enviada a planificar para el reembolso.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	20% de coseguro	20% de coseguro	Sin cobertura sin pre-certificación. No hay cobertura para los proveedores excluidos.
	Tarifa del médico/cirujano	20% de coseguro	20% de coseguro	————ninguno————

Preguntas: Llame al (530) 378-8200.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al (530) 378-8200 y pida una copia.

Número de control OMB 1545-2229
1210-0147 y 0938-1146

Health Benefits Plan: Sierra Pacific Industries

Duración de la póliza: 01/01/2016 – 12/31/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios Cobertura de: Empleado+Dependientes | 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 atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	20% de coseguro	20% de coseguro	No hay cobertura para los proveedores excluidos.
	Traslado médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	————ninguno————
	Cuidado urgente	20% de coseguro	20% de coseguro	————ninguno————
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	20% de coseguro	25% de penalización y el 20% de coseguro	
	Tarifa del médico/cirujano	20% de coseguro	20% de coseguro	————ninguno————
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	20% de coseguro	20% de coseguro	Limitado a psiquiatras, psicólogos clínicos y consejeros elegibles licencia.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	20% de coseguro	20% de coseguro	Limitado a aguda para pacientes internados solamente. Sin cobertura sin certificación previa.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Descubierto	Descubierto	
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	Descubierto	Descubierto	
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura se limita a empleado y cónyuge.
	Parto y todos los servicios de internación	20% de coseguro	25% de penalización y el 20% de coseguro	La cobertura se limita a empleado y cónyuge. Sin cobertura sin pre-certificación.

Preguntas: Llame al (530) 378-8200.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al (530) 378-8200 y pida una copia.

Número de control OMB 1545-2229
1210-0147 y 0938-1146

Health Benefits Plan: Sierra Pacific Industries

Duración de la póliza: 01/01/2016 – 12/31/2016

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de: Empleado+Dependientes** | 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% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura se limita a los servicios de RN.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura se limita a \$75/visita (fisioterapia) y \$50/visita (terapia del habla) máximo permitido. 18 visitas/período de 12 meses.
	Servicios de recuperación de las habilidades	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura se limita a los servicios de RN. No hay cobertura para la atención de custodia.
	Cuidado de enfermería especializado	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura se limita a los servicios de RN.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura se limita a la menor de compra o alquiler.
	Cuidado de hospicio	Descubierto	Descubierto	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura se limita a \$200 período/ 24 meses.
	Anteojos	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura se limita a \$200 período/ 24 meses.
	Consulta dental	20% de coseguro	20% de coseguro	La cobertura se limita a \$1,250 máximo permitido años / calendario.

Preguntas: Llame al (530) 378-8200.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al (530) 378-8200 y pida una copia.

Número de control OMB 1545-2229
1210-0147 y 0938-1146

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Tratamiento de la infertilidad
- El cuidado a largo plazo
- enfermería privada

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- Cirugía Bariátrica (sólo a través de programa de control de peso)
- Atención quiropráctica
- Cuidado dental (plan de adulto-visión)
- Audífonos
- La mayor cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos.
- cuidado de la vista de rutina (adulto - plan de la vista)
- Cuidado de rutina de los pies (con exclusión de aparatos ortopédicos)
- Los programas de pérdida de peso

Preguntas: Llame al (530) 378-8200.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al (530) 378-8200 y pida una copia.

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura bajo el plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionar protecciones que le permiten mantener la cobertura de salud. Tales derechos podrán ser limitados en el tiempo y será necesario que pagar una prima, que puede ser significativamente mayor que la prima que se paga mientras está cubierto bajo el plan. Otras limitaciones en sus derechos a continuar también puede solicitar la cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar la cobertura, comuníquese con el plan al [número de teléfono]. También puede comunicarse con el departamento de seguros del Estado, el Departamento de Trabajo de Estados Unidos, Beneficios del Empleado Administración del Seguro al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877- 267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si usted tiene una queja o no está satisfecho con la negación de la cobertura de reclamaciones en virtud de su plan, usted puede ser capaz de apelar o presentar una queja. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, el presente anuncio, o ayuda, puede contactar con: Departamento de Beneficios de Salud al (530) 378-8200. También puede comunicarse con el Departamento de Trabajo de los Empleados de Administración de Beneficios de Seguridad en 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar una apelación. Programa de Asistencia Contacto California Consumidor operado por el Departamento de Atención Médica y el Departamento de Seguros de California 980 9th St, Suite # 500 Sacramento, CA 95814 (888) 466 hasta 2.219 <http://www.HealthHelp.ca.gov>

¿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 ofrecen 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.*—————

Preguntas: Llame al (530) 378-8200.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al (530) 378-8200 y pida una copia.

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: \$5,830
- Usted paga: \$1,710

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	\$250
Copagos	\$
Coseguro	\$1,458
Límites o exclusiones	\$
Total	\$1,710

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$5,040
- Usted paga: \$360

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	\$
Coseguro	\$110
Límites o exclusiones	\$
Total	\$360

Preguntas: Llame al (530) 378-8200.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al (530) 378-8200 y pida una copia.

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.

Preguntas: Llame al (530) 378-8200.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al (530) 378-8200 y pida una copia.