

Este resumen sólo contiene puntos sobresalientes y no es una descripción completa de los beneficios. Regirán las Descripciones Resumidas del Plan y los documentos del Plan.
Importante: Los beneficios de cobertura por lo general son los mismos dentro y fuera de red. Sin embargo, usted se beneficia al recibir mejores descuentos y gastos razonables y comunes si va a un médico dentro de red en vez de a un médico fuera de red (véase la siguiente página).

LOS MONTOS LISTADOS SON LOS QUE PAGA EL PLAN
(toda referencia a un “año” es “por año calendario”)

DISPOSICIONES GENERALES DEL PLAN	DENTRO DE RED	FUERA DE RED
Deducible por Año Calendario (Individuo/Familia) Se combinan el Deducible Dentro y Fuera de Red donde se aplique.	NINGUNO	NINGUNO
Red de Médicos	La Red varía en cada estado. Véase la siguiente página, la Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description (SPD) o www.employersresource.com para ver la red en su área.	
Límites Máximos	Si. Existen límites de días, visitas y límites de por vida—véase abajo.	
Precepto en cuanto a Condiciones Pre-existentes	Se aplican términos límite para condiciones pre-existentes. Véase la siguiente página.	
Requisito de Pre-certificación	Usted o su prestador debe pre-certificar ciertos servicios y suministros con P5 Care Solutions por lo menos 48 horas antes de que usted o su dependiente con cobertura reciba servicios. Véase la siguiente página.	
ATENCIÓN URGENTE Y DE EMERGENCIA	DENTRO DE RED	FUERA DE RED
Atención a Dependiente en caso de Accidente: Accidentes no relacionados con el trabajo generalmente quedarán cubiertos para dependientes elegibles al 100%. Los empleados quedan cubiertos bajo el Plan de Arreglo de Reembolso en caso de Accidentes de Empleados por medio de Employers Resource.	\$1,000, por accidente cubierto (hasta un máximo de \$5,000 por año). Sin deducible.	
Atención en Sala de Emergencia: Bajo este plan no se cubren emergencias no médicas.	Terapia Intensiva = \$3,000 por día (15 días por año). Beneficio para Sala de Emergencia \$300 por visita accidente/enfermedad de emergencia que no requiera hospitalización; (máximo anual de \$900).	
Consulta en Centro de Atención de Urgencia: Otros servicios proporcionados durante la consulta (por ejemplo, radiografías, análisis de laboratorio, operaciones) serán pagos como servicios en consultorio y quedarán sujetos a deducible y a coseguro.	\$25 por visita (máximo de 4 por año)	
SERVICIOS DE BIENESTAR/PREVENCIÓN	SON IMPORTANTES PARA HACERSE CARGO DE SU SALUD	
Mi Caja de Herramientas para la Salud: Incluye un análisis de pH, un análisis de recuento sanguíneo, una evaluación de riesgo de salud, boletines informativos e información de calidad para la salud.	Queda incluido en el plan para empleados y cónyuges con cobertura. Una vez por año. Es importante para conocer y manejar su estado de salud.	
Cheques Rutinarios de Bienestar del Niño (de Iso 0 a los 6 años) o Cuidado de Bienestar Preventivo (a partir de los 7 años): Incluye vacunas, termogramas, evaluaciones de hormonas, análisis preventivos de laboratorio, ginecología y obstetricia/prevenición del cáncer de próstata.	\$200 por miembro por año. No se aplica un deducible.	
SERVICIOS DE CONSULTA EN CONSULTORIO	DENTRO DE RED	FUERA DE RED
Profesionales Alternativos Preferenciales: Una lista en www.myhealthroadmapallstarlist.com de los mejores doctores de medicina alternativa reconocidos a nivel nacional.	\$75 por visita (4 por año). (máximo anual de \$300). INCLUYE análisis de laboratorio, si es que los hace un profesional preferencial.	No aplicable
Visitas a Consultorio: No se aplica ninguna red a menos que se indique. Consultas solamente. Por lo general NO incluye análisis/radiografías u operaciones menores.	\$50 por visita (4 por año)	
Reembolso por Atención Alternativa/Quiropráctica/de Acupuntura: Los servicios de cualquier médico licenciado. Incluye medicina Oriental, médicos naturopáticos licenciados o dietistas matriculados.	6 visitas por año para Atención Quiropráctica/Alternativa combinada. Pago máximo del plan: \$35 por visita.	
SERVICIOS DE TRATAMIENTO		
Cobertura para Medicamentos Recetados	Sólo se da acceso a una Tarjeta de Descuento para Medicamentos Recetados.	
Complementos: es decir, Aceite de Krill, Pantetina, Niacina non-flush, y acceso a varios descuentos.	Reembolso del 80% hasta llegar al pago de plan máximo por año calendario de \$250 (por año calendario, por miembro/dependiente con cobertura).	
Centros de Excelencia de Tratamiento: Ciertos trastornos específicos (operaciones de cadera, de espalda y de rodilla, cáncer de mama y de próstata, operaciones de vesícula), que quedan cubiertos al doble del monto de cobertura por Hospitalización/instalación/Cirujano si se siguen las recomendaciones de un profesional de Excelencia de Tratamiento. Véase la siguiente página.	Se ofrecen grandes descuentos en los Centros de Excelencia de Tratamiento.	
GASTOS DE HOSPITAL/INSTALACIÓN/CIRUJANO	DENTRO DE RED	FUERA DE RED
Beneficio de Hospitalización: Se requiere pre-certificación. Límite de 15 días por año (300 días de por vida).	\$1,500 por día	
Beneficio Hospitalario Ambulatorio: Puede aplicarse pre-certificación. 1 procedimiento por año o 2 o más en la misma sesión quirúrgica.	\$750 por día	
Centro de Enfermería Especializada: Se limita a 60 días por año (para recibir cobertura debe ocurrir luego de una hospitalización cubierta de por lo menos 3 días).	\$750 por día	
Anestesiología: Límite de 1 por año (hospitalización y atención ambulatoria combinadas).	\$375 cantidad a tanto alzado	
Beneficios de Cirugía: 1) Hospitalización 1 por año 2) Ambulatoria 1 por año 3) Operación Menor Ambulatoria 1 por año 4) Venopunción Ambulatoria 1 por año	1) \$1,500, cantidad fija 2) \$750, cantidad fija 3) \$75, cantidad fija 4) \$25, cantidad fija	
OTROS SERVICIOS CUBIERTOS	DENTRO DE RED	FUERA DE RED
Radiografía Ambulatoria, Análisis de Laboratorio de Diagnóstico (Extraordinaria/o): Hecho en el consultorio del doctor o en forma ambulatoria.	\$500 por año calendario	
Tratamiento Hospitalario y Ambulatorio para Salud Mental/Abuso de Sustancias	No cubierto. Hay Beneficios EAP Disponibles.	No cubierto. Hay Beneficios EAP Disponibles.
Equipo Médico Durable	\$250 per año	\$250 per año
Educación en cuanto a la Diabetes: Máximo anual de \$500 para materiales de educación del Dr. Julian Whitaker, del Whitaker Wellness Institute.	Beneficio de por vida de \$250	No cubierto

Explicaciones y Límites

PASOS IMPORTANTES PARA EL CUIDADO AUTO-DIRIGIDO (USTED CONTROLA SU CUIDADO JUNTO CON SU PROFESIONAL MÉDICO)

- Evaluación:** Hágase una Evaluación de Riesgo a la Salud gratuita por medio de Employers Resource/ Mi Caja de Herramientas para la Salud.
- Planeamiento:** Hágase los chequeos preventivos apropiados, especialmente en los casos de mujeres de más de 40 años (cáncer de mama) y hombres de más de 50 años (cáncer de próstata).
- Consultas:** Hable en cuanto a su salud con otros doctores además de su doctor de cabecera. Consulte también con **profesionales de cuidado alternativo**, como quiroprácticos, naturópatas y dietistas matriculados.
- Concéntrese en las causas, no sólo en los síntomas:** Use el Programa de Ayuda a Empleados (Employee Assistance Program) para tratar el estrés / otros problemas personales que causan o agravan problemas de salud.

REQUISITOS DE PRE-CERTIFICACIÓN: 800-922-1855

- Servicios: Los siguientes servicios se deben pre-certificar antes de recibirse atención o tratamiento (o el beneficio se reducirá a \$500 menos):**
 - Internación a Hospitales. Toda internación a cualquier hospital o centro para internados (ej. hospital comunitario), con la excepción de internaciones de emergencia. Las pautas son las siguientes:*
 - Internaciones que no son de emergencia (por lo menos 7 días antes de la internación)
 - Hospitalización de Emergencia (antes de que pasen 2 días hábiles después de la internación)
 - Procedimientos en Hospitales o en Centros de Cirugía Ambulatoria
 - Todas las Resonancias Magnéticas (MRI) y las Tomografías Computadas
 - Equipo Médico Durable que cueste más de \$1,000
 - Artefactos Implantados Quirúrgicamente
- P5 Care Solutions (800-922-1855) analizará el plan de tratamiento de su doctor y cómo el mismo se aplica a los requisitos del plan (es decir, el requisito de necesidad médica) y quizás pueda coordinar servicios médicos y aconsejarle en cuanto al uso más apropiado de sus beneficios de salud, lo cual le ayudará a reducir sus desembolsos.
- Pre-certificación y Cobertura para Problemas Médicos Específicos (se requiere pre-certificación antes del tratamiento o se pagará una multa de \$500 y la cobertura puede rebajarse hasta el 50%):**
 - Estos problemas en la categoría de Excelencia de Tratamiento requieren pre-certificación antes de que se reciba CUALQUIER atención o tratamiento (véase la Descripción Resumida del Plan para más detalles): Cáncer de Mama, Cáncer de Próstata, Operaciones de Espalda, Operaciones de Vesícula Biliar, Operaciones de Cadera, Operaciones de Rodilla. **Quedan cubiertos completamente los gastos de la revisión de excelencia de tratamiento.**
 - Si la opinión oficial de Excelencia de Tratamiento:
 - confirma el tratamiento que recetó su doctor, recibe cobertura según el **monto listado** en la sección de Gastos de Hospitalización/Instalación/Cirujano.
 - es diferente al tratamiento que recetó su doctor (y si se usa un profesional de Excelencia de Tratamiento), recibe cobertura hasta **el doble** de los Montos Listados en la sección de Gastos de Hospitalización/Instalación/Cirujano.
 - es diferente al tratamiento que recetó su doctor (y si NO se usa un profesional de Excelencia de Tratamiento), **NO** recibe cobertura.

LÍMITES Y EXCLUSIONES POR CONDICIONES PRE-EXISTENTES

- Definición:** Una *condición pre-existente* es cualquier enfermedad o herida (excepto un embarazo) para la cual se ha recibido consejo médico, diagnóstico, atención o tratamiento (lo cual incluye drogas y medicamentos recetados) por parte de un médico o un profesional durante los seis meses inmediatamente antes de la fecha de inscripción.
- Cómo reducir limitaciones por condiciones pre-existentes:** Su límite por condiciones pre-existentes puede reducirse si usted estuvo cubierto/a bajo un plan médico antes de inscribirse a este plan, siempre y cuando el plan anterior califique como cobertura acreditable. Si su cobertura acreditable fue vigente y continua for 12 meses inmediatamente antes de la fecha de vigencia según este plan, y si usted proporciona prueba de ello, no se aplicarán condiciones pre-existentes. Para proporcionar prueba, obtenga una carta de Cobertura Acreditable de su compañía de seguro anterior y envíela a P5 Health Plan Solutions a P5 Health Plan Solutions: PO Box 9554, Salt Lake City, UT 84109-0544 (teléfono: 800-922-1855; fax: 801-412-8550).
- Cálculos:** El cálculo de días/meses de cobertura acreditada no incluye: (i) ninguna cobertura anterior a un corte de 63 o más días; ni (ii) ningún período de tiempo durante un período aplicable de espera para beneficios.

REDES	DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN Y OTRA INFORMACIÓN ACERCA DEL PLAN	FAVOR TOMAR NOTA
Arizona Arizona Foundation (www.azfmc.com) California Interplan (www.interplanhealth.com) Idaho IPN (www.ipnmd.com) No. Carolina Medcost (www.medcost.com) Otros Véase (www.employersresource.com)	<ol style="list-style-type: none"> Vaya a www.employersresource.com Haga click sobre Employee Center, luego sobre Benefits, luego Medical, y luego Employers Resource Benefit Trust. Haga click sobre "Detailed Plan Description" para encontrar su plan específico. 	Este plan médico autofinanciado que ofrece Employers Resource Benefit Trust (y al que patrocina Employers Resource) no es un seguro y no es parte de ninguna sociedad de garantía estatal.