



City of Dallas

Guía de inscripción y beneficios para empleados activos - 2010



City of Dallas

Índice

A quién contactar por preguntas	3
Quién es calificado	3
Cómo cambiar sus beneficios durante el año	4
Beneficios del plan patrocinado por la Ciudad	5
Sus opciones de beneficios principales	6
Cómo inscribirse	6
Cómo inscribirse si es un nuevo empleado	7
Importantes exenciones de responsabilidad	7
Descripción general de planes médicos	9
Descripción general de planes odontológicos	19
Descripción general de planes oftalmológicos	24
Cuentas de gastos flexibles (por sus siglas en inglés, FSA)	25
Planilla de FSA de atención de salud	25
Planes de seguro de vida	27
Servicios de asistencia para viajes	27
Servicios de preparación de testamento y fideicomisos	27
Aranceles mensuales por seguro de vida para empleados activos para el año 2010	28
Programa de asistencia para empleados	29
Compensación diferida	29
Notificaciones legislativas	30
Planes de beneficios no patrocinados por la Ciudad	35
Beneficios voluntarios	35
Información de contacto de prestadores	39

Bienvenidos a sus beneficios para el año 2010

Estimados colegas:

Me complace darles la bienvenida a la Inscripción Anual para 2010. La Ciudad de Dallas ofrece a sus empleados un período de inscripción en forma anual para que revisen la cobertura de sus beneficios actuales y, de ser necesario, elijan otras opciones. Este año nuestra inscripción a los beneficios será activa; es decir, que usted debe re-elegir los planes de beneficios en los que tiene intenciones de participar durante el año 2010. El proceso de inscripción incluirá entrevistas individuales de inscripción obligatorias con un asesor de beneficios que solicitará a todos los participantes que proporcionen la documentación de todas las personas a cargo a ser aseguradas en nuestros planes a partir del 1 de enero de 2010.

Las fechas de inscripción anual de este año son:

- Empleados activos – martes 8 de setiembre hasta el viernes 30 de octubre

Qué hay de nuevo para el año 2010:

La Ciudad de Dallas se empeña en ofrecer un paquete de beneficios atractivo y de precios razonables para satisfacer sus necesidades. Para proveer los mejores beneficios a nuestros empleados, la Ciudad de Dallas lleva a cabo una revisión anual del funcionamiento del plan. La Ciudad continuará invirtiendo en la salud de sus empleados ofreciéndoles un plan de salud impulsado por la demanda del consumidor con una Cuenta de Reembolso de Gastos de Salud (por sus siglas en inglés, HRA), un plan PPO tradicional y eliminando el plan EPO a partir del 1 de enero de 2010.

Los planes médicos para el año 2010 son:

- Opción de Plan 1 - plan PPO 75/25 con Cuenta de Reembolso de Gastos de Salud (HRA)
- Opción de Plan 2 – plan PPO 70/30

Para aquellos empleados que no se hayan inscripto hasta el 6 de noviembre de 2009, se les asignará por defecto la cobertura correspondiente a sus planes actuales, únicamente para el empleado, a partir del 1 de enero de 2010. Sin embargo, si usted actualmente está inscripto en el plan EPO, se le asignará por defecto la cobertura correspondiente al plan PPO 75/25 con HRA, únicamente para el empleado, a partir del 1 de enero de 2010. Le rogamos se reúna con un asesor de beneficios para inscribirse o para renunciar a su cobertura y si corresponde durante la sesión de inscripción agregar a sus dependientes.

Además de las ofertas de planes médicos, la clínica de la Ciudad de Dallas ubicada en el **City Hall 1C-South** proporciona tratamientos a empleados, cónyuges y a sus dependientes que tienen acceso a las instalaciones para los siguientes casos:

- Enfermedades comunes
- Chequeos médicos preventivos
- Exámenes físicos y vacunas

Adicionalmente, a partir del 1 de agosto de 2009, Colonial Life será el nuevo administrador de beneficios voluntarios para la Ciudad de Dallas. Los empleados elegibles pueden inscribirse en los siguientes planes cuando se reúnan con el asesor de inscripciones: 1) Seguro por incapacidad transitoria, 2) Seguro por enfermedad crítica, 3) Seguro de indemnización por hospitalización y 4) Seguro de vida.

Desde el 8 de setiembre de 2009 el Centro de Servicios de Beneficios (BSC) estará ubicado en el **City Hall L1E-North**. Por servicio al cliente de beneficios, los participantes pueden acceder al BSC de lunes a viernes de 8 de la mañana a 6 de la tarde, hora central (CST), en forma personal o por teléfono, llamando al **888-752-9122**.

Esta guía de inscripción y beneficios provee detalles sobre sus opciones en materia de beneficios. Revisar el material incluido en esta guía lo ayudará a tomar decisiones bien informadas sobre sus beneficios para el año 2010. Si tiene alguna pregunta, remítase a la sección de información de contacto de prestadores para acceder a nuestros proveedores de servicios.

Como siempre, espero que continúen sintiéndose satisfechos con estos programas y servicios dado que nos esforzamos por mantener un paquete de beneficios competitivos para usted y su familia.

Sinceramente,

David K. Etheridge, Director
Departamento de Recursos Humanos

A quién contactar por preguntas

- La Ciudad de Dallas se compromete a brindarle un servicio al cliente de calidad. A partir del 8 de setiembre, podrá contactar al Centro de Servicios de Beneficios entre las 8 de la mañana y las 6 de la tarde, horario central, llamando al 888-752-9122.

El Centro de Servicios de Beneficios puede asistirlo con preguntas referidas a la inscripción, opciones de planes de salud o para hacer cambios a su plan de salud.

- En el caso de que se le solicite dejar un mensaje de voz, por favor incluya su nombre, número de empleado, origen de su consulta y el plan de seguro de salud en el cual está inscripto. Su mensaje será respondido dentro de las 24 a 48 horas.

Quien esta Calificado?

Usted puede elegir la cobertura de servicios de salud para usted y las personas a su cargo que sean elegibles durante el período de inscripción anual y, en caso de ocurrir un cambio de estado que califique para una nueva cobertura, a través de inscripciones especiales. Las personas a cargo que son elegibles incluyen:

Tipo de persona a cargo elegible	Documentación requerida
<p>Cónyuge Persona de género opuesto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Copia de licencia matrimonial y ● Copia de Tarjeta de Seguro Social y ● Fecha de nacimiento <p>Si se tratara de matrimonio de hecho, por favor provea el formulario de derecho consuetudinario* y copias de documentación que demuestre que usted y su cónyuge han vivido juntos por lo menos seis meses (provea dos documentos de la lista a continuación).</p> <p>Los ejemplos incluyen copias de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Contrato de alquiler o escritura que incluya a ambos miembros de la pareja ○ Estado de cuenta corriente bancaria conjunta ○ Facturas de servicios públicos y/o cuentas de crédito ○ Pólizas de seguro de vida y/o testamento
<p>Pareja Doméstica Persona del mismo sexo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulario de Domestic Partner** y copias de documentación que demuestre que usted y su pareja han vivido juntos por lo menos seis meses (provea dos documentos de la lista a continuación). <p>Los ejemplos incluyen copias de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Contrato de alquiler o escritura que incluya a ambos miembros de la pareja ○ Estado de cuenta corriente bancaria conjunta ○ Facturas de servicios públicos y/o cuentas de crédito ○ Pólizas de seguro de vida y/o testamento <ul style="list-style-type: none"> ● Copia de Tarjeta de Seguro Social ● Fecha de nacimiento
<p>Hijo a cargo Hijo soltero, menor de 25 años, y que sea hijo biológico, hijo adoptado legalmente o hijastro suyo y/o de su cónyuge, concubino/a o pareja de hecho del mismo sexo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Copia de certificado de nacimiento que demuestre que usted es su padre/madre, o ● Copia del acuerdo de adopción, o ● Copia de los documentos de tutela o custodia judicial, o ● Copia de la porción de la sentencia de divorcio donde se muestra la persona a cargo, o ● Copia de la orden calificada de mantenimiento médico de menores (por sus siglas en inglés, QMCSO) ● Copia de Tarjeta de Seguro Social

*El formulario de derecho consuetudinario está en: <http://www.dallascounty.org/department/countyclerk/marriage-license.html>.

**El formulario de Domestic Partner está en <http://www.cod/HumanResources/pdf/DomesticPartner.pdf>

Por favor tenga en cuenta: Las personas a su cargo (cónyuge e hijos) no pueden tener cobertura en un plan si usted no está cubierto.

Cómo cambiar sus beneficios durante el año

Las opciones seleccionadas durante el período de inscripción anual se aplicarán para el próximo año de plan, con vigencia desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre. El IRS requiere que sus elecciones de beneficios permanezcan en efecto el año calendario completo, a menos que usted experimente un evento de vida que lo califique para un cambio. Los eventos de la vida que califican pueden incluir:

- Matrimonio
- Divorcio, separación legal o anulación
- Nacimiento o adopción de un hijo elegible
- Cambio en su estado laboral o en el de su cónyuge (tiempo completo a tiempo parcial) que afecta la elegibilidad para beneficios
- Un cambio en la elegibilidad de su hijo para los beneficios
- Una orden calificada de mantenimiento médico de menores (QMCSO)

Debe notificar al Centro de Servicios de Beneficios dentro de los 30 días de sucedido el evento de la vida que califican y proveer toda la documentación requerida que se describe abajo: Si usted no notifica al Centro de Servicios de Beneficios sobre su evento de la vida que califican y no provee la documentación, deberá esperar hasta el próximo periodo de inscripción anual para cambiar sus elecciones de beneficios.

Cambio de estado de tipo de familia	Documentación requerida
Agregar o perder otra cobertura A través de otro empleador o plan patrocinado por el gobierno	<ul style="list-style-type: none"> ● Copia de la carta del empleador/Gobierno con la fecha efectiva y el nombre de la/s persona/s a cargo que ganaron o perdieron cobertura, o ● Copia de la carta del seguro con la fecha efectiva y el nombre de la/s persona/s que ganaron o perdieron cobertura, o ● Copia del certificado de HIPAA de Creíble o cobertura con la fecha efectiva y el nombre de la/s persona/s a cargo que perdieron cobertura, o ● Copia de la tarjeta de ID del seguro con la fecha efectiva y el nombre de la/s persona/s que ganaron cobertura ● Copia del certificado de nacimiento ● Copia de Tarjeta de Seguro Social
Agregar o perder una persona a cargo elegible Nacimiento, adopción, colocación para adopción o muerte de cónyuge o hijo	<ul style="list-style-type: none"> ● Copia de certificado de nacimiento que demuestre que usted es su padre/madre, o ● Copia del acuerdo de adopción, o ● Copia de los documentos de tutela o custodia judicial, o ● Copia de la porción de la sentencia de divorcio donde se muestra la persona a cargo, o ● Copia de la orden calificada de mantenimiento médico de menores (por sus siglas en inglés, QMCSO) ● Copia de Tarjeta de Seguro Social ● Copia del certificado de nacimiento (si corresponde)
Orden calificada de mantenimiento médico de menores (QMCSO) Para un hijo a su cargo	<ul style="list-style-type: none"> ● Copia de la orden calificada de mantenimiento médico de menores (por sus siglas en inglés, QMCSO)
Matrimonio, divorcio, separación legal o anulación	<ul style="list-style-type: none"> ● Copia de los documentos legales con fechas efectivas y nombre de la persona a cargo, y ● Copia del SSN y fecha de nacimiento si se agrega debido a un matrimonio

Se requiere su respuesta en las siguientes situaciones:

- Durante el período de inscripción abierta (cuarto trimestre del año calendario)
- Como un nuevo empleado (dentro de los 30 días de su fecha de contratación)
- Cambio de estado familiar (30 días del evento que se califica)

Si la persona a su cargo no satisface las reglas de elegibilidad actuales y/o usted no provee la documentación requerida, la/s persona/s a su cargo no serán agregadas a los planes.

***Beneficios del plan patrocinado
por la Ciudad***

Sus opciones de beneficios principales

Beneficios /Proveedor	Fondos	Opciones
Servicios Médicos (UHC)	Contribuciones de la Ciudad y de los empleados	Dos opciones: PPO - 70/30/\$3000 PPO - 75/25/HRA
Servicios Odontológicos (UHC)	100% pagados por el empleado	Dos opciones: HMO PPO (Indemnización)
Servicios Oftalmológicos (UHC)	100% pagados por el empleado	Exámenes: Co-pago de \$10 Materiales: Co-pago de \$25
FSA (UHC) EMSP DCAP	100% pagados por el empleado	Máximo de \$5000 (soltero/a) Máximo de \$5000 (si se trata de una persona casada \$2500 por persona)
Seguro de vida (UHC) Seguro de vida básico Seguro de vida complementario AD&D	100% pagados por la Ciudad 100% pagados por el empleado 100% pagados por el empleado	\$50,000 por empleado de tiempo completo Hasta tres veces el salario anual De \$25 mil hasta \$250 mil

Cómo inscribirse durante el período de inscripciones

Su período de inscripción para los beneficios es desde el 8 de setiembre hasta el 30 de octubre de 2009. Es importante que usted participe en esta inscripción por varias razones:

- Debe entrevistarse en forma individual con un asesor de beneficios para re-inscribirse en sus beneficios principales.
- Todos los documentos de las personas a cargo deben ser provistos al asesor de beneficios antes del 6 de noviembre o se le asignará, por defecto, la cobertura para el empleado únicamente.
- Tendrá que verificar la información sobre las personas a su cargo, por lo tanto, esté preparado para traer la siguiente documentación, de corresponder: licencia matrimonial (documentación que corrobore el estado de concubinato, según el derecho consuetudinario, o de pareja de hecho, para parejas del mismo sexo), Números de Seguro Social (de todas las personas a su cargo), certificados de nacimiento (para hijos a cargo solamente) y fecha de nacimiento del cónyuge.

Regístrese para asistir a una entrevista individual con un asesor de beneficios. Los asesores estarán disponibles en su lugar de trabajo durante los horarios especificados. Los beneficios son más importantes hoy que nunca, por lo tanto le recomendamos encarecidamente que se entreviste con un asesor de beneficios para asegurarse de entender los beneficios que hay disponibles para usted y para logra una mejor comprensión de lo que pueden hacer por usted.

Regístrese para una entrevista en las planillas de horarios que encontrará en su oficina.

Cómo inscribirse si usted es contratado después del período de inscripción abierta

Los nuevos empleados tienen **30 días desde su fecha de contratación** para inscribirse en el plan de beneficios de salud de la Ciudad o renunciar a la cobertura de salud. Después de los 30 días, si los nuevos empleados no se han inscrito en el plan de beneficios de salud de la Ciudad, deben esperar hasta el periodo de inscripción anual del siguiente año para hacerlo, a menos que haya un cambio de estado.

Inscríbase llamando al Centro de Servicios de Beneficios al 888-752-9122 entre las 8 de la mañana y las 6 de la tarde, horario central (CST). Las elecciones que haga llamando al Centro de Servicios de Beneficios serán tratadas como un acuerdo de pagar cualquier prima requerida a través de una deducción en la nómina (de sueldos). No se necesita ninguna ID especial ni contraseña para inscribirse a través del Centro de Servicios de Beneficios. Hay asistencia en español disponible. Para inscribirse, siga los pasos para usar el centro de llamadas que se listan abajo:

Pasos para usar el centro de llamadas:

- Determine cuáles son los beneficios principales que usted desea elegir.
- Reúna cualquier información que usted pueda necesitar para inscribirse, tal como nombres de las personas a su cargo, fechas de nacimiento, edades, números de Seguro Social y direcciones.
- Llame al Centro de Llamadas de Inscripción al **888-752-9122**. Un asesor de beneficios le responderá cualquier pregunta que tenga y completará su inscripción por teléfono.
- Usted recibirá un Formulario de Elección confirmando los beneficios que seleccionó para el año 2010 en su domicilio, por correo postal regular.

Importantes exenciones de responsabilidad

Pago por cobertura médica

Las primas médicas se pagan antes de imponerse los impuestos para los empleados y después de imponerse los impuestos para las parejas de hecho (del mismo sexo). Su costo anual por cobertura médica depende de las opciones de beneficios que usted elija y el nivel de cobertura que usted necesite. En esta guía de inscripción y beneficios podrá encontrar los costos de las primas para 2010.

- Todos los miembros que reciben su sueldo por un monto suficiente que permita hacer las deducciones por las contribuciones deberán pagar dichas contribuciones a través de una deducción del sueldo. Por cada período de pago regular durante el año del plan, usted pagará la mitad de los aranceles mensuales indicados en esta guía. Por cada período libre de pagos, no habrá deducción por las contribuciones. En el caso de que el sueldo de un participante no sea suficiente para pagar por los beneficios elegidos, el pago puede ser realizado a través de un cheque o giro directamente a la Ciudad de Dallas, o la deducción completa se realizará en la siguiente fecha de pago programada.
- Si un miembro se inscribe en el plan o cambia la cobertura durante el año del plan, las deducciones del salario del miembro deberán comenzar tan pronto como sea posible desde el punto de vista administrativo.
- Se permitirá un periodo de gracia de treinta días para el pago de las contribuciones pagadas directamente por el miembro. Si alguna contribución no se pagara dentro del periodo de gracia, la cobertura terminará en la última fecha para la cual se pagaron las contribuciones.
- Baja de la cobertura de una persona a cargo: si el departamento de Beneficios para Empleados recibe la notificación de la baja de cobertura en forma previa al primer período de pago, las deducciones no se harán y la cobertura finalizará el último día del mes anterior. Si el departamento de Beneficios para Empleados recibe la notificación de la baja de cobertura de la persona a su cargo después de la primera fecha de pago en un mes, las deducciones y cobertura serán discontinuadas el primer día del mes siguiente.

Sus beneficios en caso de licencia

La siguiente información proporciona detalles importantes en relación a sus derechos y responsabilidades para mantener la cobertura de beneficios durante una licencia o permiso de ausencia autorizado. No seguir los requisitos detallados abajo puede ocasionar la pérdida de cobertura del servicio de salud para usted y las personas a su cargo cubiertas. Lea esta información cuidadosamente. **Usted deberá notificar a su departamento y a su supervisor sobre cualquier licencia o permiso de ausencia.** El tipo y duración del permiso puede afectar el monto que usted deberá pagar para mantener los beneficios por los que ha optado. Si tiene preguntas sobre costos, opciones de pago o elegibilidad para mantener su cobertura durante una licencia o permiso de ausencia, contacte al Centro de Servicios de Beneficios al 888-752-9122 para obtener asistencia antes de comenzar su licencia.

Los empleados con licencia o permiso de ausencia sin goce de sueldo deberían hacer los arreglos necesarios para pagar sus primas mientras estén ausentes de su trabajo. Si los pagos de las primas no realizan antes de su vencimiento, las primas vencidas se acumularán tras el vencimiento y serán deducidas del salario del empleado una vez que regrese al trabajo. La cobertura **será cancelada** por falta de pago y lo reclamos no serán procesados por el período de tiempo cuando las primas estén vencidas **por más de 30 días**. Los empleados con licencia militar tienen la opción de retener o cancelar la cobertura médica, dental, oftalmológica y de FSA contactando al Centro de Servicios de Beneficios dentro de los 30 días. El empleado que regresa de una licencia militar debe llamar al Centro de Servicios de Beneficios dentro de los 30 días de su regreso al trabajo para restituir su cobertura de beneficios.

Cobertura médica y de seguro de vida duplicada por los empleados

En caso de que hubiera dos empleados municipales y ambos fueran elegibles para cobertura, solamente uno puede inscribirse para cobertura de personas a cargo. Ambos empleados no pueden brindarse cobertura mutua. En caso de que hubiera personas a cargo elegibles de ambos empleados, solamente un empleado puede cubrir a cada persona a cargo. Ambos empleados no pueden brindar cobertura a la misma persona a cargo elegible. Si un empleado y su cónyuge están empleados por diferentes empleadores y ambos se cubren mutuamente, los dos planes de salud pagarán como máximo los gastos deducibles y no el 100% de los cargos totales.

Inducción al nuevo empleado

La Ciudad de Dallas da la bienvenida a los nuevos empleados y espera poder ayudarlos a convertirse en miembros exitosos del equipo que sirve a la comunidad de Dallas. La inducción para nuevos empleados proporciona una visión del compromiso de la Ciudad de servir a los ciudadanos de Dallas. Todos los nuevos empleados de la Ciudad de Dallas deberían asistir a esta clase **obligatoria dentro de los 30 días de estar empleados**.

Descripción general de planes médicos (con recetas)

Cuadro Comparativo de Planes Médicos de la Red para 2010 (Para información sobre planes fuera de la red, vea Summary Plan Description (SPD))		
	PPO 70/30/\$3000	PPO 75/25/HRA
Deducible Totales	\$3000 (soltero/a) \$9000 (con dependientes)	\$2500 (soltero/a) \$5000 (con dependientes)
Asignación de la HRA (\$\$ de la Ciudad)	N/A	\$1000 (soltero/a) \$2000 (con dependientes)
Deducible (sus \$\$)	Igual al Total Deducible	\$1500 (single) \$3000 (with dep(s))
Coseguros	El miembro paga el 30% El plan paga el 70%	El miembro paga el 25% El plan paga el 75%
Médico de atención primaria Servicios preventivos (Para inyecciones, consulte el SPD)	El plan paga el 70% sin deducible	El plan paga el 100% (sólo dentro de la red) no reduce la HRA
Servicios para pacientes externos	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 75% después del deducible
Servicios para pacientes hospitalizados	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 75% después del deducible
Servicios de Sala de Emergencia en el hospital (para servicios de ambulancia, consulte el SPD)	\$100 de copago más El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 75% después del deducible
Servicios de especialistas y servicios de atención de urgencias	El plan paga el 70% después del deducible	El plan paga el 75% después del deducible
Máx desembolso	\$7500 (soltero/a) \$15000 (con dependientes)	\$6000 (soltero/a) \$12000 (con dependientes)
Cobertura Medicamentos (31 días)		
Deducible	\$75 / persona	Igual a su deducible arriba (sus \$\$)
Genéricos	10% o mínimo de \$10	10%
Preferidos	25% o mínimo de \$25	25%
No preferidos	40% o mínimo de \$40	40%
desembolso Máximo *	\$2500 / persona	N/A
Aranceles para empleados de tiempo completo		
Empleado Solamente	\$39	\$75
Empleado + cónyuge	\$330	\$421
Empleado + Hijo(s)	\$105	\$212
Empleado + familia	\$396	\$539
Aranceles para empleados permanentes de tiempo parcial		
Empleado Solamente	\$95	\$217
Empleado + cónyuge	\$315	\$563
Empleado + Hijo(s)	\$195	\$423
Empleado + familia	\$414	\$750

El deducible de farmacia no está incluido en el máximo de desembolso del plan PPO 70/30/\$3000

Cómo funciona la HRA

La Cuenta de Reembolso de Gastos de Salud de UnitedHealthcare DefinitySM o “HRA Definity” es un plan médico con deducibles altos, más una cuenta de reembolso de gastos de salud. Desglosado en sus partes individuales, funciona de la siguiente manera:

Plan Médico:

- Proporciona beneficios con un máximo anual de desembolso
- Brinda hasta 100% de cobertura para asistencia preventiva (para más detalles, vea su plan específico)
- Generalmente garantiza costos más bajos para desembolsos cuando usted utiliza médicos y profesionales de atención de la salud de la red
- Generalmente cubre emergencias en cualquier parte del mundo

Cuenta de Reembolso de Gastos de Salud (HRA):

- Lo ayuda a pagar gastos médicos elegibles
- Los fondos son provistos por su empleador y su empleador determina el monto en la cuenta
- El dinero en la cuenta es suyo para que lo use durante el año del plan (ver barra lateral “Su HRA se puede transferir”)

¿Cómo funciona la Definity HRA?

1. Sus gastos de salud son pagados por su HRA

Su empleador contribuye cada año con un monto fijo de dinero a su cuenta de reembolso de gastos de salud. Luego usted utiliza el dinero en la cuenta para pagar gastos médicos elegibles, que se aplican a su deducible anual.

2. Alcance su deducible anual.

Con la Definity HRA usted también tiene que llegar a un deducible anual. Usted debe alcanzar el valor de su deducible y luego comienzan los beneficios del plan médico. La asistencia preventiva es una excepción, que puede ser cubierta hasta el 100%, incluso si usted no ha alcanzado su deducible (para más detalles vea los documentos de su cobertura de beneficios). Su deducible anual es el monto que usted paga antes de que pague su Plan de Salud. Su HRA, provista con fondos de su empleador, se usa para ayudarlo a pagar una porción de su deducible anual. Si usted usa la totalidad de su HRA, será responsable de pagar el 100% del monto deducible restante. En este plan, los niveles de deducibles y copagos son más altos que en los planes tradicionales. Sin embargo, también es posible que sus primas mensuales sean más bajas.

3. Pague solamente Coseguros y copagos.

Una vez que alcanzó su deducible, usted y el plan médico comparten los gastos. Se puede hacer referencia a esto como “coseguro” o “copago”. Usted también puede usar los fondos de su cuenta de reembolso de gastos de salud para su coseguro o copagos (para más detalles, vea los documentos de su plan de beneficios). Usted continuará compartiendo gastos hasta que alcance el límite anual de desembolso. Cuando alcanza este límite anual, los gastos elegibles serán cubiertos al 100% sin costos adicionales de desembolso para el resto del año.

4. Si se inscribe en una cuenta de gastos flexibles (por sus siglas en inglés, FSA), podrá utilizar el dinero en su cuenta FSA para reembolsarse a usted mismo por los gastos de salud elegibles en su FSA que no están cubiertos por su plan, o los gastos que usted paga de su propio bolsillo.

Su HRA se puede transferir:

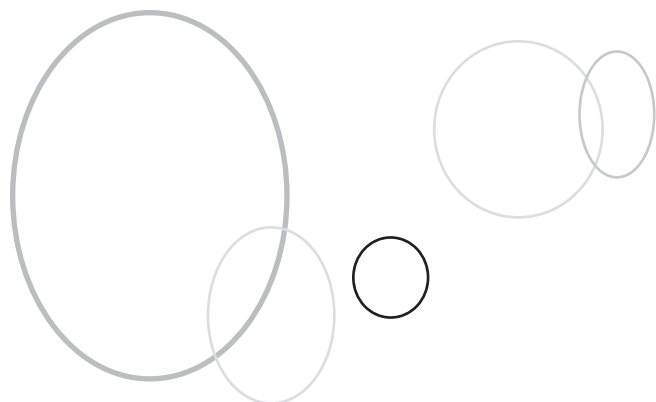
Su HRA puede ser suficiente para cubrir todas sus compras relacionadas con el cuidado de la salud en un año. Al final del año de beneficios, usted puede transferir al año siguiente el 100% de los fondos de la HRA que no haya utilizado, con un monto máximo de transferencia acumulada de \$6000 por empleado solo y \$12000 por empleado más cónyuge, empleado más hijo(s) y empleado más familia.



Fondos de la HRA prorrateados (en base al mes de inscripción):

Si se inscribe en el plan de HRA o experimenta un evento de vida calificante (por sus siglas en inglés, QLE) después del 31 de enero, los fondos asignados al saldo de su cuenta serán reducidos según la tabla a continuación. Sin embargo, usted será responsable por su deducible anual.

Mes	Empleado solamente	Empleado y personas a cargo
Enero	\$1,000.00	\$2,000.00
Febrero	\$916.67	\$1,833.34
Marzo	\$833.34	\$1,666.68
Abril	\$750.01	\$1,500.02
Mayo	\$666.68	\$1,333.36
Junio	\$583.35	\$1,166.70
Julio	\$500.02	\$1,000.04
Agosto	\$416.69	\$833.38
Setiembre	\$333.36	\$666.72
Octubre	\$250.03	\$500.06
Noviembre	\$166.70	\$333.40
Diciembre	\$83.37	\$166.74



Servicios de clínica en el local para empleados inscriptos en los planes médicos de la Ciudad de Dallas

Descripción de la visita	Plan HRA:	Plan 70/30 con Deducible \$3000
Servicios de asistencia preventiva <ul style="list-style-type: none"> Servicios provistos en el lugar, en la clínica Los servicios de laboratorio que son enviados a LabCorp serán procesados de acuerdo a los beneficios de su plan médico 	<ul style="list-style-type: none"> Sin costo para el empleado o personas a cargo. Pagados al 100% 	<ul style="list-style-type: none"> Sin costo para el empleado o personas a cargo. Se condona el deducible de \$3000, los servicios están sujetos a un coseguro del 30%.
Asistencia por heridas o enfermedades - Servicios de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> Servicio provisto en el lugar, en la clínica. Los servicios de laboratorio que son enviados a LabCorp serán procesados de acuerdo a los beneficios de su plan médico 	<ul style="list-style-type: none"> Sin costo para el empleado o personas a cargo. Una vez alcanzado el deducible de \$2500, los servicios están sujetos a un coseguro del 25%. Se usarán los fondos de la HRA, si aún están disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> Sin costo para el empleado o personas a cargo. Una vez alcanzado el deducible de \$3000, los servicios están sujetos a un coseguro del 30%.

Cualquier derivación hecha por la clínica a prestadores fuera de la misma (médicos u otros servicios) están sujetos al estado del prestador en relación a la red y a los beneficios de su plan específico.

Visite www.myuhc.com para buscar prestadores de la red y ver los beneficios de su plan médico.

Servicios de clínica en el local para empleados que NO están inscriptos en los planes médicos de la Ciudad de Dallas

Descripción de la visita	
Servicios de asistencia preventiva <ul style="list-style-type: none"> Services provided on-site at the Clinic 	<ul style="list-style-type: none"> Arancel de \$25.00 en el lugar del servicio Los análisis de laboratorio realizados y enviados a un laboratorio externo serán procesados con un costo del 100% para el empleado.
Asistencia por heridas o enfermedades - Servicios de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> Servicio provisto en el lugar, en la clínica. Servicios de laboratorio 	<ul style="list-style-type: none"> Arancel de \$25.00 en el lugar del servicio Los análisis de laboratorio realizados y enviados a un laboratorio externo serán procesados con un costo del 100% para el empleado.

<p>Asistencia preventiva</p> <ul style="list-style-type: none"> -Educación y asesoramiento sobre salud - Chequeo de presión sanguínea -Análisis de colesterol y azúcar en sangre -Chequeos para detectar cáncer -Exámenes de salud preventivos - Salud sexual -Anticonceptivos orales para la planificación familiar -Testeo y asesoramiento sobre HIV y hepatitis -Asesoramiento sobre nutrición y mantenimiento físico -Asesoramiento y tratamiento para el consumo de tabaco <p>Vacunas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Difteria/Tétanos/Tos ferina (Td/Tdap) -Gripe (Influenza) - Hepatitis A y Hepatitis B -Neumocócica 	<p>Enfermedades de urgencia</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alergias (a partir de los 5 años de edad) -Pie de atleta y micosis de uña -Infección de vejiga -Quemaduras menores y tratamiento de heridas -Bronquitis -Infecciones en ojos y oídos -Resfríos e influenza -Tos y dolor de garganta -Cortes y magulladuras -Diarrea y vómitos -Infecciones mitóticas -Picaduras y mordeduras de insectos -Zumaque venenoso y hiedra venenosa -Sinusitis -Infecciones y sarpullido en la piel -Torceduras y esguinces -Remoción de astillas -Infecciones de las vías respiratorias superiores -Infecciones del tracto urinario -Enfermedades virales 	<p>Atención provisional para enfermedades crónicas</p> <p>La atención es provista en coordinación con el médico o especialista de atención primaria establecido, o mientras se espera que el paciente establezca un proveedor de atención primaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acné -Artritis -Asma -Colitis y diverticulitis -Diabetes -Eczema -Enfisema y EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) -Gastritis y GERD -Dolores de cabeza (migraña) -Hemorroides -Presión sanguínea alta -Colesterol alto - Psoriasis -Control de peso <p>NOTA: No se provee atención prenatal, obstétrica y pediátrica (niños menores a 5 años)</p>
--	---	---

Nota: Si experimenta cualquiera de las siguientes condiciones o síntomas, busque tratamiento en forma inmediata en un Departamento de Emergencia:

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Traumatismo de ojos o cráneo ● Mareos o confusión ● Dolor de pecho | <ul style="list-style-type: none"> ● Falta de aire ● Reacción alérgica severa ● Ataque | <ul style="list-style-type: none"> ● Dolor abdominal severo ● Cortes o quemaduras severas ● Sospecha de envenenamiento |
|--|---|---|

Pago de servicios: Tarjeta de crédito o Tarjeta FSA solamente

Se aplicarán cargos para los servicios procesados fuera de la clínica (ciertos laboratorios).

Care24® – NurseLineSM /Especialista de nivel superior

La vida está llena de altibajos. Ahora usted cuenta con una gran fuente de información y soporte para su salud con los servicios de Care24. Es posible que tenga preocupaciones en relación a su salud, asuntos personales o familiares o desafíos relacionados con su trabajo. Este servicio le brinda acceso a una amplia gama de información sobre salud y bienestar a través de un número telefónico gratuito.

¿Cómo funciona? Simplemente llame al número gratuito de Care24 cuando tenga preguntas sobre salud. Será atendido por enfermeros titulados, quienes pueden ayudarlo con preguntas sobre enfermedades o síntomas y brindarle información que puede ayudarlo a elegir la asistencia adecuada para sus necesidades.

¿Cuándo puedo llamar? La NurseLine y especialistas de nivel superior están disponibles las 24 horas del día, todos los días del año. Con los servicios de Care24, usted no necesita pedir un turno, reacomodar su agenda o esperar hasta el lunes a la mañana para obtener las respuestas a sus preguntas. Ni siquiera necesita ir a algún lugar – usted sólo necesita un teléfono.



Encuentre a un médico en su área que tenga antecedentes de proporcionar los chequeos médicos, medicinas, procedimientos y atención de seguimiento adecuados para su situación.

La orientación sobre salud brindada por los enfermeros titulados lo puede ayudar a mejorar su salud y ahorrar dinero.

- Aprenda a reconocer cuándo es apropiado asistirse usted mismo, visitar a un médico o ir a la sala de emergencias.
- Entienda las interacciones de los medicamentos y cómo reducir los costos de sus recetas.

También encontrará apoyo emocional de los especialistas de nivel superior cuando necesite ayuda para enfrentar los desafíos que presenta la vida. Obtenga ayuda con el estrés, la ansiedad, la depresión, el dolor, las dificultades matrimoniales y mucho más.

La Biblioteca de Información sobre Salud

consiste en más de 1,100 mensajes para proporcionarle información útil sobre salud y bienestar, y se actualiza regularmente. Para escuchar el mensaje de su elección, presione * acompañado del número de identificación personal de acceso de tres dígitos para hablar con un enfermero quien le proveerá la información sobre los asuntos de salud.



M44422-C 9/08 © 2008 United HealthCare Services, Inc.

Llame a los servicios de Care24 sobre:

- Enfermedades de rutina
- Salud de hombres, mujeres y niños
- Heridas menores
- Estrés y ansiedad
- Prevención
- Preocupaciones sobre relaciones
- Información sobre auto-asistencia
- Cómo sobrellevar el duelo por pérdida de un ser querido
- Ayuda para encontrar a un médico
- Información sobre medicamentos
- Preguntas para hacer a su médico
- Información general sobre salud
- Preocupaciones legales personales*

Debido al potencial de un conflicto de interés, no se proveerá asesoramiento legal sobre asuntos que puedan involucrar acciones legales contra UnitedHealthcare o sus subsidiarias o una entidad a través de la cual el cliente recibe servicios de Care24, directa o indirectamente (por ejemplo empleadores o plan de salud).

Coordinación de Asistencia, Red de Recursos de United

Ayudándolo a asumir un rol activo en el cuidado de su salud

Diseñado como un programa único para miembros que viven con una enfermedad crónica o se enfrentan con necesidades complejas de asistencia de salud, el Equipo de Soluciones de Asistencia Personalizada proporciona un alto nivel de apoyo y servicio para los empleados y familias de la Ciudad de Dallas. Un equipo dedicado de enfermeros, médicos y farmacéuticos proveen lo siguiente:

- **Un enfermero asignado de Coordinación de Asistencia** para cada empleado de alto riesgo y los miembros de su familia.
- **Integración** con los servicios de Nurseline, UnitedBehavioralHealth y HealthPartners EAP.
- **Control y tratamiento de enfermedades**, para incluir intervención más amplia para las enfermedades de arterias coronarias, diabetes e insuficiencia cardíaca congestiva.
- **Un modelo de cambio de comportamiento longitudinal para los miembros con enfermedades de alta intensidad a complejas**, que incluye un enfermero asignado de control y tratamiento de enfermedades, quien permanece con el miembro por seis a doce meses, un alto nivel de contactos clínicos por caso y compromiso del director médico in situ para revisión de casos complejos y educación permanente.
- **Un modelo educativo para los miembros con enfermedades de baja intensidad**, que incluye cartas de participación en el programa, boletines informativos trimestrales con información específica sobre la enfermedad, recursos específicos sobre la enfermedad en Internet y programas de modificación de comportamientos a través de myuhc.com®.
- **Apoyo para pacientes hospitalizados** – trabajamos con los hospitales para asegurarnos de que las órdenes del médico y el plan de tratamiento son llevados a cabo de manera oportuna y trabajamos con los miembros de la familia y otros prestadores para coordinar las necesidades posteriores al alta hospitalaria.
- **Programa de prevención de readmisión** – ayuda a facilitar una transición segura del hospital al hogar para las personas con algo riesgo de readmisión.
- **Asesoramiento de admisión hospitalaria** – los enfermeros llaman a los individuos que tienen ciertas intervenciones programadas para responder preguntas y discutir expectativas, planes para el alta hospitalaria y opciones de asistencia de salud.

No se sorprenda si un enfermero de UnitedHealthcare lo contacta para brindarle su apoyo, asistencia y experiencia.

Más ayuda cuando usted más la necesita

Si usted tiene una necesidad médica seria, dispone de programas especializados y asesoramiento de enfermería a través de los programas de Centros de Excelencia de Redes de Recursos de United. Los mismos le brindan acceso a facilidades de asistencia de salud y asesores en enfermería líderes, quienes le dan la información que usted necesita para tomar decisiones bien informadas. Obtenga ayuda para decidir dónde conseguir asistencia, coordinar la asistencia con su equipo de tratamiento, programar turnos y encontrar programas de apoyo.

Los programas* están disponibles para:

- Cáncer
- Enfermedad renal crónica
- Obesidad
- Transplantes
- Salud de la mujer
 - Enfermedad coronaria congénita
 - Infertilidad
 - Asistencia neonatal
 - Embarazo



Bienvenido a su programa de beneficios de farmacia de UnitedHealthcare

Su beneficio de farmacia provee cobertura para la mayoría de los medicamentos recetados aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas de Estados Unidos (por sus siglas en inglés, FDA) Nuestro objetivo es brindarle soporte a usted y a su médico, brindándoles acceso a una amplia variedad de medicamentos y contribuyendo a que los precios de los medicamentos que necesita sean más razonables. Ofrecemos programas y herramientas para ayudarle a tomar decisiones bien informadas, ahorrar dinero y obtener lo máximo de su cobertura farmacéutica.

Los medicamentos adecuados para usted

Tome decisiones bien informadas

Cuando seleccione un medicamento, usted y su médico deberían consultar la Lista de Drogas Recetadas (por sus siglas en inglés, PDL) de UnitedHealthcare. La PDL incluye la mayoría de los medicamentos de marca y genéricos aprobados por la FDA. Los medicamentos pueden clasificarse en diferentes "niveles" con base en su valor total, siendo el Nivel 1 la opción menos costosa. Para determinar si un medicamento está cubierto por su beneficio de farmacia, el nivel asignado al mismo y cualquier alternativa disponible de menor costo, visite www.myuhc.com y seleccione "Pharmacies and Prescriptions".

Busque alternativas de menor costo

Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos - los químicos que hacen que un medicamento sea efectivo - que los medicamentos de marca, y deben cumplir los mismos estándares estrictos de la FDA en relación a calidad, fuerza y pureza que los medicamentos de marca. Más del 75% de las marcas tienen disponibles genéricos equivalentes, por lo tanto consulte a su médico para ver si alguno es adecuado para usted. Mientras que los genéricos son típicamente menos costosos que los de marca, esto puede no siempre ser el caso, por lo tanto, asegúrese de chequear los precios en myuhc.com® para determinar su opción de menor costo.

Medicamentos especializados

Si está tomando un medicamento o inyección especializada, tiene la opción de usar una de nuestras farmacias especializadas designadas para hacer preparar su receta. A través de una de nuestras farmacias especializadas, usted recibirá educación exhaustiva y soporte clínico para ayudarlo a mejorar los resultados de su medicación. Llame a nuestra Línea de Referencia de Especialidades al 1-866-429-8177 para ubicar una farmacia de especialidades designada que le resulte conveniente.

Uso de una farmacia minorista adherida

Elija una farmacia que esté dentro de la red

Para sacar el máximo provecho de su cobertura farmacéutica, usted debería utilizar una farmacia adherida. Nuestra red abarca más de 60,000 farmacias minoristas, incluyendo tanto a cadenas como a tiendas independientes ubicadas en todo el territorio de los Estados Unidos. Hacer preparar sus recetas en farmacias fuera de nuestra red incrementará sus costos.

Para encontrar las farmacias minoristas adheridas cerca suyo, visite nuestro sitio web www.myuhc.com o llame en forma gratuita al número de Atención al Cliente en su tarjeta de identificación para usar el localizador de farmacias activado por voz.

Haga preparar sus recetas en una farmacia minorista adherida

Simplemente muestre su tarjeta de identificación al farmacéutico. Su farmacéutico le dirá cuánto debe por la receta.

Farmacias y recetas

Comprender su beneficio de farmacia - y las opciones que ofrece - puede ayudarle a sacar el mayor provecho de su cobertura y a ahorrar dinero en medicamentos recetados. El sitio myuhc.com es conveniente y seguro, y utiliza la última tecnología y herramientas para permitirle comparar y analizar medicamentos y opciones de beneficios. Simplemente ingrese a su cuenta en myuhc.com y seleccione "Pharmacies and Prescriptions".

Después de ingresar, podrá acceder a:

- Información de pagos, precios y cobertura sobre la mayoría de los medicamentos recetados.
- Información sobre alternativas de medicamentos de menor costo.
- Una lista de farmacias minoristas adheridas por código postal.
- Sus antecedentes de recetas

También puede llamar al número de Atención al Cliente listado en su tarjeta de identificación.



Uso del servicio de farmacia por correo

Medco By Mail envía sus medicamentos recetados directamente a usted por correo – sumamente conveniente para medicamentos que usted toma de manera permanente, tales como los que se usan para tratar enfermedades crónicas, como presión sanguínea alta o diabetes. Además, usted podría ahorrar dinero por usar el servicio de farmacia por correo. Visite myuhc.com® para obtener información sobre los precios de medicamentos.

Paso 1 La primera vez que su médico le recete un medicamento que usted tomará en forma regular, pídale dos recetas.

La primera receta debería estar confeccionada para una provisión de un mes, y puede ser inmediatamente preparada en una farmacia minorista adherida.

La segunda receta debería estar confeccionada para una provisión de 90 días de la medicación con reposiciones. Utilice la receta de 90 días para obtener su medicación a través del servicio de farmacia por correo. La farmacia por correo no puede alterar su receta, la cual debe ser despachada tal como fue escrita por su médico. A usted se le cobrará de acuerdo a su cobertura farmacéutica por cualquier receta que presente utilizando el servicio de farmacia por correo.



Paso 2 Utilice el proceso que sea más conveniente para usted para hacer preparar las recetas que recibirá por correo:

FAX – Déle a su médico su número de identificación. Luego pídale a su médico que llame al 1-888-327-9791 para obtener instrucciones sobre cómo enviar por fax su receta a la farmacia.

Los formularios para recetas por fax están disponibles en myuhc.com, pero deben ser enviadas por fax por su médico.

CORREO - Envíe por correo el Formulario de pedido y el Cuestionario de salud, alergia y medicación de Medco By Mail, junto con su receta. La información que usted provea en este cuestionario será tratada como información confidencial y ayuda al farmacéutico a chequear posibles interacciones de medicamentos. Los formularios están disponibles en línea en myuhc.com o llamando al número de Atención al Cliente en su tarjeta de identificación. Envíe los formularios completos y su receta por correo a la dirección en el formulario de pedido por correo.

Paso 3 Pague por su receta.

Usted puede pagar con cheque, giro o tarjeta de crédito.

Para inscribirse para realizar pagos electrónicos, establecer un plan de pagos automatizado utilizando una tarjeta de crédito y conocer los precios de los medicamentos, ingrese a su cuenta en myuhc.com o llame al 1-800-948-8779.

Entregaremos su pedido en breve, en un paquete que no indica los contenidos. Su pedido de receta será entregado dentro de los 7 a 11 días. Su paquete incluirá un envase de medicamentos, instrucciones para la reposición e información sobre su medicamento.

Cuando le quede solamente una provisión de su medicamento para dos semanas, es momento de volver a hacer el pedido. Las reposiciones pueden ser pedidas en línea a través de myuhc.com, por teléfono al 1-800-4REFILL (1-800-473-3455) o por correo utilizando el formulario de pedido de Medco By Mail. Tenga listos su número de identificación de miembro, número de receta y método de pago.

Uso de una farmacia minorista adherida

Elija una farmacia que esté dentro de la red

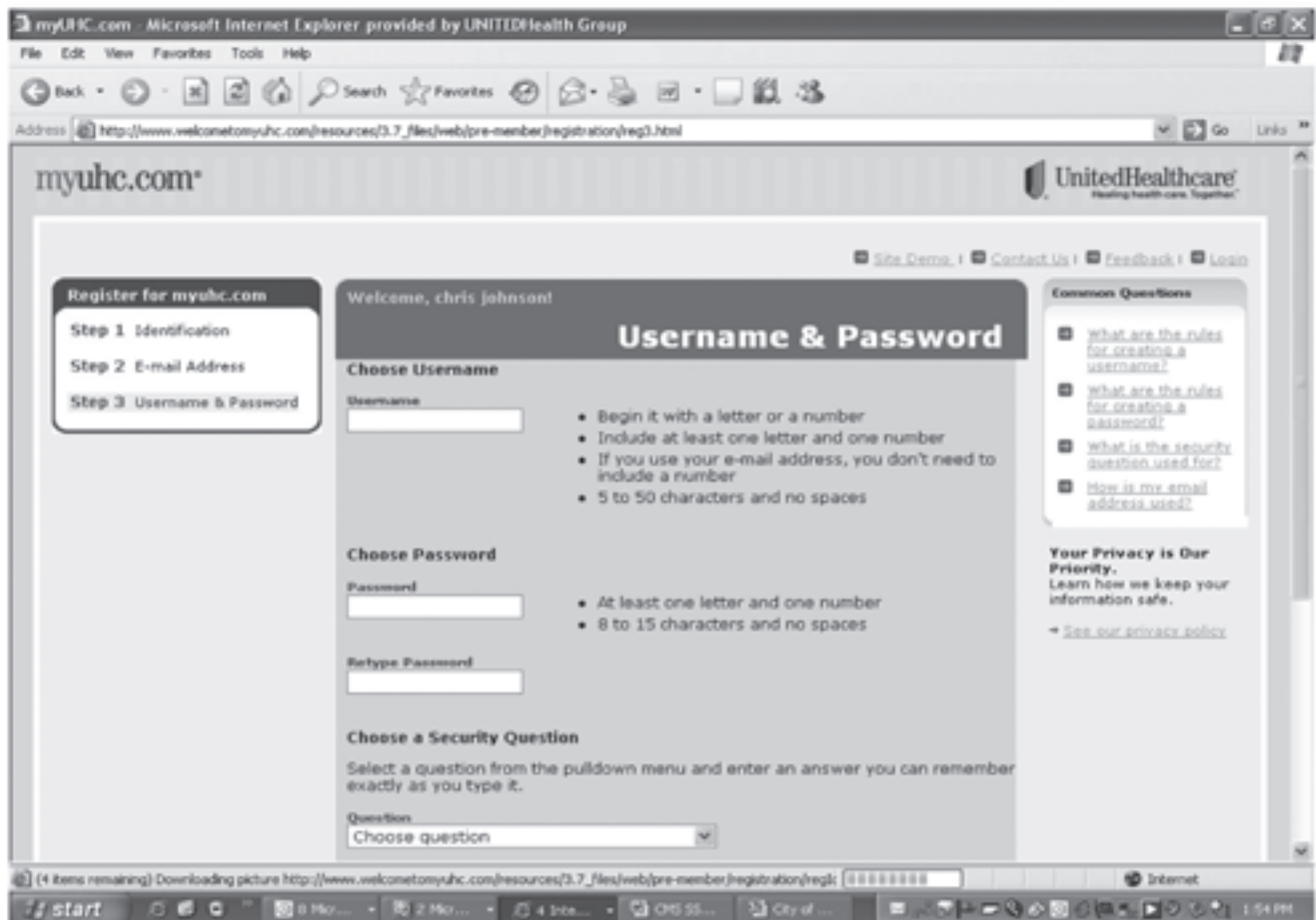
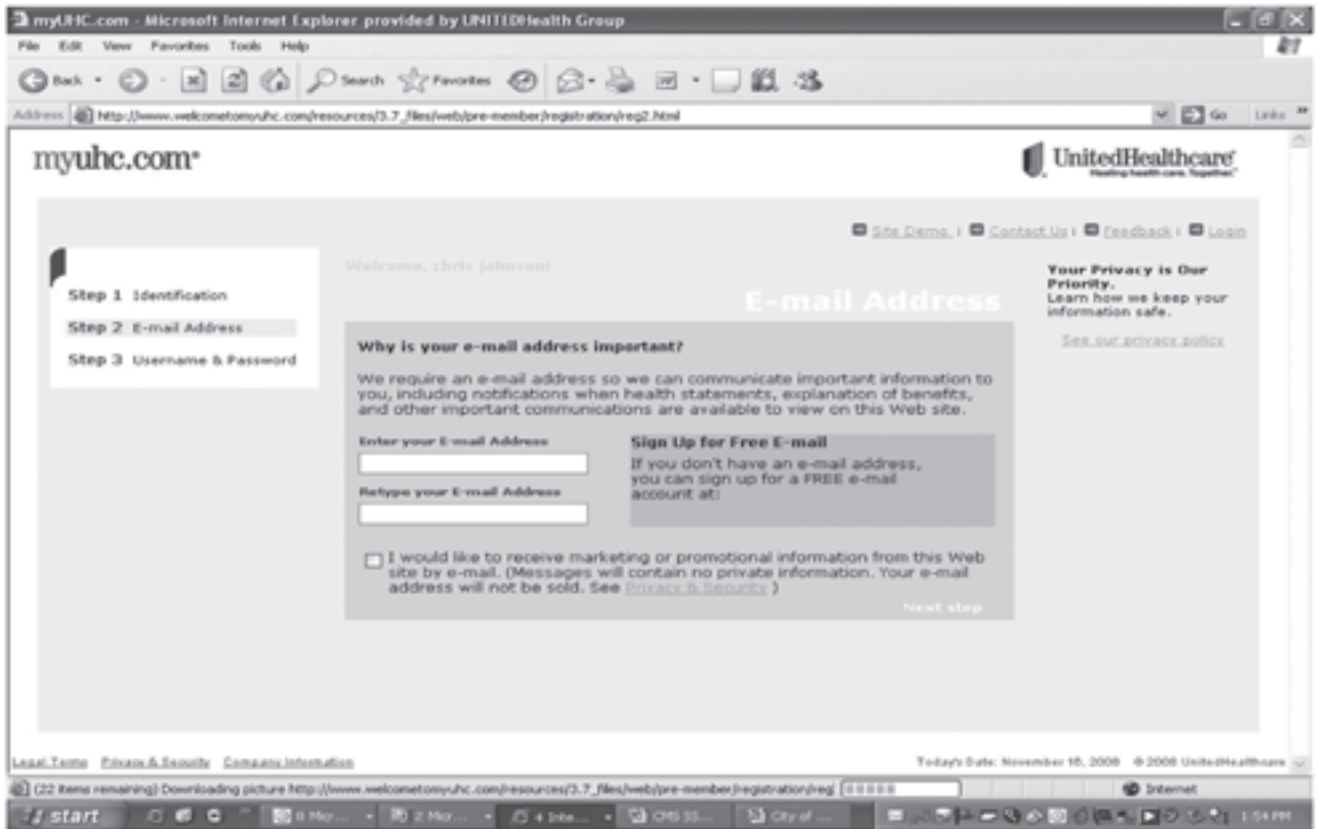
Para sacar el máximo provecho de su cobertura farmacéutica, usted debería utilizar una farmacia adherida. Nuestra red abarca más de 60,000 farmacias minoristas, incluyendo tanto a cadenas como a tiendas independientes ubicadas en todo el territorio de los Estados Unidos. Hacer preparar sus recetas en farmacias fuera de nuestra red incrementará sus costos.

Para encontrar las farmacias minoristas adheridas cerca suyo, visite nuestro sitio web www.myuhc.com o llame en forma gratuita al número de Atención al Cliente en su tarjeta de identificación para usar el localizador de farmacias activado por voz.

Haga preparar sus recetas en una farmacia minorista adherida

Simplemente muestre su tarjeta de identificación al farmacéutico. Su farmacéutico le dirá cuánto debe por la receta.

Cómo registrarse en www.myuhc.com



Descripción general de planes odontológicos

UnitedHealthcare es nuestro prestador para las ofertas de planes dentales para el año 2010. Sus opciones para los planes odontológicos incluyen el Dental HMO, que provee beneficios dentro de la red exclusivamente, y el Plan PPO (Indemnity) que le permite elegir su prestador. A continuación se muestra la lista de honorarios:

Características del plan	UnitedHealthcare PPO		UnitedHealthcare DHMO
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red únicamente
Deducible por año calendario • Individuo • Familia		\$50 \$150	\$0 \$0
Máximo • Año calendario • Odontológico de por vida		\$1,000 por persona N/A	\$0 *****
Visitas y exámenes • Visita al consultorio • Examen oral • Rayos X	Usted paga 0%	Usted paga cualquier cargo que exceda el monto permitido*	Visita al consultorio: \$5 Examen oral: \$0 Rayos X: \$0
Servicios básicos • Empastes • Servicios generales • Espaciadores	Usted paga 20%	Usted paga 20% y cualquier cargo que exceda el monto permitido*	Los copagos varían según el servicio de acuerdo con la Lista de cargos para el paciente*
Servicios mayores • Coronas • Dentaduras postizas/ puentes	Usted paga 50%	Usted paga 50% y cualquier cargo que exceda el monto permitido*	Los copagos varían según el servicio de acuerdo con la Lista de cargos para el paciente*
Servicios de ortodoncia	No están cubiertos	No están cubiertos	Los copagos varían según el servicio de acuerdo con la Lista de cargos para el paciente*

**El porcentaje de los beneficios aplica a la lista de cargos máximos permitidos. Los cargos máximos permitidos son limitaciones sobre los cargos facturados en el área geográfica en la cual se generó el gasto.

Aranceles mensuales por servicios odontológicos para empleados activos para el año 2010

	Indemnización Dental	Dental HMO
Miembro solamente	\$24.37	\$7.97
Miembro + cónyuge	\$48.76	\$14.68
Miembro + Hijo(s)	\$49.73	\$14.76
Miembro + familia	\$74.13	\$20.75

Información sobre Dental PPO

UnitedHealthcare

plan odontológico

Opciones Voluntarias PPO / servicios odontológicos cubiertos para la CIUDAD DE DALLAS

Opción personalizada p5527

SIN ORTODONCIA			
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	
Deducible anual individual por año calendario	\$50	\$50	
Deducible anual familiar por año calendario	\$150	\$150	
Máximo (la suma de todos los beneficios dentro y fuera de la red no excederá el máximo anual)	\$1000 por persona por calendario	\$1000 por persona por calendario	
Período de carencia de nuevos inscriptos:	Fuera de la red: 12 meses Mayor		Fuera de la red: 12 meses Mayor
El deducible anual se aplica a servicios de prevención y diagnóstico			No

SERVICIOS CUBIERTOS	EL PLAN DE LA RED PAGA*		EL PLAN FUERA DE LA RED PAGA**	LINEAMIENTOS DE BENEFICIOS
	LA RED	PAGA*	DE LA RED PAGA**	
PREVENTIVOS Y DIAGNÓSTICOS				
Evaluaciones orales (Diagnóstico)	100%	100%	100%	Cubierto como un beneficio separado solamente si no se realizó ningún otro servicio durante la visita, con excepción de Rayos X. Limitado a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
Rayos X (Diagnóstico)	100%	100%	100%	Placa de Rayos X con placa de mordida: Limitado a 1 serie de películas por año calendario. Serie Completa / Panorámica o Panorex: Limitado a una vez cada 36 meses consecutivos.
Laboratorio y otros análisis para diagnóstico	100%	100%	100%	
Profilaxis (Preventivo)	100%	100%	100%	Limitado a 2 veces cada 12 meses consecutivos.
Tratamiento con fluoruro (Preventivo)	100%	100%	100%	Limitado a personas cubiertas menores de 16 años y limitado a 2 veces cada 12 meses consecutivos. El tratamiento debería hacerse conjuntamente con profilaxis dental.
Selladores	100%	100%	100%	Limitado a personas cubiertas menores de 16 años y una vez para el primer o segundo molar permanente cada 36 meses consecutivos.
SERVICIOS BÁSICOS				
Restauraciones (amalgamas y con base de resina solamente)	80%	80%	80%	Las restauraciones múltiples sobre una superficie serán tratadas como un solo empaste. Composite dental: para dientes anteriores solamente.
Servicios Generales (Tratamiento de emergencias y Anestesia)	80%	80%	80%	Cubierto como un beneficio separado solamente si no se realizó ningún otro servicio durante la visita, con excepción de Rayos X. Anestesia general: cuando sea necesaria clínicamente.
Espaciadores	80%	80%	80%	Limitado a personas cubiertas menores de 16 años, una vez en la vida. El beneficio incluye todos los ajustes dentro de los 6 meses de colocación.
Extracciones simples	50%	50%	50%	
Cirugía oral (incluye extracciones quirúrgicas)	50%	50%	50%	
Periodoncia	50%	50%	50%	Cirugía periodontal: Limitado a una vez cada 36 meses consecutivos por área de cirugía. Pulido radicular: Limitado a una vez por cuadrante cada 24 meses consecutivos. Mantenimiento periodontal: Limitado a 2 veces por cada periodo de 12 meses consecutivos siguientes a una terapia periodontal activa y complementaria, dentro de los 24 meses previos, excluyendo desbridamiento del tejido macroscópico.
Endoncia	50%	50%	50%	
SERVICIOS MAYORES				
Incrustaciones / "Onlays" / Coronas	50%	50%	50%	Limitado a una vez por diente cada 60 meses consecutivos. Cubierto solamente cuando el diente no puede ser restaurado con empastes de plata.
Dentaduras postizas y otras prótesis removibles	50%	50%	50%	Una vez cada 60 meses. No hay descuentos adicionales para sobredentaduras o dentaduras postizas personalizadas.
Prótesis fijas	50%	50%	50%	Limitado a una vez por diente cada 60 meses consecutivos. Cubierto solamente cuando el diente no se puede restaurar con un empaste (se pueden aplicar beneficios alternativos para una dentadura postiza parcial)

*El porcentaje de beneficios de la red está basado en el arancel descontado negociado con el prestador.

**El porcentaje del beneficio aplica a la lista de cargos máximos permitidos. Los cargos máximos permitidos son limitaciones sobre los cargos facturados en el área geográfica en la cual se generó el gasto.

Su plan odontológico estipula que cuando existan dos o más tratamientos odontológicos profesionalmente aceptables para una enfermedad dental, su plan basa el reembolso en la alternativa de tratamiento menos costosa. Si usted y su dentista han acordado un tratamiento que es más costoso que el tratamiento sobre el que se basa el beneficio del plan, su desembolso real será: el cargo del procedimiento para el tratamiento sobre el que se basa el beneficio del plan, más la diferencia completa del costo entre el honorario del servicio realmente prestado y el honorario del servicio sobre el que se basa el beneficio del plan.

El material contenido en la tabla anterior tiene el propósito de informar solamente y no es una oferta de cobertura. Por favor, tenga en cuenta que la tabla anterior proporciona solamente una descripción breve y general de la cobertura y no constituye un contrato. Para una lista completa de su cobertura, incluyendo exclusiones y limitaciones relacionadas a su cobertura, por favor remítase a su Certificado de Cobertura o contacte a su administrador de beneficios. Si existieran diferencias entre este resumen de beneficios y su Certificado de Cobertura/administrador de beneficios, regirá la información contenida en el certificado y/o proporcionada por el administrador de beneficios. Todos los términos y condiciones de cobertura están sujetas a las leyes estatales y federales aplicables. Los mandatos del Estado en relación a niveles de beneficios y limitaciones de edad pueden suplantar a las características estipuladas en el diseño del plan.

El Plan Dental Option PPO de UnitedHealthcare es respaldado o provisto por: United HealthCare Insurance Company, Hartford, Connecticut; United HealthCare Insurance Company of New York, Hauppauge, New York; or United HealthCare Services, Inc.

12/04 ©2004 United HealthCare Services, Inc

Limitaciones generales

EXÁMENES ORALES Cubiertos como un beneficio separado solamente si no se realizó ningún otro servicio durante la visita, con excepción de Rayos X. Limitado a 2 veces cada 12 meses consecutivos.

RADIOGRAFIAS DE SERIE COMPLETA O PANORAMICAS (PANOREX) Limitado a una vez cada 36 meses consecutivos.

RADIOGRAFIAS CON PLACA DE MORDIDA Limitado a 1 serie de películas por año calendario.

RADIOGRAFIAS EXTRAORALES Limitado a 2 películas por año calendario.

PROFILAXIS DENTAL Limitado a 2 veces cada 12 meses consecutivos.

MOLDES PARA DIAGNÓSTICO Limitado a una vez cada 24 meses consecutivos.

TRATAMIENTOS CON FLUORURO Limitado a personas cubiertas menores de 16 años y limitado a 2 veces cada 12 meses consecutivos. El tratamiento debería hacerse conjuntamente con profilaxis dental.

SELLADORES Limitado a personas cubiertas menores de 16 años y una vez para el primer o segundo molar permanente cada 36 meses consecutivos.

ESPACIADORES Limitado a personas cubiertas menores de 16 años, una vez en la vida. El beneficio incluye todos los ajustes dentro de los 6 meses de colocación.

RESTAURACIONES DE AMALGAMAS Las restauraciones múltiples sobre una superficie serán tratadas como un solo empaste.

RETENCIÓN CON PERNO Limitado a 2 pernos por diente; no cubierto cuando es adicional a Restauración de Molde.

INCRUSTACIONES Y "ONLAYS" EN ORO Limitado a una vez por diente cada 60 meses consecutivos. Cubierto solamente cuando el diente no puede ser restaurado con empastes de plata.

CORONAS Limitado a una vez por diente cada 60 meses consecutivos. Cubiertas solamente cuando un empaste no puede restaurar el diente.

PERNOS-MUÑÓN Cubierto solamente para dientes que han tenido tratamiento de conducto de la raíz.

EMPASTES SEDANTES Cubierto como un beneficio separado solamente si no se realizó ningún otro servicio durante la visita, con excepción de Rayos X y examen.

REMOCIÓN DE SARRO Y PULIDO RADICULAR Limitado a una vez por cuadrante cada 24 meses consecutivos.

MANTENIMIENTO PERIODONTAL Limitado a 2 veces por cada periodo de 12 meses consecutivos siguientes a una terapia periodontal activa y complementaria, dentro de los 24 meses previos, excluyendo desbridamiento del tejido macroscópico.

DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS Una vez cada 60 meses. No hay descuentos adicionales para sobredentaduras o dentaduras postizas personalizadas.

DENTADURAS POSTIZAS PARCIALES No hay descuentos adicionales por aparatos de fijación de precisión o semi-precisión.

SUSTITUCIÓN DE REVESTIMIENTO DE DENTADURAS POSTIZAS Limitado al revestimiento hecho más de 6 meses después de las inserciones iniciales. Limitado a 1 vez cada 12 meses consecutivos.

REPARACIONES DE DENTADURAS POSTIZAS

COMPLETAS Y PARCIALES,

PUENTES Limitado a reparaciones o ajustes hechos más de 12 meses después de la inserción inicial.

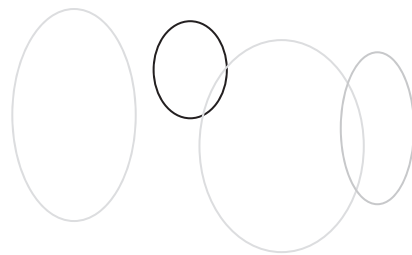
TRATAMIENTO PALIATIVO Cubierto como un beneficio separado solamente si no se realizó ningún otro servicio durante la visita, con excepción de examen y radiografía.

PROTECTOR BUCAL Limitado a un protector cada 36 meses consecutivos. Sólo cubiertos por desgaste habitual.

Exclusiones generales

Los servicios listados a continuación no tienen cobertura:

1. Servicios odontológicos que no son necesarios.
2. Cargos por hospitalización u otros servicios relacionandos.
3. Cualquier procedimiento odontológico realizado solamente por razones cosméticas/estéticas. (Los procedimientos cosméticos son aquellos que mejoran la apariencia física).
4. Cirugía reconstructiva, independientemente de si la cirugía es consecuencia de una enfermedad dental, lesión o anomalía congénita, cuando el propósito primario de la misma es mejorar el funcionamiento fisiológico de la parte del cuerpo involucrada.
5. Cualquier procedimiento odontológico que no esté asociado directamente con una enfermedad dental.
6. Cualquier procedimiento no llevado a cabo en un consultorio dental.
7. Procedimientos que son considerados experimentales, de investigación o que no han sido probados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de Terapia Dental de la Asociación Dental Americana (por sus siglas en ingles ADA). El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no probado sea el único tratamiento para una enfermedad particular no implicará cobertura si el procedimiento es considerado experimental, de investigación o no probado en el tratamiento de esa enfermedad en particular.
8. Los servicios por lesiones o enfermedades cubiertas por la Compensación de Accidentes y Enfermedades Laborales o por las leyes sobre la responsabilidad del empleador y los servicios que son provistos por cualquier municipalidad, condado u otra subdivisión política sin costo para la persona cubierta. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos por Medicaid o Medicare.
9. Los gastos por procedimientos odontológicos que comenzaron con anterioridad a la elegibilidad de la persona cubierta por el plan.
10. Los servicios odontológicos que son cubiertos por la póliza pero que son prestados después de la fecha en que la cobertura del individuo bajo la póliza termina, incluyendo servicios odontológicos por enfermedades dentales que surgieron con anterioridad a la fecha en que la cobertura del individuo bajo la póliza termina.
11. Los servicios prestados por un prestador con la misma residencia legal que la persona cubierta o que es miembro de la familia de la persona cubierta, incluyendo esposa, hermano, hermana, padre, madre o hijo.
12. Los servicios dentales provistos en un país extranjero, a menos que sean requeridos por una emergencia.
13. Reemplazos de coronas, puentes y aparatos prostéticos fijos o removibles insertados con anterioridad a la cobertura del plan, a menos que el paciente haya sido elegible según el plan por 12 meses continuos. Si la pérdida de un diente requiere la adición de un enganche, pónico, y/o pilar(es) dentro de este periodo de 12 meses, el plan es responsable solamente por los procedimientos asociados con la adición.
14. El reemplazo de dientes naturales faltantes perdidos antes del comienzo de la cobertura del plan hasta que el paciente haya sido elegible por 12 meses continuos.
15. El reemplazo de dentaduras postizas completas, fijas y removibles, dentaduras postizas parciales o coronas si el daño o rotura estuvo directamente relacionado con un error del prestador. Este tipo de reemplazos es responsabilidad del dentista. Si el reemplazo es necesario debido a la no conformidad del paciente, el paciente es responsable del costo del reemplazo
16. Procedimientos de restauración de prótesis fijas o removibles para reconstrucción o rehabilitación oral completa.
17. Aparatos de fijación a prótesis removibles convencionales o puentes dentales fijos. Esto incluye aparatos de fijación de precisión o semi-precisión asociados con dentaduras postizas parciales, corona o puente, pilares, dentaduras sobrepuestas completas o parciales, cualquier aparato de fijación interno asociado con una prótesis de implante y cualquier procedimiento de endodoncia optativo relacionado a un diente o raíz involucrado en la construcción de una prótesis de esta naturaleza.
18. Procedimientos relacionados a la reconstrucción de la dimensión vertical de oclusión (por sus siglas en ingles, VDO) correcta de un paciente.
19. La colocación de implantes dentales, pilares soportados con implantes y prótesis {(D6010-D6079) & (D6090-D6194)}. Esto incluye regímenes farmacológicos y materiales de restauración no aceptados por el Consejo de Terapia Dental de la Asociación Dental Americana (por sus siglas en ingles ADA)
20. Colocación de dentaduras postizas parciales fijas (D6210- D6793, D6920) con el único propósito de lograr estabilidad periodontal.
21. La facturación por incisión y drenaje (Código de ADA D7510, D7520) si el diente con absceso involucrado es removido en la misma fecha de servicio.
22. El tratamiento de neoplasmas malignos o benignos, quistes u otras patologías, excepto la remoción por extirpación. El tratamiento de malformaciones congénitas de tejido duro o blando, incluyendo la extirpación. (D7413-D7415, D7440-D7441, D7485-D7490).
23. Acomodamiento de fracturas de huesos faciales y cualquier tratamiento asociado con la dislocación del tejido duro del esqueleto facial (D7610-D7780).
24. Servicios relacionados a la articulación temporomandibular (por sus siglas en ingles, TMJ) ya sea bilateral o unilateral (D7810-D7899) Cirugía de mandíbula superior e inferior (incluyendo la relacionada con la articulación temporomandibular). No se presta cobertura para la cirugía ortognática (D7920-D7949), alineación de mandíbula o tratamiento para la articulación temporomandibular.
25. Acupuntura, acupresión y otras formas de tratamientos alternativos.
26. Drogas / medicamentos, que pueden obtenerse con o sin receta, a menos que sean despachados y utilizados en el consultorio dental durante la visita.
27. Protector bucal utilizado como un ítem de seguridad o para afectar el desempeño, sobre todo en actividades relacionadas con el deporte (D9941).
- 28.
29. Cargos por no cumplir con el turno programado sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
30. Servicios del prestador adherido que pueden ser tratados efectivamente con un procedimiento alternativo clínicamente aceptable menos costoso de acuerdo con los "Estándares de Asistencia" establecidos por el DBP con sus prestadores adheridos. Estos servicios, si son adecuados, serán cubiertos según el procedimiento alternativo clínicamente aceptable menos costoso.



Información sobre Dental PPO

NATIONAL PACIFIC DENTAL
CENTURY SELECT
PLAN SE350

Tabla de Beneficios y Copagos

CDT-5 Code	Descripción de los procedimientos	Copago Miembro	CDT-5	Descripción de los procedimientos	Copago Miembro
	Diagnóstico (00100-00999) Exámenes, Raxos X y análisis relacionados.	Ud. paga \$		Restorative (02000-02999): Continued	
09999	Procedimiento complementario no específico, por informe2 Visita al consultorio (incluye control de infección)	\$5.00	02950	Construcción del muñón, incluyendo pernos	\$40.00
00120	Evaluación oral periódica	No copago	02951	Retención con perno – por diente, además de restauración	\$36.00
00140	Evaluación oral limitada - Enfocada a un problema (emergencia)	No copago	02952	Perno-muñón fundido además de la corona	\$75.00
00150	Evaluación oral integral – Paciente nuevo o establecido	No copago	02953	Cada perno fundido adicional - mismo diente	\$15.00
00160	Evaluación oral detallada y extensa - enfocada a un problema, por informe	No copago	02954	Perno prefabricado y Muñón además de la corona	\$65.00
00170	Re-evaluación – Limitada, enfocada a un problema (paciente establecido, no se trata de visita post operatoria)	No copago	02955	Post-remoción (no junto con terapia de endodoncia)	\$15.00
00180	Evaluación periodontal integral – Paciente nuevo o establecido	No copago	02957	Cada perno prefabricado adicional - mismo diente Endodoncia (03000-03999): Pulp caps; root canals; apical surgery; retrogrades; hemisections and related procedures.	\$16.00
00210	Intraoral – Serie completa (incluye placa de mordida) (Rayos X)	No copago	03110	Funda – Directo (excluye restauración final)	\$12.00
00220	Intraoral – Periapical Primera película (Rayos X)	No copago	03120	Funda – Indirecto (excluye restauración final)	\$3.00
00230	Intraoral – Periapical cada película adicional (Rayos X)	No copago	03220	Pulpotomía terapéutica (excluye restauración final) - Remoción de pulpa coronal a la zona de unión dentinocemental y aplicación de medicamento	\$20.00
00240	Intraoral – Oclusas película (Rayos X)	No copago	03221	Desbridamiento pulpar, diente primario y permanente	No Co-Pay
00250	Extraoral – Primera película (Rayos X)	No copago	03230	Terapia pulpar (empaste resorbable) – diente anterior, primario (excluye restauración final)	\$20.00
00260	Extraoral – cada película adicional (Rayos X)	No copago	03240	Terapia pulpar (empaste resorbable) – diente posterior, primario (excluye restauración final)	\$20.00
00270	Con placa de mordida – película única (Rayos X)	No copago	03310	Terapia de conducto radicular – anterior (excluye restauración final)	\$95.00
00272	Con placa de mordida – dos películas (Rayos X)	No copago	03320	Terapia de conducto radicular – bicúspide (excluye restauración final)	\$150.00
00274	Con placa de mordida – cuatro películas (Rayos X)	No copago	03330	Terapia de conducto radicular – Molar (excluye restauración final)	\$225.00
00277	Con placa de mordida vertical– siete a ocho películas (Rayos X)	No copago	03410	Apicectomía / cirugía periradicular - anterior	\$125.00
00330	Panorámica película (Rayos X)	No copago	03421	Apicectomía / cirugía periradicular – bicúspide (primera raíz)	\$175.00
00415	Recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad	No copago	03425	Apicectomía / cirugía periradicular – molar (primera raíz)	\$185.00
00416	Cultivos virales	No copago	03426	Apicectomía / cirugía periradicular (cada raíz adicional)	\$90.00
00421	Análisis genético de susceptibilidad a enfermedades orales	No copago	03430	Empaste retrograde – por raíz	\$60.00
00425	Análisis de susceptibilidad a la caries	No copago		Periodoncia (04000-04999): Incluye pulido radicular/raspado, cirugía gingival y ósea y procedimientos relacionados; incluye evaluaciones pre-operatorias y post-operatorias y anestesia local; el registro debe ser llevado a cabo en conjunto con estos procedimientos.	
00460	Análisis de vitalidad pulpar	No copago	04210	Gingivectomía o gingivoplastia – cuatro o más dientes contiguos o espacios acotados entre dientes, por cuadrante	\$140.00
00470	Moldes para diagnóstico	No copago	04211	Gingivectomía o gingivoplastia – uno a tres dientes contiguos o espacios acotados entre dientes, por cuadrante	\$94.00
	Preventivo (01000-01999): Profilaxis (limpieza), fluoruro y procedimientos de mantenimiento relacionados.		04240	Procedim. colgajo gingival, incluye pulido radicular - 4 o más dientes contiguos o espacios acotados entre dientes, por cuadr.	\$200.00
01110	Profilaxis - Adulto	No copago	04241	Procedim. colgajo gingival, incluye pulido radicular – uno a 3 dientes contiguos o espacios acotados entre dientes, por cuadrante	\$134.00
01120	Profilaxis - Niño1	No copago	04260	Cirugía ósea (incluyendo la entry y cierre del colgajo) – cuatro o más dientes contiguos o espacios acotados entre dientes, por cuadrante	\$300.00
01201	Aplicación tópica de fluoruro (incluye profilaxis) - Niño1	No copago	04261	Cirugía ósea (incluyendo la entry y cierre del colgajo) – uno a tres más dientes contiguos o espacios acotados entre dientes, por cuadrante	\$200.00
01203	Aplicación tópica de fluoruro (no incluye profilaxis) - Niño1	No copago	04341	Remoción de sarro periodontal y pulido radicular - cuatro o más dientes, por cuadrante	\$50.00
01204	Aplicación tópica de fluoruro (no incluye profilaxis) - Adulto	No copago	04342	Remoción de sarro periodontal y pulido radicular, uno a tres dientes por cuadrante	\$34.00
01205	Aplicación tópica de fluoruro (incluye profilaxis) - Adulto	No copago	04355	Desbridamiento de boca completa para permitir una evaluación y diagnóstico integral	\$40.00
01351	Sellador – por diente1	\$6.00	04910	Mantenimiento periodontal	\$30.00
01510	Espaciador – Fijo - Unilateral	\$55.00		Prosthodontics, Removable (05000-05899): Full and partial dentures; includes fabrication and/or repair of prosthesis and routine post-delivery care.	
01515	Espaciador – Fijo - Bilateral	\$55.00	05110	Dentadura postiza completa - Maxilar	\$300.00
01520	Espaciador – Removable - Unilateral	\$60.00	05120	Dentadura postiza completa - Mandibular	\$300.00
01525	Espaciador – Removable - Bilateral	\$60.00	05130	Dentadura postiza inmediata - Maxilar	\$325.00
01550	Re-cementación de espaciador	\$15.00	05140	Dentadura postiza inmediata - Mandibular	\$325.00
	Restaurativo (02000-02999): Amalgamas, resinas, pernos y coronas indivi Incluye bases, fundas, revestimientos y preparación, contemporización y cementación de restauraciones de moldes y coronas de fundición.		05211	Dentadura postiza parcial maxilar – con base de resina (incluye enganches, soportes y dientes convencionales)	\$320.00
02140	Amalgama – una superficie, primaria o permanente	\$12.00	05212	Dentadura postiza parcial mandibular – con base de resina (incluye enganches, soportes y dientes convencionales)	\$320.00
02150	Amalgama – dos superficies, primaria o permanente	\$15.00	05213	Dentadura postiza parcial maxilar – armazón de metal fundido con base de resina (incluye enganches, soportes y dientes convencionales)	\$350.00
02160	Amalgama – tres superficies, primaria o permanente	\$16.00	05214	Dentadura postiza parcial mandibular – armazón de metal fundido con base de resina (incluye enganches, soportes y dientes convencionales)	\$350.00
02161	Amalgama – cuatro o más superficies, primaria o permanente	\$18.00	05410	Ajuste Dentadura postiza completa - Maxilar	\$10.00
02330	Composite con base de resina – una superficie, anterior	\$15.00	05411	Ajuste Dentadura postiza completa - Mandibular	\$10.00
02331	Composite con base de resina – dos superficies, anterior	\$18.00	05421	Ajuste Dentadura postiza parcial - Maxilar	\$10.00
02332	Composite con base de resina – tres superficies, anterior	\$23.00	05422	Ajuste Dentadura postiza parcial - Mandibular	\$10.00
02335	Composite con base de resina - cuatro o más superficie, o envolviendo al ángulo incisal (anterior)	\$68.00	05510	Reparación rotura de base de dentadura postiza completa	\$29.00
02390	Corona de Composite con base de resina, anterior	\$30.00	05520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos – Dentadura postiza completa (cada diente)	\$22.00
02391	Composite con base de resina – una superficie, posterior	\$50.00			
02392	Composite con base de resina – dos superficies, posterior	\$70.00			
02393	Composite con base de resina – tres superficies, posterior	\$90.00			
02394	Composite con base de resina – cuatro o más superficies, posterior	\$90.00			
02750	Corona – Porcelana fusionada a metal noble alto 3	\$255.00			
02751	Corona – Porcelana fusionada con metal base predominantemente	\$255.00			
02752	Corona – Porcelana fusionada a metal noble3	\$255.00			
02780	Corona - fundición 3/4 de metal noble alto 3	\$255.00			
02781	Corona - fundición 3/4 de metal base predominantemente	\$255.00			
02782	Corona – fundición 3/4 de metal noble 3	\$255.00			
02790	Corona – Fundición completa de metal noble alto3	\$255.00			
02791	Corona – Fundición completa de metal base predominantemente	\$255.00			
02792	Corona – Fundición completa de metal noble3	\$255.00			
02794	Corona - Titanio3	\$255.00			
02910	Re-cemento incrustación, "onlay" o restauración de cobertura parcial	\$15.00			
02915	Re-cemento perno-muñón de fundición o prefabricado	\$15.00			
02920	Re-cemento corona	\$15.00			
02930	Corona de acero inoxidable prefabricada – diente primario1	\$55.00			
02931	Corona de acero inoxidable prefabricada – diente permanente1	\$55.00			
02934	Corona de acero inoxidable con recubrimiento estético - Diente primario2	\$55.00			
02940	Empaste sedante	\$10.00			

LLame al NPD para lo todos referente a los cuidados especiales a 800-232-0990

NATIONAL PACIFIC DENTAL
CENTURY SELECT
PLAN SE350

Tabla de Beneficios y Copagos

CDT-5 Code	Descripción de los procedimientos	Copago Miembro	CDT-5 Code	Descripción de los procedimientos	Copago Miembro
Prostodoncia, removibles (05000-05899): Continuación			Cirugía oral (07000-07999): Extracciones quirúrgicas y no quirúrgicas y procedimientos relacionados, incluye evaluaciones pre y post-operatorias Y tratamiento bajo anestesia local.		
05610	Reparación de base de resina de dentadura postiza parcial	\$30.00			
05620	Reparación de armazón fundido (dentadura postiza parcial)	\$30.00			
05630	Reparación o reemplazo de enganche roto (dent. postiza parcial)	\$30.00	07111	Extracción, remanentes de corona – diente decidual	\$15.00
05640	Reemplazo de diente roto (dentadura postiza parcial) – por diente	\$30.00	07140	Extracción, diente brotado o raíz expuesta (elevación y/o remoción de fórceps)	\$15.00
05650	Adición de diente a dentadura postiza parcial existente	\$30.00	07210	Remoción quirúrgica de diente brotado que requiere elevación del colgajo mucoperiosteico y remoción de hueso y/o sección del diente	\$25.00
05660	Adición de enganche a dentadura postiza parcial existente	\$45.00	07220	Remoción de diente impactado – tejido blando	\$50.00
05670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico al armazón de metal fundido parcial (maxilar)	\$288.00	07230	Remoción de diente impactado – parcialmente óseo	\$65.00
05671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico al armazón de metal fundido parcial (mandibular)	\$288.00	07240	Remoción de diente impactado – completamente óseo	\$110.00
05710	Reemplazo de base de dentadura postiza maxilar completa	\$100.00	07241	Remoción de diente impactado – completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$110.00
05711	Reemplazo de base de dentadura postiza mandibular completa	\$100.00	07250	Remoción quirúrgica de raíces dentales residuales (procedim. de corte)	\$40.00
05720	Reemplazo de base de dentadura postiza maxilar parcial	\$100.00	07270	Reimplante de diente y/o estabilización de diente evulsado o desplazado en forma accidental	\$65.00
05721	Reemplazo de base de dentadura postiza mandibular parcial	\$100.00	07280	Acceso quirúrgico de un diente no brotado	\$65.00
05730	Sustitución revestim. dent. postiza maxilar completa (Chairside)	\$60.00	07310	Alveoplastia junto con extracción - por cuadrante	\$45.00
05731	Sustitución revestim. dent. postiza mandibular completa (Chairside)	\$60.00	07311	Alveoplastia junto con extracciones - uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$30.00
05740	Sustitución revestim. dent. postiza maxilar parcial (Chairside)	\$60.00	07320	Alveoplastia no realizada junto con extracciones - por cuadrante	\$60.00
05741	Sustitución revestim. dent. postiza mandibular parcial (Chairside)	\$60.00	07321	Alveoplastia no realizada junto con extracciones - uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$40.00
05750	Sustitución revestim. dent. postiza maxilar completa (Lab.)	\$95.00	07510	Incisión y drenaje de Absceso – tejido blando intraoral	\$35.00
05751	Sustitución revestim. dent. postiza mandibular completa (Lab.)	\$95.00	07520	Incisión y drenaje de Absceso – tejido blando extraoral	\$35.00
05760	Sustitución revestim. dent. postiza maxilar parcial (Laboratorio)	\$95.00	07910	Sutura de herida pequeña reciente de hasta 5 cm	No Co-Pay
05761	Sustitución revestim. dent. postiza mandibular parcial (Lab.)	\$95.00	07960	Frenilectomía (frenectomía o frenotomía) – procedimiento separado	\$60.00
05820	Dentadura postiza parcial (maxilar) provisoria	\$110.00	Ortodoncia (08000-08999): Tratamiento de ortodoncia, procedimientos relacionados para mejorar una disfunción craneofacial y/o una deformidad dentofacial de un paciente.		
05821	Dentadura postiza parcial (mandibular) provisoria	\$110.00	08050	Tratamiento de ortodoncia interceptiva para la dentición primaria (Fase 1) ⁴	Up To \$1,300.00
05850	Acondicionamiento de tejido (maxilar)	\$30.00	08060	Tratamiento de ortodoncia interceptiva (dentición primaria/transitoria) (Fase 1) ⁴	Up To \$1,300.00
05851	Acondicionamiento de tejido (mandibular)	\$30.00	08070	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición transicional (caso de 24 meses)	\$2,400.00
Prostodoncia, Fijas (06200-06999): Pilares, pñnticos y procedimientos relacionados. Incluye diagnósticos/modelos, preparación, contemporización, fabricación y cementación de restauración final.			08080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición del adolescente (caso de 24 meses)	\$2,400.00
06210	Pñntico – Fundición de metal noble alto ³	\$255.00	08090	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición del adulto (caso de 24 meses)	\$2,600.00
06211	Pñntico – Fundición de metal base predominantemente	\$255.00	08210	Terapia de aparato removible	\$560.00
06212	Pñntico – Fundición de metal noble ³	\$255.00	08220	Terapia de aparato fijo	\$560.00
06214	Pñntico - Titanio ³	\$255.00	08660	(consulta de ortodoncia)	\$150.00
06240	Pñntico – Porcelana fusionada a metal noble alto ³	\$255.00	08670	Tratamiento periódico de ortodoncia (junto con tratamiento de ortodoncia integral)	No Co-Pay
06241	Pñntico – Porcelana fusionada con metal base predominantemente	\$255.00	08680	Retención de ortodoncia – por arco (remoción de aparatos, construcción y colocación de retenedor(es))	\$95.00
06242	Pñntico – Porcelana fusionada a metal noble ³	\$255.00	08699	Procedimiento de ortodoncia no específico, por informe ² - estudio diagnóstico	\$250.00
06250	Pñntico – Resina con metal noble alto ³	\$255.00		Corrector dental transparente Premium (por arco)	\$200.00
06251	Pñntico – Resina con metal base predominantemente	\$255.00	Servicios generales complementarios (09110-09999):		
06252	Pñntico – Resina con metal noble ³	\$255.00	09110	Tratamiento paliativo (emergencia) de dolor dental – procedimiento menor	No Co-Pay
06720	Corona – Resina con metal noble alto ³	\$255.00	09211	Anestesia Regional	No Co-Pay
06721	Corona – Resina con metal base predominantemente	\$255.00	09212	Anestesia por medio del bloqueo sensorial la división del nervio trigémino	No Co-Pay
06722	Corona – Resina con metal noble ³	\$255.00	09215	Anestesia local	No Co-Pay
06750	Corona – Porcelana fusionada a metal noble alto ³	\$255.00	09230	Analgesia, Anxiolysis, inhalación de óxido nitroso	\$10.00
06751	Corona – Porcelana fusionada con metal base predominantemente	\$255.00	09310	Consultas (servicio de diagnóstico provisto por un dentista o médico que no sea el profesional que provee el tratamiento)	No Co-Pay
06752	Corona – Porcelana fusionada a metal noble ³	\$255.00	09440	Visita a consultorio después del horario regular programado	\$35.00
06780	Corona - fundición 3/4 de metal noble alto ³	\$250.00	09450	Presentación de caso, planificación tratam. en forma detallada y extensa	No Co-Pay
06781	Corona - fundición 3/4 de metal base predominantemente	\$250.00			
06782	Corona – fundición 3/4 de metal noble ³	\$250.00			
06790	Corona – Fundición completa de metal noble alto ³	\$255.00			
06791	Corona – Fundición completa de metal base predominantemente	\$255.00			
06792	Corona – Fundición completa de metal noble ³	\$255.00			
06794	Corona - Titanio ³	\$255.00			
06930	Recementación de dentadura postiza parcial fija	\$10.00			
06940	Liberador de tensión	\$40.00			
06970	Perno-muñon de fundición + retenedor de dentadura postiza parcial fija	\$70.00			
06972	Perno-muñon prefabricado además de retenedor de dentadura postiza parcial fija	\$70.00			
06973	Construcción del muñon para retenedor, incluyendo pernos	\$40.00			
06980	Reparación de dentadura postiza parcial fija, por informe	\$45.00			

1 Para niños de hasta 14 años solamente

2 Aparte de estos procedimientos listados, ningún otro procedimiento no especificado tiene cobertura

3 No incluye el costo del metal noble, metal noble alto o titanio

4 Sin exceder el monto listado en la columna de co-pago; puede ser menos que el monto listado

Para que sean cubiertos, todos los servicios y procedimientos deben ser considerados necesarios para su salud dental por su dentista de atención primaria.

Los procedimientos mencionados son llevados a cabo medida que son necesarios y considerados necesarios por el panel dentista que lo atiende – sujetos a las limitaciones y exclusiones aplicables y a las políticas administrativas que rigen el programa. Por favor remítase a estas secciones para mayor clarificación de los beneficios. (Ver limitaciones y exclusiones)

Descripción general de planes oftalmológicos

Beneficios / Servicio	Prestador dentro de la red UHC	Fuera de la red Reembolso
Examen integral (cada 12 meses)	Copago de \$10.00	\$40.00
Materiales	Copago de \$25.00	N/A
Lentes (cada 12 meses) <i>Capa estándar resistente a rayaduras</i>	Copago de \$25.00	Unifocales \$40.00 Bifocales \$60.00 Trifocales \$80.00 Lenticulares \$80.00
Armazones (cada 24 meses)	Asignación de \$50.00 mayorista Asignación de \$130.00 por armazón minorista	\$45.00
Lentes de Contacto (cada 12 meses) Nota: Cobertura total de lentes de contacto en lugar de gafas. El beneficio de cobertura total de lentes de contacto en los prestadores de la red incluye la adecuación/ evaluación, las lentes de contacto y dos visitas de seguimiento (después copago de \$25). Para aquellos que elijan lentes descartables, hasta 4 cajas están incluidas cuando las mismas se obtengan de un prestador de la red.	Asignación de \$105.00	Optativo \$105.00 Necesario \$210.00
Beneficios de Laser Vision	UHC se ha asociado con la Red de Laser Vision de America (por sus siglas en ingles LVNA) para brindar a los miembros acceso a proveedores de corrección con láser con descuento, llamando al 877-28-SIGHT.	N/A

Es importante que recuerde lo siguiente:

*Los beneficios están disponibles cada 12 a 24 meses (dependiendo de la frecuencia del beneficio), basado en la última fecha de servicio.

*Su asignación de \$105 para lentes de contacto se aplica a los honorarios de adecuación/evaluación así como a la compra de las lentes de contacto. Por ejemplo, si el honorario por la adecuación/evaluación es de \$30, usted tendrá \$75 para la compra de las lentes de contacto. El monto de la asignación puede dividirse en algunas cadenas minoristas entre el médico examinador y el negocio óptico. Si usted elige lentes de contacto descartables, podrá recibir hasta 4 cajas de lentes de contacto descartables (dependiendo de la receta). Lentes de contacto tóricas, permeables al gas y bifocales son todos ejemplos que están fuera de nuestra selección de cobertura total.

* Reembolsos fuera de la red: Los recibos por servicios y materiales comprados en diferentes fechas deben ser remitidos juntos en el mismo momento para recibir el reembolso. Los recibos deben ser remitidos antes de transcurridos 12 meses de la fecha de servicio a la siguiente dirección: UHC Vision ATTN: Claim Dept. PO BOX 30978 Salt Lake City, UT 84130

Aranceles mensuales por servicios oftalmológicos para empleados activos para el año 2010

	Oftalmología
Miembro solamente	\$5.64
Miembro + cónyuge	\$10.29
Miembro + hijo(s)	\$10.81
Miembro + familia	\$16.63

FSA

Cuentas de gastos flexibles (por sus siglas en inglés, FSA)

Las cuentas de gastos flexibles (por sus siglas en inglés, FSA) ofrecen una opción libre de impuestos para reservar dinero para ciertos gastos predecibles de salud y de cuidado de las personas a su cargo. Si usted tiene gastos elegibles, una cuenta FSA de atención para la salud y/o para cuidado de las personas a su cargo puede ser un agregado útil a su paquete de beneficios. Cualquier dinero que no use durante el año se perderá, por lo tanto es importante calcular cuidadosamente sus gastos.

Cómo funcionan las cuentas FSA

Cada período de pago, usted hace una contribución antes del cálculo de los impuestos a su cuenta FSA de atención de salud y/o cuidado de las personas a su cargo.

Para que el uso de sus cuentas FSA sea aún más fácil, usted recibirá una MasterCard, que funciona como una tarjeta de débito una vez que usted se inscribe. Cuando la utilice pagar servicios a un prestador que acepte tarjetas de crédito, el cargo será automáticamente debitado de su cuenta FSA, haciendo que su reclamo sea menos burocrático y más conveniente para usted. Cuando usted use su tarjeta de débito, nuestro administrador de cuentas FSA (UHC), puede requerir que usted envíe sus recibos para verificar que sus compras sean gastos elegibles. ¡Asegúrese de conservar sus recibos! Si el prestador no acepta tarjetas de débito, usted debe presentar un reclamo impreso (con los recibos) para recibir el reembolso.

FSA de atención de salud

Esta cuenta le ayuda a pagar gastos de atención de salud elegibles que no están cubiertos por su plan de salud. Usted puede solicitar el reembolso de gastos realizados por usted, su cónyuge y sus hijos - incluso si no están inscritos en el programa de beneficios de la Ciudad. La contribución anual máxima a su FSA de atención de salud es de \$5,000.

Los siguientes son ejemplos de gastos elegibles:

- Copagos médicos, deducibles y coseguros.
- Ciertos gastos no cubiertos por el seguro
- Drogas de venta libre, tales como aspirinas o antiácidos (para un listado completo, ver la publicación 502 del IRS)
- Desembolsos de su propio bolsillo por gastos de odontología, incluyendo ortodoncia

Las cuentas FSA de la Ciudad son administradas por UHC. Para más detalles sobre los gastos cubiertos, consulte www.myuhc.com

FSA de cuidado de las personas a su cargo

Esta cuenta le permite designar un monto de dinero libre de impuestos para pagar el costo de cuidado de los hijos, lo cual le permite a usted y a su cónyuge trabajar o estudiar. Usted puede reclamar gastos elegibles de cuidado de personas a su cargo para un hijo menor de 13 años a quien usted declara como persona a cargo en su declaración fiscal. La contribución anual máxima para su cuenta de FSA de cuidado de personas a su cargo es \$5,000 (\$2,500 cada uno si ambos están empleados por la Ciudad de Dallas y casados declarando impuestos por separado).

Los siguientes son ejemplos de gastos elegibles:

- Cuidado de persona a cargo en su hogar o en el hogar de otra persona
- Gastos de guardería con licencia

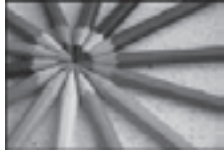
Recuerde que la cuenta FSA para cuidado personas a su cargo es solamente para CUIDADO DURANTE EL DÍA de personas a su cargo

Úsela, ¡no la pierda!

La Ciudad ha hecho todavía más fácil que usted saque provecho de las cuentas FSA, adoptando el periodo de gracia extendido del IRS. Esto le da 2 meses adicionales a partir del cierre del año del plan. Esto significa que usted tiene hasta el 15 de marzo del año 2011 para utilizar los fondos.

Los fondos que queden en sus cuentas FSA al finalizar el periodo de gracia se perderán, de acuerdo con las regulaciones del IRS. Para poder utilizar el dinero sobrante del año de plan previo, deberá presentar una solicitud por escrito antes del 31 de marzo de 2011.

Planilla de cuenta FSA para atención de salud



Utilice esta planilla para determinar el monto de contribución a su cuenta FSA para atención de salud. Puede serle útil revisar recibos de gastos de atención de salud del año pasado que usted pagó de su bolsillo. Usando estos recibos y la planilla, estime el monto que usted quiere elegir para la cuenta FSA para atención de salud. Solamente presupueste aquellos gastos que califican para ser reembolsables según la cuenta FSA para atención de salud. Recuerde, los gastos elegibles incluyen sus gastos propios, los de su cónyuge y los de las personas a su cargo.

Deducible	
Médicos, odontológicos, oftalmológicos	\$
Copagos/coseguros	
El monto no pagado por la cobertura de su plan de salud	\$
Montos pagados sobre los límites del plan	
Por sobre las asignaciones típicas y razonables	\$
Otros gastos	
Drogas recetadas	\$
Atención oftalmológica	\$
Atención odontológica/de ortodoncia	\$
Tratamientos/Terapias	\$
Honorarios/Servicios	\$
Equipo médico	\$
Asistencia para personas discapacitadas	\$
Otros gastos elegibles	\$
Total desembolso por gastos de atención de salud \$	

El total debería darle una idea aproximada sobre el monto a colocar en su cuenta FSA para atención de salud. Considere otros factores que afectarán su desembolso por gastos de atención de salud durante el año de plan venidero, ajuste el monto si es necesario y haga su elección.

Nota: No es necesario que complete y entregue este formulario. Esta es solamente una herramienta para ayudarlo a determinar cuánto contribuir.

Seguro de vida

Una de las cosas más importantes sobre el seguro de vida es la tranquilidad que les brinda a sus seres queridos en relación a temas financieros. UnitedHealthcare Specialty Benefits, una compañía de UnitedHealth Group® le ofrece cobertura de seguro de vida que le permite encargarse de otras personas en el caso de su muerte. Seleccione entre las siguientes opciones de cobertura:

- **Seguro de vida básico:** La cobertura básica de seguro de vida a término de \$50,000 está disponible sin costo para empleados de tiempo completo elegibles. No es necesaria ninguna acción de inscripción para los empleados de tiempo completo. Los empleados de tiempo parcial deben contactar al Centro de Servicios de Beneficios para inscribirse y deben pagar la mitad del costo.
- **Seguro de vida complementario:** Incluye opciones de cobertura de hasta tres veces el salario anual base de un empleado, no pudiendo exceder \$500,000. El costo de este producto aumenta a medida que usted envejece. Los nuevos empleados pueden elegir uno, dos o tres veces su salario anual.
Los empleados que actualmente están inscritos en el seguro de vida complementario solamente pueden aumentar su cobertura por un incremento durante la inscripción abierta. Por ejemplo: Un empleado que actualmente tiene cobertura equivalente a una vez el monto de su salario anual, podrá aumentar su cobertura a solamente dos veces su salario anual. Si usted no acepta la cobertura inicialmente, no se le requerirá que provea evidencia de elegibilidad para ser asegurado si desea inscribirse en una fecha posterior.
- **Seguro de vida para personas a cargo:** Usted puede comprar cobertura de seguro de vida a término para un grupo de personas a su cargo. Si usted no acepta la cobertura inicialmente, no se le requerirá que provea evidencia de elegibilidad para ser asegurado si desea inscribirse en una fecha posterior. Un empleado no puede estar asegurado como empleado y como persona a cargo. Un hijo no puede estar asegurado por más de un empleado.
- **Muerte y desmembramiento accidental:** Usted puede comprar una protección contra accidentes con cobertura de 24 horas. Se ofrecen planes individuales y familiares. Un empleado no puede estar asegurado como empleado y como persona a cargo. Un hijo no puede estar asegurado por más de un empleado.
- Puede encontrar los **Formularios de designación de beneficiarios** en http://www.cod/HumanResources/pdf/UHC_BeneficiaryDesignationForm.pdf

Servicio de asistencia para viajes y servicios de preparación de testamento y fideicomisos

Estos programas de valor agregado están disponibles en forma automática para todos los miembros inscritos en el programa de seguro de vida para empleados a través de UnitedHealthcare Specialty Benefits. El uso de estos programas es sin cargo. Los servicios de asistencia para viajes y de preparación de testamento y fideicomisos lo ayudan a usted y a su familia a prepararse para la vida anticipándose a crisis, preparándose para emergencias o simplemente ganando tranquilidad en caso de que ocurra lo imprevisto. A continuación se incluye una breve descripción de cada programa: Puede encontrar información detallada sobre los servicios, incluyendo instrucciones para acceder a los sitios web, en el sitio de la Ciudad de Dallas en Internet.

Servicios de asistencia para viajes

Proporciona asistencia médica y de transporte en una emergencia durante un viaje para empleados que están de viaje lejos de su hogar o la oficina.

- Asistencia a viajeros dentro y fuera del país con una variedad de servicios de emergencia relacionados a viajes, tales como asistencia médica, transporte de emergencia e información previa al viaje.
- Acceso al centro de servicio al cliente de Asistencia para Viajes, a través del número gratuito o de llamada de cobro revertido o a través de Internet, disponible 24/7 desde cualquier lugar del mundo.
- Cubre hasta 90 días para un viaje dado, cuando se viaja a más de 100 millas de distancia del hogar u oficina. Para mayor información, revise el folleto de Servicios de Asistencia para Viajes adjunto. Para acceder a estos servicios, visite www.oncallinternational.com/UHC-24-7travelassist o llame al 1-866-509-7709.

Servicios de preparación de testamento y fideicomisos

Asiste a los empleados y familias con información, formularios y herramientas de planificación patrimonial.

- Acceso a información sobre planificación patrimonial, incluyendo artículos, formularios y calculadoras financieras.
- Herramienta de preparación de testamento de autoservicio en línea.
- Asistencia en línea o telefónica para preparación de documentos de testamento y fideicomisos, a precios con descuento.

Para mayor información, revise el folleto de Servicios de preparación de testamento y fideicomisos adjunto. Para acceder a estos servicios, visite www.CLCmembers.com.

Aranceles mensuales por seguro de vida para empleados activos para 2010

Seguro de vida básico: No contributivo

Se ofrece un seguro de vida básico para empleados elegibles por un monto de \$50,000. No tiene costo para los empleados de tiempo completo. Los empleados permanentes de tiempo parcial deben pagar el 50% del costo.

Seguro de vida complementario: Contributivo

El monto de seguro de vida complementario que puede ser adquirido es hasta tres veces el sueldo de un empleado, con un máximo de \$500,000. En ningún caso el monto combinado de seguro de vida básico y complementario excederá los \$550,000. Los aranceles, según la edad, son los siguientes

Aranceles de seguro de vida complementario para el año 2010

Edad	Arancel mensual: cada \$1000
<25	\$0.05
25-29	\$0.06
30-34	\$0.06
35-39	\$0.07
40-44	\$0.11
45-49	\$0.19
50-54	\$0.32
55-59	\$0.47
60-64	\$0.68
65-69	\$1.19
70+	\$2.25

Aranceles de seguro de vida para personas a cargo para el año 2010

Arancel mensual:	\$2.85
Monto de cobertura por cónyuge/ pareja de hecho (mismo sexo):	\$15,000
Monto de cobertura por un hijo o hijos:	\$5,000

Aranceles por Muerte y Desmembramiento Accidental (por sus siglas en inglés, AD&D) para el año 2010

Capital - monto de la cobertura	Empleado solamente	Empleado + familia
\$25,000	\$0.45	\$0.68
\$50,000	\$ 0.90	\$1.35
\$75,000	\$1.35	\$2.03
\$100,000	\$1.80	\$2.70
\$125,000	\$2.25	\$3.38
\$150,000	\$2.70	\$4.05
\$175,000	\$3.15	\$4.73
\$200,000	\$3.60	\$5.40
\$225,000	\$4.05	\$6.08
\$250,000	\$4.50	\$6.75

Programa de asistencia para empleados

El programa de asistencia para empleados (EAP) está disponible para todos los empleados y las personas a su cargo elegibles, a través de OptumHealth®, una empresa de UnitedHealth Group®. A través de este programa, usted puede recibir ayuda confidencial y personal para una amplia gama de asuntos, desde preocupaciones diarias hasta problemas serios. Las consultas al asesor de EAP o las derivaciones son sin cargo.

Los beneficios que incluye el EAP son:

- Servicios legales
- Servicios de mediación
- Asistencia financiera y recursos comunitarios
- Asuntos familiares y laborales
- College PayWay®
- Transiciones y
- Online WebNeuro®: Brain Resource Strategies.

Otros servicios del EAP proporcionados por OptumHealth®:

- Ayuda confidencial
- Tres (3) sesiones en persona, sin costo, por miembro del grupo familiar, por asunto, por año calendario, basado en la evaluación del especialista del EAP.
- Contacto telefónico o por Internet con un médico clínico para obtener asesoramiento o para resolver un problema.
- Asesoramiento en persona de un médico clínico con licencia, cercano a su hogar o a su trabajo, especializado en el tema que usted está planteando.
- Intervención y prevención tempranas, para permitirle obtener nuevas perspectivas, habilidades e información.

Para acceder a los servicios del EAP, 24 horas al día, 7 días a la semana:

- Llame al 1-888-887-4114
- Por Internet: www.liveandworkwell.com
Código de acceso: CityofDallas

Compensación diferida

Los empleados tienen la oportunidad de ahorrar para cuando se jubilen a través de contribuciones a uno de los planes con impuestos diferidos 401(k) o 457, o a ambos planes. Usted puede autorizar que se realicen deducciones de su sueldo para asignarlas a uno o más de los fondos mutuos de inversión y otras opciones de inversión. Fidelity Investments mantiene los registros para ambos planes.

Para mayor información consulte en:

- COD Intranet > Benefits > Deferred Compensation
- www.fidelity.com/atwork
- Llame a Fidelity al 1-800-343-800, ó a la Oficina de Compensación Diferida al 214-670-4861 ó 214-670-4954.

Si usted está a tres meses o a tres décadas de jubilarse, el servicio en línea de Fidelity Investments, denominado Fidelity NetBenefits®, puede ayudarlo a prepararse. Es rápido y es fácil. Simplemente regístrese en el momento que usted quiera para acceder a sus cuentas de plan de jubilación 401(k) y 457 y administre su cartera de planes de jubilación. Seguramente, después de un par de visitas al sitio usted ya estará familiarizado con cómo:

- Registrarse y navegar, comenzando por la página de inicio
- Ver el saldo de su cuenta de jubilación
- Acceder a la información de su cuenta y tomar medidas
- Ver su información personal y modificar la forma en que recibe sus resúmenes de cuenta
- Evaluar si está preparado para su jubilación con herramientas robustas de planificación y recursos informativos

Para acceder a NetBenefits®, regístrese en www.fidelity.com/atwork y haga click en "Access My Account" (acceder a mi cuenta). En la página de acceso, ingrese su número de Seguridad Social o su ID de cliente y establezca un número de identificación personal (PIN) de entre seis y 12 caracteres o dígitos. Si necesita asistencia, llame a Fidelity al 1-800-343-800.

Notificaciones legislativas

¿Qué es COBRA?

La Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (por sus siglas en inglés, COBRA) prescribe que todos los empleadores con planes de beneficios de salud, ofrezcan a sus empleados la oportunidad de continuar, temporalmente, con la cobertura del servicio de salud para su grupo familiar dentro del plan del empleador, en aquellos casos en los que la cobertura caducaría debido a una terminación de la relación de trabajo, cesantía o cualquier otro tipo de modificación en la situación de empleo (Denominados “eventos calificantes”).

¿Durante cuánto tiempo debe estar disponible la extensión de la cobertura COBRA?

- Hasta 18 meses en los casos de terminación de la relación de trabajo o de reducción de horas
- Hasta 29 meses para aquellos empleados cuya invalidez haya tenido lugar efectivamente en el transcurso de los primeros 60 días de la cobertura COBRA; y para los miembros no discapacitados a cargo de dicho empleado
- Hasta 36 meses para cónyuges y personas a cargo, en caso de muerte del empleado, divorcio o separación legal.

¿Qué planes pueden incorporarse a COBRA?

Los planes (EMSP) con cuentas de gastos grupales para la cobertura de servicios de salud, oftalmología y odontología se incluyen en COBRA.

¿A qué circunstancias específicas se las considera eventos calificantes?

- Muerte del empleado
- Terminación, voluntaria o no, de la relación de trabajo (salvo por razones de conductas indebidas graves)
- Jubilación
- Reducción de horas de trabajo
- Divorcio o separación legal
- Caducidad de la dependencia (para los casos de niños a cargo)

¿Cuánto le cuesta COBRA para los planes patrocinados por la Ciudad de Dallas?

COBRA	70/30/ PPO	PPO 75/25 con HRA
Miembro solamente	\$154	\$366
Miembro + cónyuge	\$321	\$719
Miembro + hijo(s)	\$291	\$647
Miembro + familia	\$440	\$980

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer en la notificación anual de 1998

¿Sabía que los planes de beneficios, conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, prevé prestaciones de servicios relacionados con la mastectomía? ¿Y que se contempla la reconstrucción de ambos senos para devolverles una apariencia simétrica, las prótesis mamarias y el tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas, incluido el linfedema? Para mayor información, contáctese con el Centro de Servicios de Prestaciones al 1-888-752-9122

Declaración de Derechos en la Ley de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido

Conforme a la ley federal, los planes de salud para grupos familiares, así como los prestadores de seguros de salud que ofrezcan cobertura médica para el grupo familiar, no están autorizados a restringir los beneficios de internación hospitalaria por nacimiento a la madre y al recién nacido, a menos de 48 horas en casos de parto vaginal, ni menos de 96 horas para alumbramientos por cesárea. No obstante, el plan o el prestador, podrá pagar una internación menos prolongada si el profesional de la atención de la salud en funciones (como su médico, enfermera de obstetricia o el médico asistente), tras consultar a la madre, dispone un alta temprana.

Asimismo, conforme a la ley federal, los planes o prestadores no pueden establecer los niveles de beneficios ni los costos de desembolso. El propósito es que una prolongación de la internación, pasadas las 48 horas (o 96 horas), no suponga un tratamiento menos propicio para la madre o el recién nacido que el que se obtuvo durante los días previos. Por otra parte, un plan o un prestador, conforme a la ley federal, no puede pedir a un médico u otro profesional de la atención de la salud, autorización para que disponga de un tiempo de internación de hasta 48 horas (o 96 horas).

Sin embargo, si desea contar con la atención de determinados médicos o instalaciones, a fin de reducir sus costos de desembolso, se le puede exigir una precertificación. Para mayor información acerca de las precertificaciones, contáctese con el Centro de Servicios de Prestaciones al 1-888-752-9122.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos

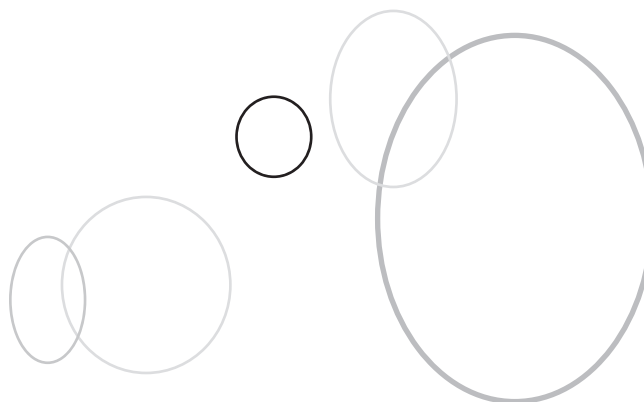
La siguiente notificación describe cómo se podrá usar y revelar la información relativa a su salud y cómo puede tener acceso a dicha información. Por favor, examine la siguiente información detenidamente.

Protegiendo la información personal relativa a su salud

La ciudad de Dallas considera que la información relativa a su salud es personal y de carácter privado. Asumimos el compromiso de proteger la privacidad de la información relativa a su salud y la de los miembros de su familia, que tanto nosotros como los planes de salud que patrocinamos para el beneficio de nuestros empleados, recibamos y conservemos. En esta notificación, se denomina "Información protegida relativa su salud" a la información de carácter médico. La ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médicos de 1996 (por sus siglas en inglés, HIPAA) nos exige:

1. Garantizar la privacidad de la información protegida relativa a su salud
2. Hacerle llegar esta notificación con nuestros deberes legales y prácticas de privacidad en lo concerniente a la información relativa a su salud.
3. Cumplir con los términos de esta notificación, en calidad de términos en vigencia.

Esta notificación entra en vigencia el 14 de abril de 2003, y se aplica a todas las historias clínicas que la Ciudad y nuestros asociados conservan y que hayan llegado mediante los planes de salud. Si Usted tiene cobertura con alguno de los planes de seguro de salud de la Ciudad, es probable que reciba una notificación similar de nuestro asegurador de planes de salud.



ESTATUTO DE MEDICARE COMO PAGADOR SECUNDARIO

RESUMEN

- El estatuto de Medicare como Pagador Secundario (Medicare Secondary Payer - MSP) y reglamentos relacionaos, emitido por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services – CMS), contiene una serie de normas para determinar si Medicare es el pagador primario para una persona que tiene Medicare y otra cobertura de salud (Nota: esto sólo se aplica para cobertura médica).
- El estatuto, que entró en vigencia el 1 de enero de 2009, requiere a todos los empleados, aseguradores y administradores de planes, compartir los datos de elegibilidad de los miembros activos con CMS.
- El intercambio cada vez mayor de datos de elegibilidad reducirá, en última instancia, los errores de coordinación de beneficios, aumentando la efectividad de los procesos y contribuyendo a evitar pagos de intereses innecesarios.

ANTECEDENTES

- Históricamente, los CMS tomaron conciencia de la existencia de cobertura privada a través del acuerdo Voluntary Data Sharing Agreement (VDSA) que tenía con los proveedores. A través del VDSA, UnitedHealthcare y otros planes de salud tienen permitido por ley proporcionar información de elegibilidad a los empleados de sus clientes para CMS.
- El estatuto de MSP, que entró en vigencia el 1 de enero de 2009, convierte el programa anterior para compartir voluntariamente datos sobre elegibilidad, en un requisito obligatorio para todos los empleadores, aseguradoras y administradoras de planes.

LO QUE ESTO SIGNIFICA

- Como parte de la resolución del estatuto de MSP para compartir datos de elegibilidad, CMS requiere que los proveedores proporcionen los Números de Seguridad Social (SSN, por sus siglas en inglés) de los miembros activos, dentro de los siguientes plazos:
- Los números de seguridad social para los beneficiarios actuales, incluyendo nuevos beneficiarios y dependientes con fecha efectiva del 1 de enero de 2009, (o posterior a 1 de enero de 2009), son requeridos por CMS a partir del 1 de enero de 2009 y por lo tanto, deben ser presentados a UnitedHealthcare lo antes posible, para la primera entrega trimestral a CMS.
- Los números de seguridad social para los dependientes que figuran en el registro antes del 31 de diciembre de 2008, son requeridos por CMS a partir del 1 de enero de 2011; sin embargo, deben ser presentados a UnitedHealthcare a la brevedad.
- Conforme al estatuto de MSP, no presentar los datos de elegibilidad y los números de seguridad social según lo especificado anteriormente, puede resultar en que la entidad correspondiente (aseguradoras, terceros administradores, empleadores y/o administradoras de planes) en sanción civil monetaria de hasta \$1,000 (mil dólares) por cada día de incumplimiento, por cada persona para la cual se requiere intercambio de información.

ACCIONES DE UNITEDHEALTHCARE

- UnitedHealthcare está trabajando para garantizar conformidad con el estatuto de MSP.
- Nuestros equipos de Cumplimiento y Asuntos Gubernamentales, Legales y Regulatorios también trabajan directamente con CMS y varias organizaciones de la industria para hacer el seguimiento a este tema y a las novedades relacionadas.

PARA MAYOR INFORMACIÓN

- Para obtener mayor información sobre el programa de Medicare como Pagador Secundario, según Sección 111 de la ley "Act of 2007" (P.L. 110-173), lenguaje reglamentario, visite el sitio: cms.hhs.gov/EmployerServices/03_employervdsa.asp (en inglés)
- No dude en contactar a su representante de UnitedHealthcare si tiene alguna consulta o inquietud.

Resumen legislativo

La ley Federal Mental Health Parity Act (Ley de Igualdad en la salud mental) fue promulgada el 3 de octubre de 2008 (la "Ley 2008") como parte del paquete de reactivación económica recientemente aprobado (Secciones 511 y 512 de HR 1424, PL 110-343). La nueva ley, que enmienda la ley ERISA, el Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code) y la ley de Salud Pública (Public Health Service Act), requiere que los planes asegurados y auto-asegurados brinden "paridad" entre los requisitos financieros y las limitaciones en tratamientos, aplicados a: (a) beneficios para desórdenes por el abuso de sustancias y para salud mental, y (b) beneficios médicos o quirúrgicos.

Este requisito entrará en vigencia para la mayoría de los planes el primer día del año de su plan que empieza o se renueva el 3 de octubre de 2009 o después.

Nuevos requisitos

- La nueva ley no permite requisitos financieros diferentes o más restrictivos para cobertura de salud mental y desorden por abuso de sustancias. Define específicamente los "requisitos financieros" que deben estar en paridad como:
 1. Deducibles
 2. Copagos
 3. Coseguro
 4. Gastos de desembolso
- Sin embargo, un plan puede tener un límite vitalicio total y un límite anual total que se aplica a beneficios de salud mental y médica, y de desórdenes por abuso de sustancias.
- La ley prohíbe que los límites de tratamientos sobre los beneficios de salud mental y desorden por abuso de sustancias sean más restrictivos que los límites sobre beneficios médicos o quirúrgicos. La ley requiere específicamente que las siguientes limitaciones estén en paridad:
 1. Límites sobre la frecuencia del tratamiento
 2. Límites sobre el número de visitas
 3. Límites sobre el número de días de cobertura
 4. Otros límites similares sobre el alcance o duración de la cobertura
- La ley requiere una explicación para una negación de beneficios para tratamiento de salud mental y desorden por abuso de sustancias (si es requerido).
- La ley también requiere cobertura de gastos "fuera de la red" (por sus siglas en inglés, OON) para tratamiento de salud mental y desorden por abuso de sustancias si la cobertura OON está disponible para beneficios médicos o quirúrgicos.
- Los empleadores que impongan límites para beneficios de salud del comportamiento o requisitos para compartir costos, tendrán que revisar las restricciones contra la cobertura de sus beneficios médicos para poder evaluar si cumplen con los requisitos federales de paridad de la Ley 2008, y, de no ser así, para determinar qué ajustes serán necesarios realizar para que el diseño de sus planes logren conformidad con la norma. Esta revisión deberá completarse con anterioridad a la fecha en que entrará en vigencia, antes mencionada.
- Conforme a la nueva ley, los empleadores pueden elegir qué diagnósticos de salud mental y abuso de sustancias quieren cubrir. Los requisitos de paridad se aplicarán a todos los diagnósticos que el empleador elija cubrir (sujeto a las resoluciones legales estatales vigentes; muchos estados actualmente tienen límites sobre diagnósticos específicos, como por ejemplo, autismo). Un empleador puede elegir no cubrir algunos diagnósticos en paridad y otros que no están en paridad.

Quejas y consultas

Si tiene alguna consulta sobre sus derechos de privacidad HIPAA, o si cree que sus derechos han sido violados, puede contactarse con la Ciudad o uno de los representantes de Planes de Salud que se listan a continuación, o puede elevar una queja al Departamento de Salud (Department of Health and Human Services). No será penalizado por presentar una queja.



Beneficios Voluntarios

***No son patrocinados por la Ciudad de Dallas;
disponibles en forma particular***

- Seguro por Incapacidad a corto plazo
- Seguro por Enfermedad grave
- Seguro de Indemnización por hospitalización
- Seguro de Vida universal

La Ciudad de Dallas no patrocina los Beneficios Voluntarios que se publican en las siguientes páginas.

¡Aproveche lo que Colonial Life tiene para ofrecerle!

¡Usted tiene la oportunidad de solicitar productos de seguros personales en Colonial Life! Estos beneficios pueden mejorar su cartera actual de beneficios y pueden personalizarse para que se ajusten a sus necesidades individuales.

Además::

- Tiene disponible cobertura para usted y su familia, en la mayoría de los productos.
- Podrá disfrutar la conveniencia del pago de primas a través de las deducciones en su cheque de nómina.
- Podrá seguir teniendo la mayoría de las coberturas en caso de cambiar de trabajo o jubilarse.

Se le ofrecerán los siguientes planes de seguro durante su inscripción:

Seguro por incapacidad a corto plazo: ayuda a compensar las pérdidas financieras que surgen cuando usted no puede trabajar debido a heridas o enfermedades que están cubiertas.

Seguro por enfermedad grave: complementa su cobertura médica principal al brindarle un monto fijo que puede usar para pagar los costos directos e indirectos, relacionados con una enfermedad grave cubierta, que por lo general pueden ser costosos y prolongados.

Seguro de indemnización por hospitalización: lo ayuda con los elevados costos relacionados a la hospitalización con cobertura o cirugía ambulatoria elegible.

Seguro de vida universal: le permite adaptar la cobertura a sus necesidades individuales y lo ayuda a proporcionar seguridad financiera a sus familiares. Esta póliza trae un anexo de beneficios de asistencia prolongada.

Un asesor de beneficios de Colonial Life le explicará de qué modo estos beneficios pueden protegerlo a usted y a su familia. Sus necesidades de seguros pueden revisarse en tan sólo unos minutos. Con Colonial Life, usted puede seleccionar los beneficios que lo ayuden a satisfacer sus necesidades personales.

Los productos tienen exclusiones y restricciones que pueden afectar los beneficios pagaderos. Para obtener información completa, consulte el resumen de la cobertura.

Los nuevos empleados se pueden inscribir en los productos de Colonial Life mediante de estos pasos:

- Si usted decide solicitar una de las coberturas disponibles de Colonial Life, debe leer el resumen de la cobertura, disponible en el sitio Web del Centro de Atención al Cliente (www.coloniallife.com/callcenter), para información sobre cualquiera de los productos en los que esté interesado, antes de llamar.
- Reúna cualquier información que usted pueda necesitar para inscribirse, tal como nombres de las personas a su cargo, fechas de nacimiento, edades, números de Seguro Social y direcciones.
- Llame al Centro de Llamadas de Inscripción al **888-752-9122**. Un asesor de beneficios le responderá cualquier pregunta que tenga y completará su inscripción por teléfono.

Colonial Life & Accident Insurance Company,
1200 Colonial Life Boulevard, Columbia, SC 29210

Policyholder Services: Phone: 800.325.4368
Website: coloniallife.com

©2009 Colonial Life & Accident Insurance Company.

Los productos de Colonial Life están asegurados por Colonial Life & Accident Insurance Company, cuya marca comercial es Colonial Life.

Colonial LifeSM

Beneficios que merecen su confianza.

Beneficios voluntarios

***No son patrocinados por la Ciudad de Dallas;
disponibles en forma particular***

- Cáncer
- Accidente

En caso de accidente o enfermedad, es reconfortante saber que en Aflac usted tiene un amigo preparado y compasivo. Aflac paga beneficios en efectivo que se pueden utilizar para ayudar a afrontar gastos de bolsillo que no están cubiertos por el seguro médico principal.

Beneficios para pólizas de seguro de cáncer:

- Hospitalización
- Tratamiento experimental
- Radiación y quimioterapia
- Cirugía/Anestesia
- Y ... mucho más

Beneficios para pólizas de seguro por accidentes:

- Tratamiento de emergencia
- Hospitalización
- Fisioterapia
- Muerte accidental
- Y ... mucho más

¡Descubra usted mismo por qué más de 40 millones de personas en el mundo* están acudiendo a Aflac para ayudarlos a tener mayor control y tranquilidad, y por qué usted debería ser una de ellas! Aflac. Nosotros pagamos. Usted decide.

**Estadísticas de la empresa, diciembre de 2008.*

**Para mayor información comuníquese con
Rosalind George
al número 972.480.0109 o
al número gratuito 1.800.992.3522.**



American Family Life Assurance Company of Columbus (Aflac)

Lista de contacto de prestadores

Centro de Servicio para Beneficios de la Ciudad de Dallas (BSC)	1-888-752-9122
Health - UHC	
Planes de PPO y HRA Servicios para Miembros Servicios de Farmacia PPO/HRA Care24 Pagina de Web	1-800-736-1364 1-877-842-6048 1-800-586-6875 www.myuhc.com
Odontología y Oftalmología - UHC	
Servicios oftalmológicos – UnitedHealthcare Pagina de Web Dental HMO – UnitedHealthcare Dental PPO – UnitedHealthcare Pagina de Web	1-800-638-3120 www.myuhcvision.com 1-800-232-0990 1-877-816-3596 www.myuhcdental.com
COBRA – UHC	
Servicios para miembros Pagina de Web	1-866-747-0048 www.uhcservices.com
Seguro de vida – UHC Specialty Benefits	
Servicios para miembros Pagina de Web	1-866-615-8727 www.myuhcspecialtybenefit.com
EAP – OptumHealth	
Servicios para miembros Pagina de Web Access Code	1-888-887-4114 https://www.liveandworkwell.com/public/CityofDallas
Compensación diferida	
(401K and 457 plans) - Fidelity	1-800-343-0860 https://www.mysavingsatwork.com/atwork.htm
Fondo de jubilación de empleados	
Pagina de Web	214-580-7700 www.dallaserf.org
Pensión para Policía y Bomberos de Dallas	
Número llamada gratis Pagina de Web	1-800-638-3861 / 214-638-3863 www.dpfp.org
Wellness Website	http://www.cod/HumanResources/wellaware/wellaware.html
Sitio en Internet de la Ciudad de Dallas	www.dallascityhall.com
Beneficios Voluntarios – Colonial Life	
Servicios para miembros Pagina de Web	1-800-325-4368 www.coloniallife.com
Beneficios Voluntarios – Aflac	
Número sin cargo Pagina de Web	972.480.0109 1.800.992.3522 www.aflac.com

Acerca de esta guía

Esta Guía de inscripción y beneficios para el año 2010 describe, en un lenguaje no técnico, las características esenciales del plan de beneficios de salud (el Plan) de la Ciudad de Dallas. Esta guía ha sido preparada únicamente como referencia. No debe considerarse como un Documento General oficial para el plan de beneficios de salud de la Ciudad de Dallas, incluidos los beneficios odontológicos, oftalmológicos, de vida y voluntarios. Las cláusulas de cobertura del Plan están determinadas únicamente por el Documento General adoptado por el Consejo de la Ciudad de Dallas. Si hubiera alguna diferencia entre lo que usted lee en esta Guía y lo que lee en la SPD (Summary Plan Description –Descripción de los beneficios de los afiliados), regirá el Documento General (Master Plan Document).



Dando valor a sus beneficios.