



Opciones de Seguro Médico.

Asistencia con sus gastos médicos menores.

Beneficios Destacados:

- Consultas al médico hasta por \$10
- Hasta \$1,500 por Servicios Médicos Externos
- De Hasta \$5,000 de Cobertura por Accidentes
- Programa por Recetas Médicas
- EAP CIGNA de 24-HorasSM

Primas Desde Sólo
\$9.⁸⁴ de cada cheque

También Ofrecemos:

- Plan Dental

¡Apresúrese! Ha llegado su oportunidad para inscribirse.

¿Quién es elegible?

Todos los empleados de tiempo completo y parcial que trabajan un mínimo de 20 horas por semana son elegibles desde su fecha de empleo.

¿Cuándo me puedo inscribir?

Dentro de un período de 31 días de elegibilidad, o durante el período de inscripciones Abiertas de la compañía. Es posible que no deba esperar hasta el siguiente período de Inscripciones Abiertas si califica para "Inscripción Especial."

¿Cuándo empieza mi cobertura?

Su cobertura empieza el primer día del mes después de su fecha de elegibilidad. Una vez que su empleador haya aprobado su inscripción, recibirá un Sumario Descriptivo del Plan con sus tarjetas de identificación y formularios de reclamación.

Starbridge Select no es un plan médico mayor.

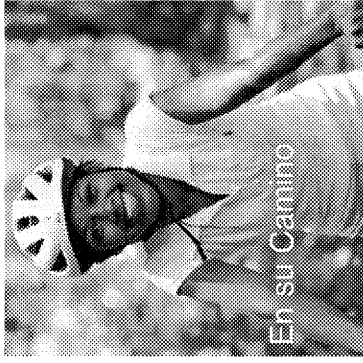
SBC11541.1_2582

STARBRIDGE Select
A CIGNA Health Insurance Plan

un plan médico de beneficios limitados
1-877-552-5015
www.starbridgeselect.com

Paso 1: Escoja un Plan Médico de Beneficios Limitados.

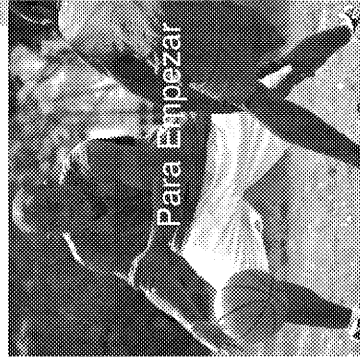
¿Cuál es el mejor plan para usted? Aunque sea soltero o casado, joven o maduro, con o sin hijos, Starbridge Select tiene una cobertura adecuada para usted. Para poder aprovechar de la mejor cobertura disponible, deberá inscribirse en el Plan del Nivel 2. Si el costo es mucho, enseguida hay otro plan del que podrá escoger.



Nivel 2

Desea más cobertura que la del Nivel 1, pero no quiere exceder su presupuesto. Este ofrece beneficios adicionales que ayudan a pagar sus gastos médicos por cirugías menores y maternidad.

- Consultas al Médico por \$10
- Beneficio de \$1,500 para Servicios Externos
- Beneficio de \$3,000 por Hospitalización
- Beneficio por Recetas Médicas de \$300
- Descuentos en Recetas Médicas⁵
- Beneficios de \$1,500 por Cirugía y \$1,500 por Maternidad
- \$5,000 de Cobertura por Accidentes
- Beneficio por Muerte Accidental de \$15,000
- EAP CIGNA de 24-HorasSM
- Servicios por internet
- Red Beech Street



Nivel 1

Usted se siente saludable y sólo necesita ver a un médico de vez en cuando. Sin embargo, desea un plan que le ofrezca una cobertura básica para tener cobertura si es que la necesita.

- Consultas al Médico por \$15
- Beneficio de \$1,000 para Servicios Externos
- Beneficio de \$2,000 por Hospitalización
- Descuentos en Recetas Médicas⁵
- \$2,000 de Cobertura por Accidentes
- Beneficio por Muerte Accidental de \$10,000
- EAP CIGNA de 24-HorasSM
- Servicios por internet
- Red Beech Street

Los beneficios antes mencionados se amparan por la Póliza SBCH-GMP-02. Starbridge Select no es un plan médico mayor.

Paso 2: Escoja el Plan Suplemental.



Plan Dental/Visión*

La clave para lucir una sonrisa sana es el cuidado preventivo de sus dientes antes de que se presenten los problemas.

- Reembolsa los gastos por 45 servicios dentales/deducible de \$25 por año
- Ahorre en exámenes de la visión, aros, lentes y pupilientes

Costo Por Cheque* - Solamente para mí: \$4.25

Para Mí + 1 Dependiente: \$8.20

Familia: \$12.15

El programa de descuentos por visión no es un seguro médico. Las cuotas anteriores incluyen el programa de descuentos por servicios de la Visión. (\$20 empleado solamente, \$50 empleado + 1, \$70 por la familia)

El programa de descuentos por recetas no es un seguro médico.

¿Preguntas? Llame a un Especialista de Beneficios al 1-877-552-5015 • www.starbridgeselect.com

Una vez inscrito, usted además recibirá acceso al programa "Healthy Rewards", un programa de descuentos en costos por servicios de la salud y el bienestar

Usted podrá ahorrar hasta un 60% en membresías para el centro de condición física, programas de manejo del peso, revistas sobre la salud, ¡y mucho más!



Nivel 2 – Costo Por Cheque

Solamente para mí \$18.89
 Para Mí + 1 Dependiente \$46.28
 Familia \$69.89

Nivel 1 – Costo Por Cheque

Solamente para mí \$9.84
 Para Mí + 1 Dependiente \$24.11
 Familia \$36.41

PASO 3: Inscríbase Ahora.

Escoja su Método de Inscripción (seleccione uno)
 Número del Grupo: 2582

- A) **Inscripción por teléfono:** Llame al 1-877-552-5015 para inscribirse. Hay Especialistas en Beneficios que atienden de lunes a viernes de las 5 a.m. a las 6 p.m. MST.
- B) **Inscripción Por Internet:** visite el sitio www.starbridgeselect.com para inscribirse en forma segura y rápidamente desde su computadora personal
- C) **Formulario de Inscripción:** Sólo hay que llenar su formulario de inscripción y entregarlo a su gerente.

Nombre _____ Inicial _____
 Apellido _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo M / F
 #de Seguro Social _____ Fecha de empleo _____ Unidad # _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Escoja sus Planes?

Revise los planes que ha elegido. Los costos reflejan las primas de cada cheque. Una vez inscrito, cambios del nivel de cobertura solamente se podrán hacer anualmente.

- ___ Deseo el Plan del Nivel 2
- ___ Deseo el Plan del Nivel 1
- ___ Deseo el Plan Dental

¿A quién desea cubrir?

Marque sólo uno, aunque haya escogido planes multiples.

- ___ Deseo cobertura solamente para mí
- ___ Deseo cobertura para mí + 1 dependiente
- ___ Deseo cobertura para mi familia

Dependientes

Si necesita más espacio, favor de usar una hoja adicional.

Nombre Completo _____ Género _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre Completo _____ Género _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Beneficiario

La persona que recibirá el beneficio en caso del fallecimiento del asegurado

Nombre Completo _____ Relación a Usted _____

X

Firme Aquí para Inscribirse

Fecha

Autorización: Por medio de esto declaro que me inscribiré en el Plan de Seguro Starbridge Select con los beneficios que se ofrecen bajo las Secciones 79, 105, 106, 125 y sus enmiendas del Código de "Internal Revenue". Acepto que el Plan automáticamente convertirá las deducciones elegibles predebidamente por el Plan para que se declaren pre-impuestos. Además comprendo que al participar en este Plan, mis beneficios del Seguro Social podrían reducirse, ya que las primas se deducirán antes de que se cobren los impuestos de mi sueldo. Esta elección se mantendrá vigente durante el Año del Plan. Mi elección NO PODRÁ cambiarse durante el Año del Plan de acuerdo con las Directrices del "Internal Revenue Service", a menos que se presente un evento que altere el estado civil o familiar incluyendo: matrimonio, divorcio, separación legal, muerte del cónyuge, nacimiento o adopción (legítima o ilegítima), muerte de un(a) hijo(a), o cambio de empleo que afecte la cobertura, mi elegibilidad a Medicare o Medicaid o cambios de residencia que afecten mi cobertura. Cualquier persona que con conocimiento e intención de perjudicar o engañar a la aseguradora presenta una declaración de reclamación o solicitud de inscripción que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un crimen y podría recibir multa o ser sentenciado a encarcelamiento.

Declinación: NO, no deseo la cobertura. DECLINACIÓN DE COBERTURA. Al no elegir la cobertura (para usted y sus dependientes) le podría dejar sin cobertura hasta el siguiente periodo de inscripciones Abiertas. Sin embargo, posiblemente no tenga que esperar si se pudiera inscribir bajo una inscripción Especial. Favor de llenar la parte superior de la hoja y firmar aquí anotando la fecha.

X

Firme si no Desea Cobertura _____

Fecha _____

Algunas personas necesitan más que un plan médico.



Plan Dental/Visión

El Plan Dental provee cobertura para los servicios comunes básicos y preventivos, y usted puede ahorrar aún más usando los servicios de la Red Dental de CIGNA, con más de 69,000 dentistas participantes.*

- Deducible anual de \$25
- Ejemplos de los reembolsos:

1. Examen - \$17
2. Limpieza general - \$30
3. Extracciones - \$39
4. Restauraciones (3 Superficies) - \$56

La clave para una sonrisa sana es el cuidado de sus dientes y encías antes de que empeoren los problemas. Atenderse los dientes en forma regular ayuda a encontrar los problemas menores antes de hacerse mayores porque puede salir caro corregirse. Por cada dólar que se gasta en servicios dentales preventivos, se ahorran de ocho a cincuenta para restaurar la dentadura o por tener la necesidad de servicios urgentes (informa el grupo *American Dental Hygienist Association*). La cobertura por servicios dentales generalmente se pueden encontrar a precios razonables.

Ejemplo de cómo funciona el Plan Dental

Sólo con fines ilustrativos. Las cuotas actuales podrían variar de acuerdo con el sitio.

Exámen Periódico Oral (Exámen de 6 meses)	Costo promedio	\$36
Descuento de la Red CIGNA*		-\$12
El Plan Dental le Reembolsa		-\$17
Usted paga		\$7

Usted Ahorra \$29

* Para una lista completa de los servicios dentales cubiertos y nombres de los dentistas en la red, visite el sitio www.starbridgeselect.com

Programa de Descuentos por Visión

El programa de descuentos por visión no es un seguro médico.

Usted y sus familiares cubiertos también tendrán su membresía en la Red Vision One.

- Ahorre hasta un 60% en sus aros y lentes
- Ahorre hasta \$10 en sus exámenes de la vista

Suministrado por Connecticut General Life Insurance Company. Este plan no se ofrece en el estado de WA. La configuración del plan y las cuotas pueden variar. "CIGNA" y "CIGNA HealthCare" son los subsidiarios de CIGNA Corporation. Los productos y servicios se aportan por estos subsidiarios y no por CIGNA Corporation. Estos subsidiarios incluyen a Connecticut General Life Insurance Company, Tel-Drug, Inc. y sus afiliados, CIGNA Behavioral Health, Inc., Infracorp, y HMO o subsidiarios de las compañías de servicio de CIGNA Health Corporation y CIGNA Dental Health, Inc.

¿Qué beneficios tiene el plan médico de beneficios limitados Starbridge Select?

Starbridge Select es un plan médico básico para ayudar a cubrir los gastos de enfermedades menores y accidentes como la influenza y una fractura de brazo. Después de inscribirse, se le proporcionará lo necesario para ahorrar dinero y aprovechar sus beneficios al máximo.

	Nivel 2	Nivel 1
Consultas Médicas* co-pago el plan paga	\$10 100%	\$15 100%
Servicios Médicos Externos deducible el plan paga/usted paga máximo que paga el plan	\$100/año 80% / 20% \$1,500/año	\$50/año 80% / 20% \$1,000/año
Beneficio de Hospitalización deducible el plan paga el máximo que paga el plan	\$0 100% \$3,000/año	\$0 100% \$2,000/año
Hospitalización Adicional por Cirugía deducible el plan paga máximo que paga el plan	\$0 100% \$1,500/por vez	incluido en el Beneficio de Servicios Internos
Beneficio Adicional por Maternidad deducible el plan paga máximo que paga el plan	\$0 100% \$1,500/por vez	incluido en el Beneficio de Servicios Internos
Servicios No Urgentes en Sala de Urgencias* deducible el plan paga/usted paga máximo que paga el plan	\$100/por vez 50% / 50% \$500/año	\$100/por vez 50% / 50% \$500/año
Beneficio De Bienestar[†] co-pago el plan paga número de consultas máximo que paga el plan	\$20 100% 1/año \$100	No lo ofrece
Beneficio Por Recetas co-pago el plan paga máximo que paga el plan	incluye descuentos [§] \$15/genéricos, \$30 marcas preferidas 100% \$300/año	incluye descuentos [§]
Cobertura Por Accidentes deducible el plan paga/usted paga veces que paga el plan máximo por vez máximo que paga el plan	\$50/por vez 80% / 20% 2/año \$2,500 \$5,000/año	\$50/por vez 80% / 20% 2/año \$1,000 \$2,000/año
Beneficio por Muerte Accidental el plan paga	\$15,000	\$10,000
Servicios Adicionales		
EAP CIGNA de 24-HorasSM Línea de información médica biblioteca audio sobre la salud consultas tipo EAP	Sin límite Sin límite 3/por problema ocurrido	Sin límite Sin límite 3/por problema ocurrido
Servicios Por Internet localización de doctores en la red comparar costos de consultas revisión de los reclamos	Incluido	Incluido

Los beneficios anteriores se ofrecen bajo la póliza SBCL-GMP-02. Todos los beneficios anuales se pagan por año de cobertura.

* La cantidad total que paga Starbridge Select sale del máximo por Servicios Médicos Externos.

§ El programa de descuentos en Recetas Médicas no es seguro médico. † La provisión varía de acuerdo con el estado.

INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si ha decidido declinar la inscripción para usted y sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) por tener otra cobertura médica o cobertura médica de grupo, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si por alguna razón pierden su elegibilidad en su plan (o si su empleador deja de pagar por la cobertura suya o la de sus dependientes). Sin embargo, es preciso solicitar su cobertura dentro de los primeros 31 días de no estar inscrito en la otra cobertura (o que su empleador deje de pagar por la cobertura de sus dependientes). Además, si adquiere un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, asignación para adopción, o una Orden Legal de Sostén por Seguro Médico, es posible inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es preciso solicitar su inscripción dentro de 31 días del matrimonio, nacimiento, adopción, o asignación para adopción.

La pérdida de cobertura (no-COBRA) que califique para inscripción Especial incluye, pero no se limita a lo siguiente:

Pérdida de elegibilidad por la cobertura como resultado de separación legal, divorcio, dejar de ser dependiente (por llegar a la mayoría de edad, por ejemplo para ser elegible como dependiente bajo el plan), muerte de un empleado, pérdida de su empleo, reducción en el número de horas de trabajo, y cualquier pérdida de elegibilidad para la cobertura cuando el plan ya no ofrece beneficios al grupo de individuos al que el asegurado pertenece.

Para solicitar inscripción especial o para más información, comuníquese con un Representante de Servicio al Cliente al 1-877-552-5015. Los representantes atienden de lunes a viernes, 5 AM a 6 PM, Hora de la Montaña.

MÉDICA LIMITACIÓN POR AFECCIÓN PRE-EXISTENTE ¹ – Una afección pre-existente es una que se haya diagnosticado, tratado o por la que se haya consultado a un médico durante los 6 meses anteriores a iniciar esta cobertura. La afección deja de ser pre-existente cuando hayan pasado 12 meses de cobertura continua.

Los beneficios no se pagan por una afección pre-existente. Cobertura pre-existente no se aplica al embarazo o a niños adoptados o recién nacidos. La limitación por afecciones pre-existentes se puede reducir por el tiempo de cobertura anterior si su cobertura actual empezó antes que hayan pasado 63 días de la terminación de su cobertura anterior.

LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS – No se ofrece cobertura para servicios, material o equipo médico cuando no hay cargos si la persona no tiene seguro. Tampoco se ofrece cobertura cuando las pérdidas son por las razones siguientes:

1. Lesiones o enfermedades mientras sucedan durante horas de empleo,
2. Guerras o Actos de Guerra,
3. Gastos por servicios no ordenados por un médico,
4. Cirugía cosmética. Esta limitación no se aplica cuando la cirugía reconstructiva se realiza por lo siguiente:

- a. Trauma, infección u otra enfermedad; o
- b. Enfermedades congénitas o anomalías de un dependiente recién nacido o adoptado; o
- c. Cirugía de seno no enfermo para lograr simetría en ambos senos después de una mastectomía.

5. Exámenes de la audición o dispositivos para el oído,
6. Servicios y material de la visión no por enfermedades, queratomiía radial, queratomileusis, queratomiía refractiva con laser o servicios similares,
7. Servicios médicos otorgados por un proveedor que sea familiar o residente en su hogar, internamiento en un Hospital o Centro de Enfermería para Servicio Custodial,
8. Servicios de Enfermería en Casa, a menos que sea en lugar de internamiento a Hospital, Al cometer un crimen de tipo felonía,
11. Manipulaciones del sistema musculoesquelético,
12. Tratamiento de afecciones mentales o nerviosas, alcoholismo o abuso de sustancias,
13. Lesiones a sí mismo de forma intencional o intentos de suicidio,
14. Servicios dentales, a menos que sea por lesiones y que sea el tratamiento durante los 6 meses después de la lesión causante,
15. Tratamientos que sean experimentales o de investigación,
16. Cualesquier gastos médicos después que se haya terminado la cobertura.

DEFINICIÓN DE DEPENDIENTE¹ – Sus dependientes son:

1. Su cónyuge legítimo
2. Sus hijos solteros menores de 19 años, y
3. Sus hijos solteros del 19 a 25 años que estén inscritos de tiempo completo en un colegio acreditado y que dependa de usted para su sostén.

MUERTE ACCIDENTAL – No se ofrece cobertura por muerte causada por:

1. Guerras o actos de guerra
2. Suicidio durante los 2 primeros años de su fecha de inscripción
3. Tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad, o
4. Vuelos, a menos que sea pasajero en un vuelo comercial.

LIMITACIONES DEL BENEFICIO DENTAL

No se pagarán gastos por servicios dentales por o en conexión con lo siguiente:

1. Servicios o material por gastos que normalmente no se cobran cuando el paciente no cuenta con seguro dental;
2. Lesiones causadas por o durante el curso de su trabajo; o que sea compensable (en South Dakota, que se paga) bajo las leyes de Compensación al Trabajador o Enfermedades Ocupacionales;
3. Guerra declarada o no declarada, o actos de guerra;
4. Un servicio prestado a la Persona Cubierta por:

- a. Fines cosméticos, a menos que sea necesario por ser causada por una lesión. Fachadas de coronas, o puentes, posteriores al segundo bicuspidado serán consideradas cosméticas;
- b. Servicios dentales por malformaciones congénitas o del desarrollo (a menos que se ofrezcan específicamente dentro de la Lista de Beneficios).

5. Reemplazamiento de dispositivos robados o perdidos;

6. Dispositivos, restauraciones o servicios dentales para alterar dimensiones verticales, restaurar o mantener la oclusión, ferulamiento, o reparación de la pérdida de superficie dental que se haya hecho por abrasiones, o desgastes, o el tratamiento del deterioramiento de la articulación temporomandibular. En Arkansas, el tratamiento de la articulación temporomandibular no está excluida;

7. Un servicio prestado por una persona no Dentista, excepto por:

- a. Higienistas Dentales bajo la supervisión de un Dentista;
- b. Radiografías que hayan sido ordenadas por un Dentista.

8. Lesiones causadas a sí mismo intencionalmente, o intentos de suicidio.

TERMINACIÓN

La cobertura de una Persona Asegurada se dará por terminada a las 12:01 am, Hora Estándar en Su residencia en la primera fecha de las siguientes:

1. La fecha que termina la Póliza,
2. La fecha que termina este Certificado,
3. La fecha que se de por terminada la cobertura por Nosotros para todos los habientes de Certificados en su estado,
4. La fecha que Nosotros recibamos Su petición por Escrito para que Su cobertura se de por Terminada,
5. Cuando termine el periodo por el que haya pagado su prima, sujeto al Periodo de Gracia,
6. La fecha en que la Persona Asegurada ingrese a las fuerzas armadas de cualquier país. Ingreso en la reserva o la Guardia Nacional no se considera membresía en las fuerzas armadas. Servicio activo en las reservas o la Guardia Nacional por un periodo de 31 días o más, se contará como ingreso a las fuerzas armadas.
7. Con respecto a su cónyuge Dependiente, la fecha en que su cónyuge no califique como Dependiente, a menos que la cobertura se continúe en cumplimiento de la provisión bajo Continuación de Cobertura.
8. Con respecto a un hijo(a) Dependiente, la fecha en que su hijo(a) no califique como Dependiente, a menos que la cobertura se continúe en cumplimiento de la provisión bajo Continuación de Cobertura. Se le dará una notificación por escrito a Usted si Nosotros damos por terminada su cobertura por cualquier motivo, menos por no pagar sus primas.

NOTAS

1. Esta provisión o limitación varía de acuerdo con el estado

Suministrado por Connecticut General Life Insurance Company. Este plan no se ofrece en el estado de WA. La configuración del plan y las cuotas pueden variar. "CIGNA" y "CIGNA HealthCare" son los subsidiarios de CIGNA Corporation. Los productos y servicios se aportan por estos subsidiarios y no por CIGNA Corporation. Estos subsidiarios incluyen a Connecticut General Life Insurance Company, Tel-Drug, Inc. y sus afiliados, CIGNA Behavioral Health, Inc., Infracorp, y HMO o subsidiarios de las compañías de servicio de CIGNA Health Corporation y CIGNA Dental Health, Inc.

Este folleto es únicamente un resumen breve del Plan Starbridge Select. El Certificado de Seguro, la póliza y sus variaciones específicas son los documentos oficiales que gobiernan este plan. Administrado por Connecticut General Life Insurance Company, P.O. Box 55270, Phoenix, AZ 85078-5270.