



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC explica cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. NOTA: La información sobre el costo de este plan (que se conoce como prima) se proporcionará por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-888-296-7179. Para obtener definiciones generales de términos frecuentes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-888-296-7179 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Plan individual: \$750 por empleado Plan familiar: \$750 individual / \$1,500 familiar	Por lo general, debe pagar todos los cargos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> ; luego, el <u>plan</u> comienza a cubrir estos gastos. Si el <u>plan</u> está integrado por otros miembros de la familia, cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios que estén cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>servicios preventivos</u> y las visitas en consultorio médico son algunos de los servicios cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aunque no haya alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, podría aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos sin costo compartido</u> y antes de que usted alcance el <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar el <u>deducible</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos del propio bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	Plan individual: \$3,000 por empleado Plan familiar: \$3,000 individual / \$6,000 familiar	El <u>límite de gastos del propio bolsillo</u> es el monto máximo que podría tener que pagar en un año por los servicios cubiertos. Si el <u>plan</u> está integrado por otros miembros de la familia, cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general para la familia haya sido cubierto.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos del propio bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturación de saldo restante</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Si bien usted paga estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos del propio bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor de la red</u> ?	No corresponde	Este plan no utiliza una red de proveedores. Puede recibir servicios cubiertos de cualquier proveedor.
¿Hace falta una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar a un <u>especialista</u> de su elección sin necesidad de una <u>referencia</u> .



Todos los gastos por **copagos** y **coseguro** indicados en este cuadro son los montos que usted paga tras haber cubierto el **deducible**, si correspondiera un **deducible**.

Situación médica habitual	Servicios que puede necesitar	Servicios prestados por médicos y centros de salud		Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si visita el consultorio o centro médico de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento		Es posible que tenga que pagar por servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios son <u>preventivos</u> . Luego, verifique cuánto pagará el <u>plan</u> .
	Visita a <u>especialista</u>	\$50 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento		
	Atención preventiva / exámenes de detección / vacunación	Sin cargo; <u>deducible</u> exento		
Si se realiza análisis o exámenes	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo; <u>deducible</u> exento 20 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para estudios de imágenes
	Mamografías y densitometrías óseas			
	Todas las demás pruebas	20 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección. En hpiTPA.com, puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos recetados	Genéricos—	En farmacia (30 días)	\$10 de <u>copago</u> por medicamento	<u>Deducible</u> exento. * solo medicamentos de mantenimiento Algunos <u>medicamentos recetados</u> están sujetos a un tratamiento escalonado. Es posible que primero tenga que usar otros <u>medicamentos recetados</u> o productos farmacéuticos.
		En farmacia* (90 días)	\$30 de <u>copago</u> por medicamento	
		Por correo (90 días)	\$20 de <u>copago</u> por medicamento	
	De marca preferida—	En farmacia (30 días)	30 % de <u>coseguro</u> ; \$100 máximo	
		En farmacia* (90 días)	30 % de <u>coseguro</u> ; \$300 máximo	
		Por correo (90 días)	30 % de <u>coseguro</u> ; \$200 máximo	
De marca no preferida—	En farmacia (30 días)	50 % de <u>coseguro</u> ; \$250 máximo	50 % de <u>coseguro</u> ; \$750 máximo	
	En farmacia* (90 días)	50 % de <u>coseguro</u> ; \$500 máximo		
	Por correo (90 días)	50 % de <u>coseguro</u> ; \$250 máximo		
Medicamentos de <u>especialidad</u>	50 % de <u>coseguro</u> ; \$250 máximo			
Farmacia/Pedido por correo (30 días)				
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de la institución (centro quirúrgico ambulatorio, etc.)	Sin cargo; <u>deducible</u> exento		Se requiere <u>autorización previa</u>
	Colonoscopias diagnósticas			
	Todos los demás servicios	20 % de <u>coseguro</u>		
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u>		
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	\$250 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento		No se aplica el <u>copago</u> en caso de internación
	Primera visita del año	20 % de <u>coseguro</u>		
	Todas las visitas posteriores en el año			
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20 % de <u>coseguro</u>		Ninguna
<u>Atención de urgencia</u>	\$50 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento		Ninguna	
Si tiene una internación	Cargo de la institución (p. ej., habitación de hospital)	20 % de <u>coseguro</u>		Se requiere <u>autorización previa</u>
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coseguro		



Todos los gastos por **copagos** y **coseguro** indicados en este cuadro son los montos que usted paga tras haber cubierto el **deducible**, si correspondiera un **deducible**.

Situación médica habitual	Servicios que puede necesitar	Servicios prestados por médicos y centros de salud	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Se requiere <u>autorización previa</u> para todos los ingresos hospitalarios y servicios prestados en un hospital, centro quirúrgico, centro ambulatorio o centro de diálisis.			
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios— Visita en consultorio Tratamiento ambulatorio intensivo	\$25 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento Sin cargo; <u>deducible</u> exento	Se requiere <u>autorización previa</u> para tratamiento ambulatorio intensivo y servicios de internación
	Servicios de internación	20 % de <u>coseguro</u>	
Si está embarazada	Visitas en consultorio— Atención prenatal Atención posnatal	Sin cargo; <u>deducible</u> exento 20 % de <u>coseguro</u>	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en el SBC (p. ej., ecografías). Requiere notificación previa antes del parto y <u>autorización previa</u> para internaciones de más de 48 horas (parto normal) o 96 horas (cesárea).
	Servicios profesionales de parto	20 % de <u>coseguro</u>	
	Servicios del centro de maternidad	20 % de <u>coseguro</u>	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica domiciliaria</u>	20 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u> — Con internación Ambulatorios	20 % de <u>coseguro</u> \$50 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento	Se requiere <u>autorización previa</u> para servicios con internación. 30 visitas por año combinadas para terapia ocupacional, quiropráctica y fisioterapia. Se requiere <u>autorización previa</u> después de 13 visitas (por servicio) de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u> — Intervención temprana Retraso del desarrollo	20 % de <u>coseguro</u> 20 % de <u>coseguro</u>	Hasta los 3 años <u>Autorización previa</u> y límites de consultas en función de los servicios prestados
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % de <u>coseguro</u>	60 días por año. Se requiere <u>autorización previa</u>
	Equipo médico duradero— Demás equipos médicos duraderos Suministros para diabéticos	20 % de <u>coseguro</u> 20 % de <u>coseguro</u> ; <u>deducible</u> exento	Se requiere <u>autorización previa</u> para equipos de más de \$2,500. Se requiere <u>autorización previa</u> para monitores continuos o de glucosa en sangre y bombas de insulina No se <u>requiere autorización previa</u> para suministros para diabéticos
	<u>Cuidados paliativos</u>	20 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u>
	<u>Examen de la vista para niños</u>	Sin cargo; <u>deducible</u> exento	1 examen por año
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Lentes para niños	Sin cobertura	N/D
	Control odontológico para niños	Sin cobertura	N/D

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| • Cirugía estética | • Atención odontológica (de control para niños y adultos) | • Atención de larga duración |
| • Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | • Servicios de enfermería privada | • Pedicuría de rutina |
| • Programas de disminución de peso | | |

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- | | | |
|---|---|---|
| • Acupuntura | • Cirugía bariátrica | • Quiropraxia (30 visitas por año con fisioterapia y terapia ocupacional) |
| • Audífonos (1 audífono por oído c/ 3 años) | • Tratamiento de la infertilidad (\$25,000 de por vida p/ atención médica y \$10,000 de por vida p/ medicamentos) | • Control oftalmológico (adulto: 1 examen por año) |

Sus derechos de continuación de la cobertura: Existen organismos que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que esta finaliza. La información de contacto de estos organismos la brinda la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU., teléfono: 1-866-444-EBSA (3272) o sitio web: www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede acceder a otras opciones de cobertura, como la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de presentar quejas y apelaciones: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene un reclamo contra su plan por la denegación de un reclamación. Este reclamo se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita asistencia, comuníquese con el plan al 1-888-296-7179. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona la cobertura esencial mínima? Sí.

Por lo general, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), TRICARE y algunas otras coberturas. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para obtener el crédito fiscal para la prima.

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para obtener un crédito fiscal para la prima que le servirá para pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-296-7179

Portuguese (Português): De assistência em Português, ligue 1-888-296-7179

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-296-7179

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.—————

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios de sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que pagaría usted con los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se refieren solo a una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ <u>Deducible</u> general del plan	\$750
■ <u>Copago</u> de especialista	\$50
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	20%
■ Otros <i>sin cargo</i>	

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas a especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios del centro de maternidad
 Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Ejemplo de costo total	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducible	\$750
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,600
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$2,320

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención médica de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

■ <u>Deducible</u> general del plan	\$750
■ <u>Copago</u> de especialista	\$50
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	20%
■ <u>Coseguro</u> , otros	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas al médico de atención primaria (*incluida educación sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Ejemplo de costo total	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducible	\$750
Copagos	\$600
Coseguro	\$60
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es	\$1,380

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ <u>Deducible</u> general del plan	\$750
■ <u>Copago</u> de especialista	\$50
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	20%
■ <u>Copago</u> , otros	\$50

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencias (*incluidos suministros médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Ejemplo de costo total	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducible	\$750
Copagos	\$600
Coseguro	\$100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$1,450