



El documento Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado la [prima](#)) se proporciona 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 888-701-2975. Para ver definiciones generales de términos comunes, tales como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o llame al 888-701-2975 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	N/A	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que <a href="#">este plan</a> comience a pagar.
¿Hay otros servicios cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> se cubren antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, aunque usted no haya alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este plan cubre determinada <a href="#">atención preventiva</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de los servicios <a href="#">preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso directo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	N/A	El <a href="#">límite de desembolso directo</a> es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso directo</a> ?	Las <a href="#">primas</a> , los cargos de <a href="#">facturación de saldo</a> y la atención médica que no cubre este <a href="#">plan</a> .	Aunque usted pague esos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de desembolso directo</a> .
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.EmployerSolutionsBenefits.com">http://www.EmployerSolutionsBenefits.com</a> o llame al 888-701-2975 para obtener una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este plan usa una red de <a href="#">proveedores</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Usted pagará el máximo si recurre a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ).
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">derivación</a> .



Todos los gastos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de que se ha alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b>	Visita al médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 de <a href="#">copago</a>	Sin cobertura	Ninguno.
	<a href="#">Visita al</a> especialista	\$50 de <a href="#">copago</a>	Sin cobertura	Ninguno.
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/</a> vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por los servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son <a href="#">preventivos</a> . Luego consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
<b>Si se le realiza una prueba</b>	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	\$60 de <a href="#">copago</a>	Sin cobertura	<a href="#">Las pruebas diagnósticas</a> relacionadas con las visitas al consultorio están cubiertas sin cargo.
	Imágenes (TC/TEP, IRM)	\$200 de <a href="#">copago</a>	Sin cobertura	Ninguno.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b>  Hay más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> disponible en <a href="http://www.EmployerSolutionsBenefits.com">www.EmployerSolutionsBenefits.com</a>	Preventivos Medicamentos genéricos	Suministro para 30 días Venta al por menor: Sin cargo Suministro para 90 días Pedidos por correo: Sin cargo		El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica para <a href="#">medicamentos con receta preventivos</a> . Suministro hasta de 90 días en farmacias minoristas y de pedido por correo.
	No Preventivos Medicamentos genéricos	Suministro para 30 días Venta al por menor: \$10 <a href="#">copago/receta</a> Suministro para 90 días Pedidos por correo: Sin cobertura		
	Medicamentos de marca preferidos	Suministro para 30 días Venta al por menor: 100% <a href="#">copago/receta</a> Suministro para 90 días Pedidos por correo: 100% <a href="#">copago/receta</a>		
	Medicamentos de marca no preferidos	Suministro para 30 días Venta al por menor: Sin cobertura Suministro para 90 días Pedidos por correo: Sin cobertura		
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	Suministro para 30 días Venta al por menor y Pedidos por correo: Sin cobertura		
<b>Si se le realiza una cirugía ambulatoria</b>	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cobertura	Sin cobertura	Es posible que se necesite <a href="#">autorización previa</a> .

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	
Si necesita atención médica de inmediato	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$50 de <a href="#">copago</a>	Sin cobertura	Ninguno.
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (por ej., la habitación del hospital)	Sin cobertura	Sin cobertura	Se necesita <a href="#">autorización previa</a> .
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$75 de <a href="#">copago</a>	Sin cobertura	Ninguno.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cobertura	Sin cobertura	Se necesita <a href="#">autorización previa</a> .
Si usted está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica para servicios <a href="#">preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicio, se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otro lugar en el SBC.
	Servicios profesionales para nacimientos/partos	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Servicios del centro para nacimientos/partos	Sin cobertura	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	Se necesita <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	\$50 de <a href="#">copago</a>	Sin cobertura	Ninguno.
	<a href="#">Servicios de un centro de cuidados paliativos</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cobertura
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)**

- Cirugía estética
- Programas de pérdida de peso
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Cirugía bariátrica
- Acupuntura
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.

**Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del [plan](#).)**

Cuidado ocular de rutina (un examen por año)

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También puede haber otras opciones de cobertura a su disposición, incluida 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](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de quejas y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta reclamación se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de beneficios que recibirá respecto a ese [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o ayuda, comuníquese con: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿Proporciona este plan una cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponibles a través del Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted califica para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal de la prima](#).

### ¿Cumple este plan los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple los [estándares de valor mínimo](#), usted puede calificar para un [crédito fiscal de la prima](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios de acceso a idiomas:

[Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llame al 888-701-2975

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 888-701-2975

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 888-701-2975

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 888-701-2975

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

**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**Esta no es una herramienta para calcular 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 que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los [montos de](#) costo compartido ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

**Peg tendrá un bebé**

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

- El [deducible](#) general [del plan](#) N/A
- [Copago por especialista](#) \$50
- [Coseguro por hospital \(centro\)](#) N/A
- Otro N/A

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

- [Visitas](#) al consultorio de especialistas (*atención prenatal*)
- Servicios profesionales para nacimientos/partos
- Servicios del centro para nacimientos/partos
- [Prueba de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
- [Visita](#) al especialista (*anestesia*)

**Costo total del ejemplo \$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$11,100
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$11,100</b>

**Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe**

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

- El [deducible](#) general [del plan](#) N/A
- [Copago por especialista](#) \$50
- [Coseguro por hospital \(centro\)](#) N/A
- Otro N/A

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

- Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye educación sobre la enfermedad*)
- [Prueba de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
- Medicamentos recetados
- [Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

**Costo total del ejemplo \$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$350
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$3,100
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$3,100</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general [del plan](#) N/A
- [Copago por especialista](#) \$50
- [Coseguro por hospital \(centro\)](#) N/A
- Otro N/A

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

- [Atención de la sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
- [Prueba de diagnóstico](#) (*radiografías*)
- [Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
- [Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

**Costo total del ejemplo \$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$2,800
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$2,800</b>