



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado. **Esto es sólo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al (206) 505-9500. Para obtener definiciones generales de términos comunes, 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 o llamar al (206) 505-9500 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué esto es importante: |
|---|--|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$2,000 solo empleado/ \$4,000 empleado más dependientes para la Red Preferida. No hay límite <u>de deducible</u> para participantes y fuera de la red. | Generalmente, debe pagar todos los costos de <u>los proveedores</u> hasta el monto <u>del deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> familiar general antes de que el plan comience a pagar. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. Extractores de leche materna, Cologuard preventivo, vacunas antigripales e inmunizaciones para todas las Redes. Atención y servicios preventivos para redes preferidas y participantes. | Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto <u>del deducible</u> . Pero es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Existen otros deducibles para servicios específicos? | No. No existen otros <u>deducibles</u> específicos. | No es necesario que cumpla <u>con deducibles</u> por servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | \$4,000 persona/ \$8,000 familia para la Red Preferida. No hay límite de gastos de bolsillo para participantes y fuera de la red. Incluye farmacia. | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos deben cumplir con sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite general de gastos de bolsillo</u> familiar. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Penalizaciones, cargos no elegibles, primas, cargos de saldo facturado y atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ? | Sí. Visite www.accessrga.com o llame al 1-866-738-3924 para obtener una lista de proveedores de la red. | Paga menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la Red Preferida. Paga más si utiliza un <u>proveedor</u> de la red participante. Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios. |
| ¿Necesita una derivación para ver a un especialista ? | No. | Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin necesidad de una <u>derivación</u> . |

 Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en esta tabla son después de haber alcanzado su deducible, si corresponde un deducible.

| Acontecimiento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|---|
| | | Proveedor Preferido (Pagará lo mínimo) | Proveedor Participante o Fuera de la Red (Pagará el máximo) | |
| Si visita el consultorio o clínica <u>de un proveedor</u> de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | 10 % de coseguro | No cubierto | ————ninguno———— |
| | Visita <u>a especialista</u> | 20 % de coseguro | No cubierto | ————ninguno———— |
| | <u>Atención preventiva/examen de detección/</u> inmunización | Sin cargo, no se aplica <u>deducible</u> | Red participante: Sin cargo, no se aplica <u>deducible</u> Fuera de la red: No cubierto | Extractores de leche materna fuera de la red, vacunas contra la gripe y vacunas cubiertas sin costo, no se aplica el <u>deducible</u> . Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos y luego verifique cuánto pagará su plan. |
| Si tiene una prueba | <u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre) | 20 % de coseguro | No cubierto | ————ninguno———— |
| | Imágenes (tomografías computadas (CT)/TEP (tomografía por emisión de positrones), IRM (imagen por resonancia magnética) | 20 % de coseguro | No cubierto | ————ninguno———— |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre <u>la cobertura de medicamentos recetados</u> está disponible en www.caremark.com | Medicamentos genéricos | 20 % de coseguro | | Cubre un suministro de hasta 90 días (prescripción minorista y por correo). Consulte el documento del plan para conocer la penalización por no uso de medicamentos genéricos. |
| | Medicamentos de marca preferida | 20 % de coseguro | | |
| | Medicamentos de marca no preferida | 20 % de coseguro | | |
| | <u>Medicamentos especiales</u> | 20 % de coseguro | | Debe abastecerse a través de CVS Specialty Pharmacy Comuníquese con CVS Caremark para obtener más información sobre lo que está cubierto. |

| Acontecimiento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|--|
| | | Proveedor Preferido (Pagará lo mínimo) | Proveedor Participante o Fuera de la Red (Pagará el máximo) | |
| Si tiene una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro médico (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20 % de coseguro | No cubierto | Se requiere autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 20 % de coseguro | No cubierto | ————ninguno———— |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | 20 % de coseguro | 20 % de coseguro | ————ninguno———— |
| | Transporte Médico de Emergencia | 20 % de coseguro | 20 % de coseguro | ————ninguno———— |
| | Atención de Urgencia | 20 % de coseguro | 20 % de coseguro | ————ninguno———— |
| Si tiene una estancia hospitalaria | Tarifa del centro médico (por ejemplo, habitación de hospital) | 20 % de coseguro | No cubierto | Se requiere autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 20 % de coseguro | No cubierto | ————ninguno———— |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias | Servicios ambulatorios | Profesional: 10 % de coseguro Centro médico: 20 % de coseguro | Profesional: 10 % de coseguro Centro médico: No cubierto | Se requiere autorización previa para la hospitalización parcial y el tratamiento ambulatorio intensivo. |
| | Servicios para pacientes internados | 20 % de coseguro | No cubierto | Se requiere autorización previa. El tratamiento residencial está cubierto. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | 10 % de coseguro | No cubierto | La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido). |
| | Servicios profesionales de parto/alumbramiento | 20 % de coseguro | No cubierto | ————ninguno———— |

| Acontecimiento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|--|
| | | Proveedor Preferido (Pagará lo mínimo) | Proveedor Participante o Fuera de la Red (Pagará el máximo) | |
| | Servicios del centro médico para parto/alumbramiento | 20 % de coseguro | No cubierto | Las estancias hospitalarias que se extiendan más de 48 horas para un parto vaginal normal o más de 96 horas para una cesárea deben ser autorizadas previamente en el momento en que su proveedor recomiende la prolongación de la estancia. |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales | Atención médica domiciliaria | 20 % de coseguro | No cubierto | Se requiere autorización previa. Limitada a un máximo de 130 visitas por año calendario. |
| | Servicios de rehabilitación | 20 % de coseguro | No cubierto | Se requiere autorización previa para pacientes internados y no se limita a ningún máximo. El paciente ambulatorio está limitado a un máximo de 60 visitas por año calendario, con 30 visitas adicionales para el tratamiento de lesiones cerebrales y de la médula espinal, para el tratamiento de un derrame cerebral. La terapia de natación no está cubierta. |
| | Servicios de habilitación | 20 % de coseguro | No cubierto | Los servicios de habilitación, incluida la terapia del desarrollo neurológico y las terapias de rehabilitación para el tratamiento del autismo, están cubiertos por el beneficio de Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios. No se aplican los límites de visitas a los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios |
| | Atención de enfermería especializada | 20 % de coseguro | No cubierto | Se requiere autorización previa. Limitado a un máximo de 120 días por año calendario. |
| | Equipo Médico Duradero | 20 % de coseguro | No cubierto | Se requiere autorización previa para equipos de más de \$2000. |
| | Servicios de hospicio | 20 % de coseguro | No cubierto | Se requiere autorización previa. |
| | Examen oftalmológico para niños | No incluido | | Si está inscrito, consulte el documento del plan. |

| Acontecimiento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|-------------------------------|--|---|--|
| | | Proveedor Preferido (Pagará lo mínimo) | Proveedor Participante o Fuera de la Red (Pagará el máximo) | |
| Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica | Gafas para niños | No incluido | | Si está inscrito, consulte el documento del plan. |
| | Revisión dental infantil | No cubierto | | Comuníquese con el administrador de beneficios dentales. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética • Cuidado dental (adultos) | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infertilidad (excepto pruebas) • Cuidado a largo plazo • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado oftalmológico de rutina (adultos) • Cuidado de rutina de los pies (excepto si es médicamente necesario) • Programas de pérdida de peso |
|---|--|--|

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

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (límite anual de 26 visitas) • Atención quiropráctica (límite anual de 26 visitas) | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de habilitación • Audífonos (\$3,000 máximo cada 3 años calendario) | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada (límite anual de 130 visitas) |
|--|--|--|

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura una vez que finalice. La información de contacto de dichas agencias es: Allegiance, 800-259-2738 ext. 4477, Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que usted también tenga disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de seguros médicos. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos en materia de agravio y apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [agravio](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa para presentar un [reclamo](#), [una apelación](#) o [un agravio](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, póngase en contacto a través del número 1-866-738-3924, Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? Sí

La [cobertura mínima esencial](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid,

[* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o póliza en www.accessrga.com.]

CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura mínima esencial](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para primas](#).

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para un [crédito fiscal para primas](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso al idioma:

[Español (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-738-3924.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-738-3924.]

[Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-866-738-3924.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-738-3924.]

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una estimación 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 que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos [de costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y [los servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$2,000 |
| ■ Coseguro de especialista | 20 % |
| ■ Coseguro hospitalario (centro médico) | 20 % |
| ■ Otro coseguro | 20 % |

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio [de especialistas](#)

(*atención prenatal*)

Servicios profesionales de parto/alumbramiento

Servicios de centros médicos en materia de parto/alumbramiento

[Pruebas diagnósticas](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Visita [al especialista](#) (*anestesia*)

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,000 |
| Copagos | \$00 |
| Coseguro | \$2,000 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$4,060 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$2,000 |
| ■ Coseguro de especialista | 20 % |
| ■ Coseguro hospitalario (centro médico) | 20 % |
| ■ Otro coseguro | 20 % |

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio [del médico de atención primaria](#)

(*incluida la educación sobre enfermedades*)

[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos con receta](#)

[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,000 |
| Copagos | \$00 |
| Coseguro | \$600 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$2,620 |

La fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$2,000 |
| ■ Coseguro de especialista | 20 % |
| ■ Coseguro hospitalario (centro médico) | 20 % |
| ■ Otro coseguro | 20 % |

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#)

(*incluidos suministros médicos*)

[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,000 |
| Copagos | \$00 |
| Coseguro | \$160 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$00 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,160 |