




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?	\$1,000 por persona / \$3,000 por familia 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 el plan , cada miembro de la familia debe cubrir 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 cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Terapia ABA, extractores de leche materna, profesional ambulatorio de dependencia química, Cologuard médico y preventivo, vacunas contra la gripe, viajes de terapia génica, audífonos y exámenes, vacunas, terapia de masajes, profesional ambulatorio de nervios mentales, gastos de trasplante (viaje, comidas, alojamiento) y centro de atención de urgencia para todas las Redes. Mamografías, atención médica y servicios preventivos para redes preferidas y participantes. Inyecciones para alergias, pruebas genéticas, visitas y servicios al consultorio para pacientes ambulatorios y laboratorio para la Red Preferida.	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 sin costo compartido</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> 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 ?	\$3,600 por persona / \$10,800 por 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</u> fuera de la red y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la

		diferencia entre el cargo <u>del proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (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 <u>derivación</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	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	\$25/por visita, no se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	————ninguno————
	Visita <u>a especialista</u>	\$50/por visita, no se aplica <u>deducible</u>	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 se aplica <u>deducible</u>	No cubierto	————ninguno————
	Imágenes (tomografías computadas (CT)/TEP (tomografía por emisión de positrones), IRM (imagen por resonancia magnética)	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)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	Copago de \$10 por suministro minorista de 30 días Copago de \$20 por suministro de 90 días minorista o por correo		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	Copago de \$35 por suministro minorista de 30 días Copago de \$70 por suministro de 90 días minorista o por correo		
	Medicamentos de marca no preferida	Copago de \$70 por suministro minorista de 30 días Copago de \$140 por suministro de 90 días minorista o por correo		
	Medicamentos especiales	Copago de \$110 por suministro de 30 días; Copago de \$220 por suministro de 90 días		Debe abastecerse a través de CVS Specialty Pharmacy Comuníquese con CVS Caremark para obtener más información sobre lo que está cubierto.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro médico (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100/por visita, luego 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	\$150/por visita,		Se exime del <u>copago</u> en caso de internación.
	Transporte Médico de Emergencia	20 % de coseguro		————ninguno————
	Atención de Urgencia	\$35/por visita, no se aplica <u>deducible</u>		————ninguno————
Si tiene una estancia hospitalaria	Tarifa del centro médico (por ejemplo, habitación de hospital)	\$200/visita por ingreso, luego 20 % de coseguro	No cubierto	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	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)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Centro médico: 20 % de coseguro Profesional: \$25/por visita, no se aplica <u>deducible</u>	Centro médico: No cubierto Profesional: \$25/por visita, no se aplica <u>deducible</u>	Se requiere autorización previa para la hospitalización parcial o el tratamiento ambulatorio intensivo.
	Servicios para pacientes internados	\$200/visita por ingreso, luego 20 % de coseguro	No cubierto	Se requiere autorización previa. El tratamiento residencial está cubierto.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$25/por visita, no se aplica <u>deducible</u>	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————
	Servicios del centro médico para parto/alumbramiento	\$200/visita por ingreso, luego 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	Sin cargo	No cubierto	Se requiere autorización previa. Limitada a 130 visitas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio: \$50/por visita, no se aplica <u>deducible</u> Paciente hospitalizado: Sin cargo	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 lesiones cerebrales, de médula espinal o el tratamiento de un accidente cerebrovascular. La terapia de natación no está cubierta.

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 de habilitación	\$50/por visita, no se aplica <u>deducible</u>	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	Sin cargo	No cubierto	Se requiere autorización previa para equipos de más de \$2000.
	Servicios de hospicio	Sin cargo	No cubierto	Se requiere autorización previa.
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen oftalmológico para niños	No incluido		Si está inscrito, consulte el documento del plan.
	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](#)).

- Acupuntura (26 visitas por año calendario)
- Atención quiropráctica (26 visitas por año calendario)
- Servicios de habilitación
- Audífonos (\$3,000 máximo cada 3 años calendario)
- 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, 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	\$1,000
■ Copago de especialista	\$50
■ Hospital (centro médico) copago, monedas	\$200, 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	\$1,000
Copagos	\$210
Coseguro	\$1,990
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,260

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	\$1,000
■ Copago de especialista	\$50
■ Copago de hospital (centro médico), monedas	\$200, 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	\$00
Copagos	\$710
Coseguro	\$20
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$750

La fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$1,000
■ Copago de especialista	\$50
■ Copago de hospital (centro médico), monedas	\$200, 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	\$1,000
Copagos	\$400
Coseguro	\$20
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$00
El total que Mia pagaría es	\$1,420