



El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a seleccionar un plan médico. El SBC le muestra cómo el plan compartiría el costo para los servicios de atención médica cubiertos. Éste es solo un resumen. Para más información acerca de su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura llame al 781-272-1000 o 800-342-3792. Para definiciones de términos comunes, por ejemplo, importe permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o llame al 781-272-1000 o 800-342-3792 y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	<u>Dentro de la red</u> : \$250/individual; \$500/familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el importe del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe satisfacer su propio <u>deducible</u> individual hasta que el importe total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares satisfaga el <u>deducible</u> familiar global.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted satisfaga su <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>servicios preventivos</u> , <u>medicamentos de receta</u> , dental y visión están cubiertos antes de que usted satisfaga su deducible.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha satisfecho la cantidad del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted satisfaga su <u>deducible</u> . Vea una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que satisfacer ningún <u>deducible</u> para los servicios específicos.
¿Hay un límite para los <u>gastos de mi bolsillo</u> ?	Médico: \$6,350/individual; \$12,700/familia. Medicamentos de receta: \$1,000/individual; \$2,000/familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares en este <u>plan</u> , tienen que satisfacer sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya satisfecho el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total.
¿Cuáles son las <u>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</u> ?	Cargos por <u>saldos de facturación</u> , <u>primas de COBRA</u> , multa por no obtener <u>autorización previa</u> y servicios médicos que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> .
¿Usted pagará menos si usa <u>proveedores de la red</u> ?	Sí. Visite www.bcbs.com o llame al 800-810-2583 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> . Llame al E4 al 800-522-6763 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> de servicios de salud mental y abuso de sustancias.	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Usted pagará el importe total si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> . Tenga en mente, su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para ciertos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesito un <u>referido</u> para ver un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede consultar con el <u>especialista</u> de su selección sin obtener el <u>permiso</u> de este plan.



Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en esto cuadro son después de que se satisfaga su deducible, si un deducible se aplica.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará menos)	Proveedores no participantes (Usted pagará más)	
Si se atiende en la clínica o consultorio del <u>proveedor</u> médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$20 de <u>copago</u> /visita.	No cubierto.	-- Ninguna --
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$30 de <u>copago</u> /visita.	No cubierto.	-- Ninguna --
	<u>Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas</u>	Sin cargo. El <u>deducible</u> no se aplica.	No cubierto.	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego, averigüe lo que su <u>plan</u> pagará.
Si tiene que hacerse un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	No cubierto.	Pruebas genéticas: límite de \$2,500/ persona/año.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	MRI: \$100 de <u>copago</u> /prueba CT/PET scan: \$20 de <u>copago</u> /prueba	No cubierto.	-- Ninguna --

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará menos)	Proveedores no participantes (Usted pagará más)	
Si necesita un medicamento Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite www.express-scripts.com .	Medicamentos genéricos	Minorista: \$5 de <u>copago/receta</u> . Pedido por correo: \$10 de <u>copago/receta</u> .	Lo mismo que <u>dentro de la red</u> más cargos por encima del <u>importe permitido</u> .	<u>Deducible</u> no aplica. Minorista: límite de suministro para 30 días. Pedido por correo: límite de suministro para 90 días
	Medicamentos de marca preferidos	Minorista: \$15 de <u>copago/receta</u> . Pedido por correo: \$30 de <u>copago/receta</u> .	Lo mismo que <u>dentro de la red</u> más cargos por encima del <u>importe permitido</u> .	Minorista: después de 3 renovaciones del mismo <u>medicamento de receta</u> , sujeto al 50% de <u>coseguro</u> .
	Medicamentos de marca no preferidos	Minorista: \$25 de <u>copago/receta</u> . Pedido por correo: \$50 de <u>copago/receta</u> .	Lo mismo que <u>dentro de la red</u> más cargos por encima del <u>importe permitido</u> .	No hay cargo para anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA (o anticonceptivos de marca si un genérico es médicamente inapropiado). Es posible que se requiera el Programa de terapia escalonada para ciertos medicamentos <u>de receta</u> (es posible que deba probar un medicamento genérico antes de un medicamento de marca).
	<u>Medicamentos especiales</u>	Igual que los medicamentos no especiales.	Igual que los medicamentos no especiales.	Ciertos medicamentos pueden estar sujetos a <u>autorización previa</u> .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Cargo de centro (p. ej., centro quirúrgico de paciente ambulatorio)	Sin cargo hasta \$20,000, luego 15% de <u>coseguro</u> , hasta un máximo de bolsillo de \$2,000 por cirugía.	No cubierto.	Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> para algunos procedimientos. Beneficios no cubiertos cuando se requiere <u>autorización previa</u> y no se obtiene.
	Tarifa del médico/cirujano	\$30 de <u>copago/visita</u> .	No cubierto.	

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará menos)	Proveedores no participantes (Usted pagará más)	
Si necesita atención inmediata	<u>Servicios de la sala de emergencias</u>	<p><u>Servicios del médico:</u> \$20 de <u>copago</u>/visita. Primeras 3 visitas/individuo/año: \$150 de <u>copago</u>/visita a la sala de emergencias. A partir de entonces: \$300 de <u>copago</u>/visita a la sala de emergencias.</p>	Lo mismo que <u>dentro de la red</u> más cargos por encima del <u>importe permitido</u> .	El <u>copago</u> de la sala de emergencias no se aplica si se admite.
	<u>Traslado médico de emergencia</u>	Sin cargo hasta \$20,000, luego 15% de <u>coseguro</u> , hasta un máximo de bolsillo de \$2,000 por visita.	Sin cargo hasta \$20,000, luego 15% de <u>coseguro</u> , hasta un máximo de bolsillo de \$2,000 por visita.	-- Ninguna --
	<u>Cuidado urgente</u>	\$20 de <u>copago</u> /visita.	No cubierto.	-- Ninguna --
Si lo admiten al hospital	Cargo de centro (p. ej., habitación)	Sin cargo hasta \$20,000, luego 15% de <u>coseguro</u> , hasta un máximo de bolsillo de \$2,000 por ingreso.	No cubierto.	Cobertura limitada a tarifa para habitación semi-privada. Se requiere <u>autorización previa</u> para la cobertura. Beneficios no cubiertos cuando se requiere <u>autorización previa</u> y no se obtiene.
	Tarifa del médico/cirujano	<p><u>Servicios del médico:</u> sin cargo. <u>Servicios del cirujano:</u> \$30 de <u>copago</u>/visita.</p>	No cubierto.	-- Ninguna --

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará menos)	Proveedores no participantes (Usted pagará más)	
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Visitas al consultorio de salud mental: \$20 de <u>copago</u> /visita. Servicios de abuso de sustancias: sin cargo. Otros servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo hasta \$20,000, luego 15% de <u>coseguro</u> , hasta un máximo de bolsillo de \$2,000 por curso de tratamiento.	No cubierto.	Otros servicios para pacientes ambulatorios: se requiere <u>autorización previa</u> para la cobertura. Beneficios no cubiertos cuando se requiere <u>autorización previa</u> y no se obtiene.
	Servicios de pacientes internados	Sin cargo hasta \$20,000, luego 15% de <u>coseguro</u> , hasta un máximo de bolsillo de \$2,000 por ingreso.	No cubierto.	Cobertura limitada a tarifa para habitación semi-privada. Se requiere <u>autorización previa</u> para la cobertura. Beneficios no cubiertos cuando se requiere <u>autorización previa</u> y no se obtiene.
Si está embarazada	Visita a consultorio de Médico	20% de <u>copago</u> /visita.	No cubierto.	El <u>costo compartido</u> no se aplica a <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otro lugar en el SBC (es decir, ultrasonido).
	Cuidados prenatales y post parto	Sin cargo hasta \$20,000, luego 15% de <u>coseguro</u> , hasta un máximo de bolsillo de \$2,000 por ingreso.	No cubierto.	Cobertura limitada a tarifa para habitación semi-privada. Se requiere <u>autorización previa</u> para la cobertura de la estadía de más de 48 horas (96 horas para la cesárea). Beneficios no cubiertos cuando se requiere <u>autorización previa</u> y no se obtiene.
	Parto y todos los servicios de internación			

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará menos)	Proveedores no participantes (Usted pagará más)	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin cargo.	No cubierto.	Límite: 90 visitas/año. Se requiere <u>autorización previa</u> para la cobertura. Beneficios no cubiertos cuando se requiere <u>autorización previa</u> y no se obtiene.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente ambulatorio: \$20 de <u>copago</u> /visita. Pacientes hospitalizados: sin cargo hasta \$20,000, luego 15% de <u>coseguro</u> , hasta un máximo de bolsillo de \$2,000 por ingreso.	No cubierto.	-- Ninguna --
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	20% de <u>copago</u> /visita.	No cubierto.	Límite combinado de terapia del habla, ocupacional y física: 60 visitas/año. Análisis conductual aplicado para niños dependientes de 1 a 6 años con límite de trastorno del espectro autista: 20 horas por semana. Se requiere <u>autorización previa</u> para la cobertura. Beneficios no cubiertos cuando se requiere <u>autorización previa</u> y no se obtiene.
	<u>Cuidado de enfermería especializado</u>	Sin cargo hasta \$20,000, luego 15% de <u>coseguro</u> , hasta un máximo de bolsillo de \$2,000 por ingreso.	No cubierto.	Límite: 100 días/año. Se requiere <u>autorización previa</u> para la cobertura. Beneficios no cubiertos cuando se requiere <u>autorización previa</u> y no se obtiene.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo hasta \$5,000/año. A partir de entonces, 15% de coseguro.	No cubierto.	Scooters y sillas de ruedas motorizadas cubiertos hasta \$ 2,500. Es posible que se requiera una <u>autorización previa</u> para la cobertura de ciertos artículos. Beneficios no cubiertos cuando se requiere <u>autorización previa</u> y no se obtiene.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará menos)	Proveedores no participantes (Usted pagará más)	
	<u>Cuidado de hospicio</u>	Sin cargo.	No cubierto.	Límite: 6 meses. Se requiere <u>autorización previa</u> para los servicios de pacientes internados. Beneficios no cubiertos cuando se requiere <u>autorización previa</u> y no se obtiene.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para hijos	Sin cargo. <u>Deducible</u> no se aplica.	Optometrista: Sin cargo hasta un <u>importe permitido</u> de \$20. Oftalmólogo: Sin cargo hasta un <u>importe permitido</u> de \$30.	Menos de 19 años: límite de 1 examen/12 meses; 19 años y más: límite de 1 examen / 24 meses. Administrado por separado por Davis Vision.
	Anteojos para hijos	Sin cargo por ciertos lentes y marcos. <u>Deducible</u> no se aplica.	Lentes: Sin cargo hasta un <u>importe permitido</u> de \$30. Marcos: Sin cargo hasta un <u>importe permitido</u> de \$20.	Menos de 19 años: límite de 1 par de anteojos/12 meses; mayores de 19 años: límite de 1 par de anteojos/24 meses. Administrado por separado por Davis Vision.
	Consulta dental para hijos	Sin cargo. <u>Deducible</u> no se aplica.	Sin cargo hasta un <u>importe permitido</u> .	Límite: 2 exámenes / 12 meses. Estimación previa al tratamiento recomendada para servicios por un total de \$300 o más. Administrado por separado por Delta Dental.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su <u>plan</u> NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del <u>plan</u> para otros <u>servicios excluidos</u> .)		
<ul style="list-style-type: none">• Cirugía cosmética (excepto después de una lesión accidental o mastectomía)	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado de largo plazo (excepto si es admitido dentro de las 24 horas del alta hospitalaria)• Enfermería privada	<ul style="list-style-type: none">• Programas para bajar de peso (excepto consejería nutricional <u>dentro de la red</u> y según lo requiera ACA)
Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)		
<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura (30 visitas/año)• Cirugía bariátrica (se requiere <u>autorización previa</u> para la cobertura)• Cuidado quiropráctico (30 visitas/año)	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado dental (Adulto)• Audífonos (\$1,200 por audífono cada 5 años)• Tratamiento de infecundidad	<ul style="list-style-type: none">• Atención no de emergencia al viajar fuera de EE.UU. (Vea www.bcbs.com)• Cuidado de rutina de los ojos (Adulto)• Cuidado de rutina de los pies

Su derecho para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si usted desea continuar su cobertura después que termine. La información de contacto para esas agencias es: la Administración de Seguridad de los Beneficios de Empleados del Departamento de Trabajo de EE.UU. al 866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Usted puede tener otras opciones de cobertura disponibles, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene una queja contra su plan debido a un rechazo de una reclamación. Esta queja se llama un agravio o apelación. Para más información sobre sus derechos, vea la explicación de beneficios que usted recibirá para esa reclamación médica. Sus documentos del plan también proporcionan información completa para presentar a su plan una reclamación, apelación o agravio por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o ayuda, comuníquese con: 781-272-1000 o 800-342-3792. Asimismo, puede comunicarse con la Administración de Seguridad de los Beneficios de Empleados del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Provee cobertura esencial mínima esta cobertura? Sí

Si usted no tiene Cobertura Esencial Mínima para un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, salvo que califique para una exención del requisito de que usted tenga cobertura de salud para ese mes.

¿Satisface esta cobertura el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no satisface el Estándar de Valor Mínimo usted puede ser elegible para un crédito impositivo de prima para ayudar a pagar por un plan a través del Mercado.

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la sección siguiente



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos indicados solo son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los importes de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) así como los [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted pudiera pagar bajo diferentes [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal [dentro de la red](#) y un parto en hospital)

■ El deducible general del plan	\$250
■ Copago OB/GYN	20%
■ Hospital (centro) coseguro	0%
■ Otros	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:
 Visitas a consultorios de OB/GYN (*atención prenatal*)
 Alumbramiento/Servicios Profesionales del Parto
 Servicios de Centro de Alumbramiento/Parto
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita de [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del Ejemplo	\$12,800
-------------------------	----------

En el ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos Compartidos</i>	
Deducibles	\$250
Copagos	\$60
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Peg pagaría es	\$320

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	\$250
■ Especialista copago	\$30
■ Hospital (centro) coseguro	0%
■ Otros	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:
 Visitas al [consultorio del médico primario](#)
(incluye educación sobre enfermedades)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos de receta](#)
[Equipos médicos duraderos](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total del Ejemplo	\$7,400
-------------------------	---------

En el ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos Compartidos</i>	
Deducibles	\$250
Copagos	\$780
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,300

Fractura simple de Mia

(visita a sala de emergencia [dentro de la red](#) y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Servicios de rehabilitación	\$75
■ Hospital (centro) copago	\$300
■ Otros	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:
 Atención en sala de emergencia
(incluyendo suministros médicos)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipos médicos duraderos](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del Ejemplo	\$1,900
-------------------------	---------

En el ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos Compartidos</i>	
Deducibles	\$250
Copagos	\$350
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$600