

**FONDO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES DE MASSACHUSETTS**

---

P. O. BOX 3005 • 14 NEW ENGLAND EXECUTIVE PARK • SUITE 200  
BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803  
TELÉFONO (781) 272-1000 • GRATIS (800) 342-3792 • FAX (781) 238-0703

Diciembre, 2014

**Re: Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC por sus siglas en inglés) Plan B**

Estimados Miembros y Familia:

Adjunto encontrará El Resumen de Beneficios y Cobertura del Fondo (SBC) para el **Plan B**. Este documento. Este documento provee descripción general de los beneficios de salud proporcionados por nuestro Fondo bajo el Plan B. Los SBCs son requeridos por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) / Reforma Federal de Salud.

**Los Requisitos de la ACA para los SBCs**

Para entender mejor los beneficios otorgados por este Fondo, le recomendamos que consulte los materiales que el Fondo mantiene para ayudarle: en la página web del Fondo, [www.mlb.org](http://www.mlb.org), el Resumen Descriptivo del Plan (SPD), y otros documentos que usted está acostumbrado a ver.

**Para Más Información**

Por favor, mantenga el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC por sus siglas en inglés) con su Resumen Descriptivo del Plan (SPD) para una fácil referencia. El que usted reciba este documento no significa que sea elegible. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la cobertura que el Fondo provee, por favor llame a la Oficina del Fono al (781) 272-1000 o 800-342-3792 (sin cargo).

Sinceramente,

La Junta Administrativa

***This notice is available in English on the website [www.mlb.org](http://www.mlb.org)***



**Éste es solo un resumen.** Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en [www.mlbf.org](http://www.mlbf.org) o llamando al 781-272-1000 o al 800-342-3792 (sin cargo).

Preguntas Importantes	Respuestas	¿Por qué es Importante?
¿Qué es el <b>deducible</b> general?	Proveedor PPO: <b>\$500</b> por persona/ <b>\$1,000</b> por familia; Proveedor No PPO: <b>\$1,000</b> por persona/ <b>\$2,000</b> por familia. No corresponde a los medicamentos de receta, chequeos médicos anuales, dental o visión. Los saldos de facturación y servicios excluidos no cuentan para el <b>deducible</b> .	Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del <b>deducible</b> antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que usted usa. Consulte su póliza o el documento del plan para ver cuándo el <b>deducible</b> comienza de nuevo (usualmente, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte el cuadro que empieza en la página 2 para ver cuánto debe pagar por los servicios cubiertos después de satisfacer el <b>deducible</b> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar <b>deducibles</b> para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite para los <b>gastos de mi bolsillo</b> ?	No.	No hay límite en la cantidad que puede pagar durante un período de cobertura por su porción del costo de los servicios cubiertos.
¿Cuáles son los gastos que no están incluidos en el <b>límite de gastos del bolsillo</b> ?	Este plan no tiene <b>límite de gastos del bolsillo</b> .	No aplica porque no hay <b>límite de gastos del bolsillo</b> sobre sus gastos.
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe cualquier límite sobre lo que pagará el plan por servicios cubiertos <i>específicos</i> , como las visitas a consultorio.
¿Tiene este plan una <b>red de proveedores</b> ?	Sí. Visite <a href="http://www.bcbs.com">www.bcbs.com</a> o llame al 1-800-810-2583 (sin cargo) para obtener una lista de los proveedores de PPO.	Si usted usa un médico u otro <b>proveedor</b> de servicios médicos dentro de la red, este plan pagará parte de o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red puede usar un <b>proveedor</b> fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan el término dentro de la red, <b>preferido</b> o participante para los <b>proveedores</b> de su <b>red</b> . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para ver cómo este plan les paga a los diferentes tipos de <b>proveedores</b> .

**Preguntas:** Llame al 781-272-1000 o 800-342-3792 (sin cargo) o visitenos [www.mlbf.org](http://www.mlbf.org).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en

[www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llame al 781-272-1000 o 800-342-3792 (sin cargo) y pida una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	¿Por qué es Importante?
¿Necesito una referencia para ver un especialista?	No.	Usted puede consultar con el <b>especialista</b> de su selección sin obtener el permiso de este plan.
¿Hay algunos servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios no cubiertos por este plan se enumeran en la página 7. Consulte su póliza o documento del plan para obtener información adicional sobre los <b>servicios excluidos</b> .



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$20) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** PPO cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores PPO	Sus costos si usted usa proveedores no PPO	Limitaciones y excepciones
	Consulta con su médico principal para tratar una enfermedad o herida	\$20 de copago luego 10% de cargos	25% de los cargos razonables y acostumbrados	Ninguna
	Consulta con un especialista	\$20 de copago luego 10% de cargos	25% de los cargos razonables y acostumbrados	Ninguna
	Consulta con otro proveedor de la salud	Quiropráctico, acupuntura, biorretroalimentación, homeopatía, terapia de masaje, naturopatía, nutrición y medicina oriental: 20% del cargo del proveedor; el Plan paga hasta un máximo de \$50 por visita	Acupuntura, biorretroalimentación, homeopatía, terapia de masaje, naturopatía, nutrición y medicina oriental: 20% del cargo del proveedor; el Plan paga hasta un máximo de \$50 por visita	Quiropráctico: máx. 30 visitas/año; acupuntura: máx. 30 visitas/año; todos los demás: máx. combinado de 40 visitas/año. Terapia de masaje: máx. 12 visitas/año. Se requiere autorización previa para todos excepto la acupuntura; se negarán los servicios hasta que se reciba la autorización previa. Servicios quiroprácticos provistos solo por proveedores de la red BCBS PPO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores PPO	Sus costos si usted usa proveedores no PPO	Limitaciones y excepciones
<p>Si se atiende en la clínica o en el consultorio del médico <u>proveedor</u></p> <p>Si se atiende en la clínica o en el consultorio del médico <u>proveedor</u></p>	<p>Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas</p>	<p>\$20 de copago por chequeo médico anual y cuidado de bebé sano</p>	<p>\$20 de copago por chequeo médico anual y cuidado de bebé sano</p>	<p>El chequeo médico anual incluye ciertos servicios de laboratorio y radiografías. Inmunizaciones: \$20 de copago proveedor (pago de proveedor no PPO: usted paga cualquier cantidad por encima de los cargos razonables y acostumbrados) si es una consulta aparte del chequeo médico</p>
<p>Si tiene que hacerse un examen</p>	<p>Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)</p>	<p>Sin costo</p>	<p>25% de los cargos razonables y acostumbrados</p>	<p>Ninguna</p>
	<p>Imágenes (CT/PET scan, MRI)</p>	<p>\$20 de copago (si la prueba se realiza en un hospital)</p>	<p>25% de los cargos razonables y acostumbrados (si la prueba se realiza en un hospital)</p>	<p>Ninguna</p>

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores PPO	Sus costos si usted usa proveedores no PPO	Limitaciones y excepciones
<p><b>Si necesita un medicamento para su enfermedad o condición</b></p> <p>Para más información sobre la <b>cobertura de medicamentos</b> visite <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a>.</p>	Medicamentos genéricos	\$5 de copago minorista; \$10 de copago pedido por correo	ESI le reembolsará la cantidad permitida, menos el copago dentro de la red	<p>Cubre suministro de 30 días (minorista); suministro de 90 días (pedido por correo); solo se cubrirá el surtido inicial y dos renovaciones de la misma receta (tres suministros de 30 días) por copago. El copago de renovaciones adicionales en farmacia minorista es 50% del costo. Ciertos medicamentos requieren autorización previa. Otros son parte del programa de terapia escalonada del plan</p>
	Medicamentos de marca preferidos	\$15 de copago minorista; \$30 de copago pedido por correo	ESI le reembolsará la cantidad permitida, menos el copago dentro de la red	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$25 de copago minorista; \$50 de copago pedido por correo	ESI le reembolsará la cantidad permitida, menos el copago dentro de la red	
	Medicamentos especiales	Igual que los medicamentos no especiales	Igual que los medicamentos no especiales	
<p><b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b></p>	Gastos Administrativos (Hospital)	Sin costo para los primeros \$7,500 de cargos, luego 15% del exceso, hasta un máximo del bolsillo de \$5,000 por ingreso	10% de los primeros \$7,500 de cargos, luego 25% del exceso, hasta un máximo del bolsillo de \$7,000 por ingreso	Ninguna
	Tarifa del médico/ cirujano	\$20 de copago luego 10% de cargos	25% de los cargos razonables y acostumbrados	Ninguna

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores PPO	Sus costos si usted usa proveedores no PPO	Limitaciones y excepciones
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	Servicios de la sala de emergencias	Copago inicial de \$20, luego sin costo después de \$75 de copago adicional por cada tratamiento de emergencia	Copago inicial de \$75, luego 25% de los cargos razonables y acostumbrados por cada tratamiento de emergencia	No se aplica el copago si es admitido al hospital
	Traslado médico de emergencia	Sin costo	Sin costo	Ninguna
	Cuidado urgente	\$20 de copago luego 10% de cargos	25% de los cargos razonables y acostumbrados	Ninguna
<b>Si lo admiten al hospital</b>	Gastos Administrativos (Hospital)	Sin costo para los primeros \$7,500 de cargos, luego 15% del exceso, hasta un máximo del bolsillo de \$5,000 por ingreso	10% de los primeros \$7,500 de cargos, luego 25% del exceso, hasta un máximo del bolsillo de \$7,000 por ingreso	Comuníquese con BCBS al menos 10 días antes de los ingresos no de emergencia (se negarán los servicios hasta que se reciba la autorización previa), y dentro de 48 horas de un ingreso de emergencia; se cubren los cargos de habitación semiprivada
	Tarifa del médico/ cirujano	\$20 de copago luego 10% de cargos	25% de los cargos razonables y acostumbrados	Ninguna

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores PPO	Sus costos si usted usa proveedores no PPO	Limitaciones y excepciones
<b>Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$20 de copago	25% de los cargos razonables y acostumbrados	Ninguna
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Sin costo para los primeros \$7,500 de cargos, luego 15% del exceso, hasta un máximo del bolsillo de \$5,000 por ingreso	10% de los primeros \$7,500 de cargos, luego 25% del exceso, hasta un máximo del bolsillo de \$7,000 por ingreso	Se requiere autorización previa, excepto en caso de una emergencia. Se negarán los servicios hasta que se reciba la autorización previa
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Sin costo para los primeros \$500 de cargos, luego 10% de cargos,	25% de los cargos razonables y acostumbrados	Ninguna
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	Sin costo para los primeros \$7,500 de cargos, luego 15% del exceso, hasta un máximo del bolsillo de \$5,000 por ingreso	10% de los primeros \$7,500 de cargos, luego 25% del exceso, hasta un máximo del bolsillo de \$7,000 por ingreso	Se requiere autorización previa, excepto en caso de una emergencia. Se negarán los servicios hasta que se reciba la autorización previa
<b>Si está embarazada</b>	Cuidados prenatales y post parto	Cargo global por embarazo	Cargo global por embarazo	Ninguna
	Parto y todos los servicios de internación	Sin costo para los primeros \$7,500 de cargos, luego 15% del exceso, hasta un máximo del bolsillo de \$5,000 por ingreso	10% de los primeros \$7,500 de cargos, luego 25% del exceso, hasta un máximo del bolsillo de \$7,000 por ingreso	Se requiere certificación previa para una hospitalización prolongada; el costo de una enfermera comadrona certificada o centro de maternidad está cubierto si el tratamiento hubiera sido realizado por un médico autorizado en un hospital

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores PPO	Sus costos si usted usa proveedores no PPO	Limitaciones y excepciones
<b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b>	Cuidado de la salud en el hogar	No hay costo para hasta 90 visitas por año calendario	No hay costo para hasta 90 visitas por año calendario	Se requiere certificación previa; se negarán los servicios hasta que se reciba la autorización previa; se combinan los límites de beneficios PPO y no PPO
	Servicios de rehabilitación	\$20 de copago luego 10% de cargos	25% de los cargos razonables y acostumbrados	-- Ninguna --
	Servicios de recuperación de las habilidades	No está cubierto	No está cubierto	Usted debe pagar el 100% de estos gastos, incluso dentro de la red
	Cuidado de enfermería especializado	No hay costo para hasta 90 visitas por año calendario	No hay costo para hasta 90 visitas por año calendario	Se requiere certificación previa; se negarán los servicios hasta que se reciba la autorización previa; se combinan los límites de beneficios PPO y no PPO
	Equipo médico duradero	Sin costo para hasta \$5,000 de cargos luego 15% del exceso, renovables anualmente	Sin costo para hasta \$5,000 de cargos luego 25% del exceso, renovables anualmente	La cantidad de beneficio de \$5,000 por año se aplica a todo el equipo médico duradero de alquiler y comprado: las sillas de ruedas motorizadas y los patineta están cubiertos hasta \$2,500; las pelucas están cubiertas por los motivos médicos especificados una vez por año calendario
	Cuidado de hospicio	Sin costo para los servicios y suministros cubiertos hasta un período de seis meses	Sin costo para los servicios y suministros cubiertos hasta un período de seis meses	Se requiere autorización previa; se negarán los servicios hasta que se reciba la autorización previa; se combinan los límites de beneficios PPO y no PPO
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista	Sin costo	No hay costo hasta \$20 para optometrista; no hay costo hasta \$30 para oftalmólogo	Cada 12 meses para niños menores de 19 años de edad y cada 24 meses para los que tengan más de 19 años de edad (proveedor no PPO: sin límites de frecuencia para niños menores de 19 años de edad)
	Anteojos	No hay costo para ciertos lentes y marco	Reembolso programado para lentes y marco	Limitado a un examen oral cada seis meses y limpieza dos veces por año
	Consulta dental	Sin costo	Sin costo hasta los cargos razonables y acostumbrados	



## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Los servicios que su plan NO cubre.** (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o documentos del plan para otros servicios que no están cubiertos.)

- Cirugía cosmética (Generalmente se excluye, con ciertas excepciones)
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado de largo plazo
- Enfermería privada
- Programas para bajar de peso
- Servicios de recuperación de las habilidades

**Otros servicios cubiertos.** (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- Acupuntura (Máximo de 30 visitas al año)
- Cirugía bariátrica (Cirugía de derivación gástrica y paniclectomía después de pérdida de peso, con autorización previa)
- Cuidado quiropráctico (Máximo de 30 visitas por año; dentro de la red solamente)
- Cuidado dental (Adultos)
- Audífonos (Aplican límites)
- Atención no de emergencia al viajar fuera de EE.UU.
- Cuidado de rutina de los ojos (Adultos)
- Cuidado de rutina de los pies (Solamente a través de un podólogo)

## Su derecho para continuar con la cobertura:

Si usted pierde la cobertura bajo el plan, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales podrán ofrecer protecciones que le permitan mantener su cobertura de salud. Cualquier tal derecho puede estar limitado en cuanto a su duración y exigirá el pago de una **prima**, la cual podrá ser significativamente mayor que la prima que usted paga mientras esté cubierto bajo el plan. También se podrán aplicar otras limitaciones a sus derechos para continuar con la cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 781-272-1000 o 800-342-3792 (sin cargo). También se puede comunicar con el departamento de seguros de su estado, la Administración de Seguridad de los Beneficios de Empleados del Departamento de Trabajo de EE.UU. al 866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o el Departamento de Salud y Recursos Humanos de los EE.UU. al 877-267-2323 ext. 61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).

## Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una negación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con al 781-272-1000 o 800-342-3792 (sin cargo). 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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

## ¿Provee cobertura esencial mínima esta cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima”. **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

## ¿Satisface esta cobertura el estándar de valor mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuarial). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

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

## Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente en ejemplo entre los distintos planes.



**Ésta no es una herramienta de cálculo de costos.**

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

### Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$6,860
- El paciente paga: \$680

#### Ejemplo de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$500
Copagos	\$10
Coseguro	\$20
Límites o exclusiones	\$150
<b>Total</b>	<b>\$680</b>

### Control de la diabetes tipo 2 (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,380
- El paciente paga: \$1,020

#### Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$500
Copagos	\$370
Coseguro	\$70
Límites o exclusiones	\$80
<b>Total</b>	<b>\$1,020</b>

## Preguntas and respuestas sobre los ejemplos mencionados:

### ¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La condición del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

### ¿Qué muestra el Ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo se suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

### ¿Contempla el Ejemplo mis propias necesidades?

- ✘ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

### ¿Puede el Ejemplo de cobertura predecir mis gastos futuros?

- ✘ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

### ¿Puedo usar los Ejemplos para comparar los planes?

- ✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

### ¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

- ✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.

**Preguntas:** Llame al 781-272-1000 o 800-342-3792 (sin cargo) o visítenos [www.mlbf.org](http://www.mlbf.org).

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en

[www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o llame al 781-272-1000 o 800-342-3792 (sin cargo) y pida una copia.