
 El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le 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 (denominado prima) se proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.MyAmeriBen.com o llame al 1-855-258-2658. Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Para ver el Glosario, visite www.MyAmeriBen.com o llame al 1-855-258-2658 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas			Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?		Perteneciente a la red	No perteneciente a la red	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene a otros familiares en el <u>plan</u> , cada miembro de su familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.
	Por participante:	\$2,800	\$8,400	
	Por familia:	\$5,600	\$16,800	
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. Atención preventiva.			Este <u>plan</u> cubre algunos ítems y servicios incluso si no alcanzó el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible. Puede ver una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.			No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <u>plan</u> ?		Perteneciente a la red	No perteneciente a la red	El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es el máximo que pagaría en un año por los servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta cubrir el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar total.
	Por participante:	\$6,750	\$18,000	
	Por familia:	\$13,500	\$36,000	
¿Qué no incluyen los gastos directos del bolsillo?	Primas, penalidades, montos que superan los cargos habituales y cargos que este Plan no cubre.			Aunque pague estos gastos, estos no cuentan para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red medica</u> ?	Sí, para servicios médicos: Anthem. Para obtener una lista de proveedores preferidos, llame a Anthem, al 1-800-810-BLUE o visite www.anthem.com . Sí, para medicamentos recetados: Magellan Rx. Para obtener una lista de farmacias minoristas y por correo, ingrese a www.magellanrx.com .			Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si utiliza un <u>proveedor</u> fuera de la <u>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 <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor</u> de la <u>red</u> puede utilizar a un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para ciertos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.

¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que desee sin una <u>derivación</u> .
---	-----	--

 Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Eventos médicos comunes
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor</u> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 de copago/por proveedor, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	<p>El <u>copago</u> de visita al consultorio se aplicará a todos los servicios realizados en un consultorio, a excepción de: quimioterapia, radioterapia, pruebas de diagnóstico/estudios por imágenes avanzados y cirugía.</p> <p>Se considera que los siguientes proveedores son médicos de atención primaria (PCP): Médicos de Medicina Interna, Médicos Generalistas/Familiares, Ginecólogos/Obstetras, Pediatras, Médicos de Salud del Comportamiento, Enfermeras Especializadas y Auxiliares Médicos.</p> <p>Se cubren las visitas al hogar.</p> <p>Se requiere precertificación para algunos servicios en el consultorio, como quimioterapia/radioterapia y estudios por imágenes avanzados. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.</p> <p>Es posible que usted deba pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su <u>plan</u>.</p>
	Visita al <u>especialista</u>	\$60 de copago/por proveedor, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	
	<u>Atención preventiva/examen colectivo</u> /vacuna	Sin cargo	40% de coseguro, después del deducible	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Eventos médicos comunes
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	Se requiere precertificación. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.magellanrx.com	Medicamentos genéricos	Suministro para 1-30 días: \$15 de copago, después del deducible Suministro para 31-90 días: \$37.50 de copago, después del deducible	Sin cobertura	Farmacia minorista y pedido por correo: Limitado a suministro para noventa (90) días No todos los <u>medicamentos recetados</u> están cubiertos. Para determinar si un medicamento específico está cubierto por su <u>plan</u> , ingrese a su cuenta en www.magellanrx.com .
	Medicamentos de marcas preferidas	Suministro para 1-30 días: \$35 de copago, después del deducible Suministro para 31-90 días: \$87.50 de copago, después del deducible	Sin cobertura	Si obtiene <u>medicamentos recetados</u> de una farmacia no perteneciente a la <u>red</u> , o si obtiene <u>medicamentos recetados</u> de una farmacia perteneciente a la <u>red</u> pero no usa la tarjeta de identificación, tendrá que pagar el costo total de la receta.
	Medicamentos de marcas no preferidas	Suministro para 1-30 días: \$55 de copago, después del deducible Suministro para 31-90 días: \$137.50 de copago, después del deducible	Sin cobertura	Se requiere precertificación para medicamentos recetados al superar \$15,000. Los medicamentos especializados pueden surtirse una (1) vez en una farmacia minorista y luego mediante pedido por correo. **También incluye la diferencia de costo entre los medicamentos de marca y genéricos, a menos que el <u>medicamento recetado</u> no se fabrique de forma genérica o el <u>médico</u> haya indicado "medicamento de marca médicamente necesario" o algo similar. No se
	<u>Medicamentos especializados</u>	Suministro para 30 días solamente: 25% de coseguro, después del deducible	Sin cobertura	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Eventos médicos comunes
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				aplican penalidades al <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	Se requiere precertificación. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
	Honorarios del médico/cirujano	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Emergencia real: \$250 de copago/visita, después del deducible Emergencia no real: \$250 de copago/visita, después del deducible	Emergencia real: \$250 de copago/visita, después del deducible de la red Emergencia no real: \$250 de copago/visita, después del deducible	El <u>copago</u> de visita por emergencia real se anulará si el paciente es ingresado al hospital.
	Transporte médico de emergencia	0% de coseguro, después del deducible	0% de coseguro, después del deducible de la red	Los cargos cubiertos incluyen: ambulancia terrestre, aérea y acuática. Se cubren los cargos por transporte entre establecimientos <u>médicamente necesario</u> al hospital general acreditado más cercano con instalaciones adecuadas para el tratamiento. No se cubre el alquiler de ambulancia aérea. Se requiere precertificación para ambulancia sin carácter de emergencia. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
	Atención de urgencia	\$100 de copago/por proveedor, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	El <u>copago</u> se aplicará a todos los servicios realizados en una sala de atención de urgencia, a excepción de: quimioterapia,

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Eventos médicos comunes
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				radioterapia, pruebas de diagnóstico/estudios por imágenes y cirugía. Las clínicas minoristas están cubiertas con un <u>copago</u> de \$75 después del <u>deducible</u> .
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	Se requiere precertificación. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
	Honorarios del médico/cirujano	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Visitas al consultorio: \$25 de copago/por proveedor, después del deducible Otros servicios: 0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	Se requiere precertificación para tratamiento diurno psiquiátrico intensivo, hospitalización parcial y centro de tratamiento residencial para pacientes ambulatorios. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
	Servicios internos	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	Se requiere precertificación. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> .
	Servicios de parto profesionales	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> .
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías). No se cubren los nacimientos en el hogar.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Eventos médicos comunes
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	<p>Se requiere precertificación para ciertos servicios dentro de esta categoría. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.</p> <p>Máximo por año calendario: Ciento veinte (120) visitas. Cuatro horas o menos de servicios de auxiliares de la salud no supervisados equivalen a una visita de <u>atención médica en el hogar</u>.</p> <p>Los servicios de terapia de <u>rehabilitación</u> prestados en el hogar se aplicarán al máximo de terapia. Los servicios de terapia administrados en el hogar como parte de un plan de atención médica en el hogar no se aplicarán al máximo de atención médica en el hogar.</p>
	Servicios de rehabilitación	<p>Terapias para pacientes ambulatorios: \$60 de copago/por proveedor, después del deducible</p> <p>Otros servicios: 0% de coseguro, después del deducible</p>	40% de coseguro, después del deducible	<p>Máximo por año calendario: Sesenta (60) visitas combinadas para terapias del habla, física y ocupacional.</p> <p>El máximo de <u>servicios de rehabilitación</u> para pacientes hospitalizados se combina con el de <u>enfermería especializada</u>.</p>
	Servicios de habilitación			<p>Se requiere precertificación para el ingreso de pacientes hospitalizados. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.</p>
	Cuidado de enfermería especializada	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	<p>Máximo por año calendario: Noventa (90) días. Este máximo se combina con los</p>

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Eventos médicos comunes
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				<p><u>servicios de rehabilitación</u> para pacientes hospitalizados.</p> <p>Se requiere precertificación. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.</p>
	Equipo médico duradero	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	<p>Se requiere precertificación para ciertos dispositivos en esta categoría. Si no se obtiene la precertificación, podrían denegarse los beneficios o aplicarse una penalidad del 40% luego de que una revisión retroactiva de los servicios pruebe la necesidad médica.</p>
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	0% de coseguro, después del deducible	40% de coseguro, después del deducible	La atención de relevo está cubierta.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

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

<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Audífonos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad (se cubren las pruebas) • Atención prolongada • Atención sin carácter de emergencia al viajar fuera de los EE. UU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada • Cuidado rutinario de los ojos (adultos) • Cuidado rutinario de los pies (excepto cuando es debido a una enfermedad metabólica o vascular periférica, o fascitis plantar) • Programas para perder peso
--	---	---

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (limitado a veinte (20) visitas combinadas con atención quiropráctica) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica (limitado a veinte (20) visitas combinadas con acupuntura)
---	---

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con el Administrador de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA) del Plan en AmeriBen, P.O. Box 7186, Boise, ID 83707, 1-855-258-2658. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

También puede comunicarse con el administrador externo (TPA) para ayudar al administrador del plan con la adjudicación de reclamaciones. El nombre, la dirección y el número de teléfono del TPA son:

AmeriBen
Attention: Appeals Coordination
P.O. Box 7186
Boise, ID 83707
1-866-504-6814

Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-258-2658.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-258-2658.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-855-258-2658.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-258-2658.

————— *Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.* —————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con under otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$5,600
■ Especialista costo compartido	\$60
■ Hospital (instalaciones) costo compartido	0%
■ Otro costo compartido	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$40
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Peg pagaría es	\$3,050

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$2,800
■ Especialista costo compartido	\$60
■ Hospital (instalaciones) costo compartido	0%
■ Otro costo compartido	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,400
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$200
El total que Joe pagaría es	\$3,900

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$2,800
■ Especialista costo compartido	\$60
■ Hospital (instalaciones) costo compartido	0%
■ Otro costo compartido	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$1,900
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,900
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,900

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO