



El documento de Resumen y Beneficios de Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC le indica de qué modo usted y el plan comparten los costos de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado tarifa) se proporciona en un documento separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para conseguir una copia de las cláusulas de cobertura completas, incluida la Descripción del Resumen del Plan, visite [www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org) o llame al 1-800-293-1370. Para conocer las definiciones generales de los términos comunes como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos que aparecen subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) o puede llamar al 1-800-293-1370 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<p>Proveedor de la <u>red</u> por año calendario: \$3,000/persona; \$6,000/familia</p> <p>Proveedor fuera de la <u>red</u> por año calendario: \$10,000/persona; \$20,000/familia</p>	<p>Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares inscritos en el plan, cada uno de ellos debe alcanzar su propio <u>deducible</u> hasta que la cantidad total de gastos <u>deducibles</u> pagada por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar total.</p>
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	<p>Sí. <u>Cuidado preventivo</u> realizado por <u>Proveedores de la Red</u>, la segunda opinión quirúrgica, visita en línea dentro de la red, y <u>medicamentos recetados</u> para pacientes ambulatorios están cubiertos antes de cumplir con su <u>deducible</u>.</p>	<p>Este plan cubre algunos artículos y servicios aun si todavía no ha alcanzado la cantidad <u>deducible</u>. Sin embargo, 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 que alcance su <u>deducible</u>. Puede ver una lista de <u>servicios preventivos</u> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>.</p>
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario que alcance <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> de este plan?	<p>Proveedor de la <u>red</u> del plan médico: \$5,600/persona; \$11,200/familia por año calendario</p> <p>Proveedor fuera de la red: Sin <u>límite de gastos de bolsillo</u>.</p> <p><u>Medicamentos recetados</u> para pacientes ambulatorios por año calendario: \$1,000/persona; \$2,000/familia</p>	<p>El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de su familia en este plan, deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite de gastos de bolsillo</u> total familiar.</p>

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Para el plan Médico: <u>tarifas</u> , cargos de <u>facturación de balance</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre, gastos de medicamentos para pacientes ambulatorios minoristas / pedidos por correo (que tienen un <u>límite de desembolso separado</u> ), tratamiento quiropráctico y <u>coseguros fuera de la red</u> , excepto Servicios de emergencia, ciertos servicios que no son de emergencia proporcionados por un proveedor que no es PPO en un centro PPO y / o servicio de ambulancia aérea (según lo cubierto por la Ley federal de No Sorpresas). El <u>límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados</u> no incluye <u>tarifas</u> , cargos por <u>facturación de saldo</u> , costos médicos y atención médica que no cubre este <u>plan</u> .	Si bien usted paga estos gastos, no se los tiene en cuenta para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Para consultar una lista de los <u>proveedores de la red</u> , visite <a href="http://www.MyIBXTPAbenefits.com">www.MyIBXTPAbenefits.com</a> o llame a Independence Administrators (IA) al 1-800-810-BLUE.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red del plan</u> . Pagará el costo máximo 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 de dicho <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita una derivación para consultar 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 figuran en esta tabla se aplican una vez que haya alcanzado su deducible, si es que se aplica un deducible.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor de atención médica</u>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Visita al consultorio: 20% <u>coseguro</u> . Visita en línea: \$5 <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	50% <u>coseguro</u> .	Sin cargo.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
	<u>Visita a un especialista</u>	20% de coseguro. Segunda opinión: Sin cargo hasta \$ 150, luego 20% de coseguro, deducible no aplica. Visita en línea: \$5 <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	50% <u>coseguro</u> . Segunda opinión: Sin cargo hasta \$ 150, luego 30% de coseguro, deducible no aplica no se aplica <u>deducible</u> .	Se recomienda obtener una <u>autorización previa</u> para los procedimientos quirúrgicos que excedan los \$1,500. Los servicios de un cirujano auxiliar corresponden a un 20% del cargo permitido para un cirujano principal.
	<u>Atención preventiva/ estudios de diagnóstico/ vacunas</u>	Sin cargo No se aplica <u>deducible</u> .	Pruebas/detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) ordenadas por un profesional de salud: 50% de coseguro  Sin cobertura	El <u>plan</u> cubre los <u>servicios preventivos</u> y suministros descritos en: <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Se aplican guías sobre edad y frecuencia a los servicios cubiertos de <u>atención preventiva</u> . Es posible que deba pagar por los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego verifique los gastos que cubre su <u>plan</u> .

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
Si le realizan un examen	Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	20% <u>coseguro</u> .	50% <u>coseguro</u> .	Sin cargo.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	20% <u>coseguro</u> .	50% <u>coseguro</u> .	Se recomienda contar con <u>autorización previa</u> para estudios de diagnóstico por imágenes como tomografía computada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET) y resonancia magnética (MRI).
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a> o al llamar al 1-800-987-7836.	Medicamentos genéricos	Farmacia minorista para un suministro de 30 días: \$10 <u>copago</u> por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: \$25 <u>copago</u> por receta No hay cargo por anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA.	\$60 <u>copago</u> más 20% <u>coseguro</u> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se aplica <u>deducible</u>.</li> <li>Con el fin de evitar el incumplimiento del pago, los medicamentos de mantenimiento necesitan un pedido por correo luego de surtir la receta por segunda vez en una farmacia minorista. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se toman para tratar condiciones crónicas como la diabetes, la artritis o la presión alta.</li> <li>Algunas recetas están sujetas a <u>autorización previa</u> (para evitar el incumplimiento del pago), límites de dosis y tratamientos escalonados.</li> <li>De acuerdo con las leyes federales, ciertos medicamentos recetados y de venta libre se pagan sin cargo con una receta médica.</li> <li>Si compra un medicamento de marca cuando está disponible un medicamento genérico, usted paga el <u>costo compartido</u> del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico.</li> <li>Si surte una receta en una farmacia fuera de la red, deberá pagar el 100% del costo del medicamento al momento de la compra y luego presentar una reclamación ante Express Scripts para que se le haga un reintegro. Además, en ese caso, el plan paga el 80% de la cantidad que pagaría si usted hubiera utilizado una farmacia minorista de la red.</li> <li>Se pueden obtener suministros de medicamentos de mantenimiento para 90 días en cualquier farmacia minorista Smart90</li> </ul>
	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia minorista para un suministro de 30 días: \$40 <u>copago</u> por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: \$100 <u>copago</u> por receta. No hay cargo por anticonceptivos de marca aprobados por la FDA si un anticonceptivo genérico se considera médicamente inadecuado.		
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia minorista para un suministro de 30 días: \$60 <u>copago</u> por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: \$150 <u>copago</u> por receta.		

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		<u>Proveedor de la Red</u> (usted paga el costo mínimo)	<u>Proveedor Fuera de la Red</u> (usted paga el costo máximo)	
	<u>Medicamentos es especialidad</u>	Usted paga un <u>copago</u> de \$50 por receta para un suministro de 30 y un <u>copago</u> de \$100 por receta para un suministro de 90 días.	Sin cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se aplica <u>deducible</u> fuera de la red. Los <u>medicamentos especializados</u> requieren <u>autorización previa</u> (para evitar la falta de pago) llamando a Accredo Specialty Pharmacy al 1-800-803-2523.</li> <li>La lista de <u>medicamentos especializados</u> de SaveOnSP está disponible llamando al 1-800-683-1074. Su <u>costo compartido</u> por estos <u>medicamentos especializados</u> “no esenciales”, así como cualquier tarifa cantidad pagado por el fabricante del medicamento a través de su programa de asistencia de <u>copagos</u>, no cuentan para el <u>límite de gastos de su bolsillo</u>.</li> </ul>

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% <u>coseguro</u> .	50% <u>coseguro</u> hasta un cargo máximo permitido de \$5,000 por sesión operativa y \$3,500 por otros servicios/suministros para pacientes ambulatorios.	Se recomienda obtener una <u>autorización previa</u> para los procedimientos quirúrgicos que excedan los \$1,500.
	Honorarios del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u> .	50% <u>coseguro</u> hasta un cargo máximo permitido de \$5,000 por sesión operativa y \$3,500 por otros servicios/suministros para pacientes ambulatorios.	Se recomienda obtener una <u>autorización previa</u> para los procedimientos quirúrgicos que excedan los \$1,500. Los servicios de un cirujano auxiliar corresponden a un 20% del cargo permitido para un cirujano principal.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en sala de emergencias</u>	\$250 <u>copago</u> por visita más 20% <u>coseguro</u> .	Para atención de emergencia: \$250 <u>copago</u> por visita más 20% <u>coseguro</u> . Para atención que no es de emergencia: \$250 <u>copago</u> por visita más 50% <u>coseguro</u> .	Es posible que los honorarios profesionales del médico/proveedor se facturen aparte. El <u>copago</u> no se aplica si la visita da lugar a la admisión inmediata al hospital como paciente hospitalizado.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$50 <u>copago</u> por viaje No se aplica <u>deducible</u> .	\$50 <u>copago</u> por viaje No se aplica <u>deducible</u> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios profesionales de ambulancia por aire, mar o tierra se pagan hasta y desde el hospital más cercano en el que se pueda proporcionar tratamiento.</li> <li>Los servicios de un técnico de Emergencias Médicas (EMT) están cubiertos si cree razonablemente que existió una emergencia médica, <u>aunque no lo transportan a un hospital</u> de los beneficios regulares del plan para servicios de ambulancia para emergencia médica.</li> </ul>
	<u>Atención de urgencia</u>	20% <u>coseguro</u> .	20% <u>coseguro</u> .	Sin cargo.
<b>Si es hospitalizado</b>	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	20% <u>coseguro</u> .	50% <u>coseguro</u> .	Las admisiones a hospitales para tratamientos odontológicos necesitan una <u>autorización previa</u> con el fin de evitar el incumplimiento del pago, llame a IA al 1-888-234-2393.
	Honorarios del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u> .	50% <u>coseguro</u> .	Se recomienda obtener una <u>autorización previa</u> para los procedimientos quirúrgicos que excedan los \$1,500. Los servicios de un cirujano auxiliar corresponden a un 20% del cargo permitido para un cirujano principal.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas a consultorios y otros servicios para pacientes ambulatorios: 20% <u>coseguro</u> . Visita en línea: \$5 <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Visitas a consultorios, visita en línea, y otros servicios para pacientes ambulatorios: 50% <u>coseguro</u> .	Ningún.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% <u>coseguro</u> .	50% <u>coseguro</u> .	
Si está embarazada	Visitas a consultorios	No hay cargo para visitas a consultorios. No se aplica <u>deducible</u> .	Servicios para empleados o cónyuges: 50% <u>coseguro</u> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se aplica el <u>costo compartido</u> para <u>servicios preventivos</u>.</li> <li>Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u>.</li> <li>La atención de maternidad puede incluir estudios y servicios que figuran en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonidos).</li> <li>No está cubierta la atención prenatal (aparte de los <u>estudios de diagnóstico</u> exigidos por la ACA (Ley de Atención Médica Accesible)) para hijos dependientes.</li> </ul>
	Servicios profesionales de atención durante el parto	Para el empleado y su cónyuge: 20% <u>coseguro</u> .	Para el empleado y su cónyuge: 50% <u>coseguro</u> .	Sin cobertura para tratamientos por trastornos alimentarios de un hijo dependiente; debe pagar el 100%, incluso con proveedores de la red.
	Servicios de establecimientos de atención durante el parto	Para el empleado y su cónyuge: 20% <u>coseguro</u> .	Para el empleado y su cónyuge: 50% <u>coseguro</u> .	
Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% <u>coseguro</u> .	50% <u>coseguro</u> .	El <u>plan</u> cubre servicios que exigen las habilidades y capacitación de enfermeros. Se recomienda contar con una <u>autorización previa</u> para determinados servicios de atención médica en el hogar. No hay cobertura para los servicios de enfermeras auxiliares, asistencia de apoyo o limpieza.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% <u>coseguro</u> .	50% <u>coseguro</u> .	El beneficio máximo de terapia ocupacional y fisioterapia para pacientes ambulatorios es de 20 sesiones por año calendario. El beneficio máximo de terapia del lenguaje de por vida es de 130 sesiones. Si se necesitan más allá de las 20 visitas (o 130 visitas de por vida para terapia del lenguaje), se requiere autorización previa para evitar la falta de pago. Se recomienda contar con una <u>autorización previa</u> para terapia del lenguaje y fisioterapia para pacientes ambulatorios y para la admisión de pacientes hospitalizados para rehabilitación. El beneficio máximo de admisión de rehabilitación para pacientes hospitalizados es de 30 días por año calendario. No se aplicarán límites de visita al tratamiento de condiciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por uso de sustancias consistentes con estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% <u>coseguro</u> .	50% <u>coseguro</u> .	El beneficio máximo de terapia del lenguaje de por vida es de 130 sesiones. Si se necesitan sesiones adicionales más allá de las 130 visitas por vida, se requiere autorización previa para evitar la falta de pago. No se aplicarán límites de visita al tratamiento de condiciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por uso de sustancias consistentes con estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargo durante los primeros 30 días; luego un 20% <u>coseguro</u> durante los siguientes 150 días por incapacidad.	Sin cargo durante los primeros 30 días; luego un 20% <u>coseguro</u> durante los siguientes 150 días por incapacidad.	Se recomienda contar con una <u>autorización previa</u> para la admisión en un centro de <u>enfermería especializada</u> . El beneficio máximo para cualquier período de incapacidad es 180 días. No se aplicarán límites de días al tratamiento de condiciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por uso de sustancias consistentes con estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% <u>coseguro</u> .	50% <u>coseguro</u> .	Se recomienda contar con una <u>autorización previa</u> para utilizar los equipos. Se cubre el alquiler hasta el precio de compra del equipo.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
	Servicio de <u>cuidados paliativos</u>	20% <u>coseguro</u> .	20% <u>coseguro</u> .	El beneficio máximo es de 180 días de por vida. Con el fin de evitar el incumplimiento del pago, se necesita una <u>autorización previa</u> para los servicios de cuidados paliativos llame a IA al 1-888-234-2393. No se aplicarán límites de días al tratamiento de condiciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por uso de sustancias consistentes con estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para menores de edad	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Debe pagar el 100% de estos gastos, incluso con proveedores de la <u>red</u>
	Anteojos para menores de edad	Sin cobertura.	Sin cobertura.	
	Examen dental de rutina para menores de edad	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Debe pagar el 100% de estos gastos, incluso con proveedores de la <u>red</u>

### Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

**Servicios que Su Plan NO Suele Cubrir (verifique su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía cosmética</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de infertilidad</li> <li>• Atención de largo plazo</li> <li>• Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada</li> <li>• Atención oftalmológica de rutina (adultos y niños)</li> <li>• Atención ocular de rutina (adultos y niños)</li> <li>• Cuidado de rutina de los pies</li> <li>• Programas de pérdida de peso (excepto según lo exija la ley de reforma sanitaria)</li> </ul> |
|---|---|---|

**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"> <li>• Atención quiropráctica (hasta 24 visitas por año calendario)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos (se cubren prueba de audición y audífonos hasta un máximo de \$1,000 por oído cada 24 meses)</li> </ul> |
|--|--|

**Sus Derechos para Continuar la Cobertura:** Existen organismos que pueden ser de ayuda si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice. La información de contacto de dichos organismos es la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration): 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También puede tener disponibles otras opciones de cobertura, como la compra de cobertura de seguro

individual a través del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Derechos a Quejas y Apelaciones:** Existen organismos que pueden ser de ayuda si tiene una queja contra su plan debido a que le han rechazado una reclamación. Puede presentar una queja o una apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por la reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una apelación por una reclamación o una queja ante su plan por el motivo que sea. Para obtener asistencia o más información sobre sus derechos o este aviso, comuníquese con el administrador de reclamaciones de planes médicos (Independence Administrators) al 1-833-242-3330 o con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Este plan brinda cobertura mínima esencial? Sí.** Por lo general, la cobertura mínima esencial incluye planes de seguro de salud a través del Mercado u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para cierto tipo de cobertura mínima esencial, puede que no sea elegible para el crédito fiscal de tarifas.

**¿Este plan satisface los niveles de valor mínimos? Sí.** Si su plan no satisface los niveles de valor mínimos, es posible que califique para un crédito fiscal de tarifas con el fin de que pueda pagar un plan a través del Mercado.

**Servicios de Acceso de Idiomas:** Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-833-242-3330. Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-242-3330. Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-242-3330. Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-833-242-3330.

*Para ver ejemplos sobre el modo en que este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente*



**Esto no es un estimador de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos del modo en que este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función de la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que es posible que deba pagar según los distintos planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a Tener un Bebé

(9 meses de atención prenatal con proveedores de la red y parto en un hospital)

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$3,000
■ <u>Coseguro para especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro para el hospital (establecimiento)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de atención durante el parto  
 Servicios de establecimientos de atención durante el parto  
 Estudios de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Visita a un especialista (*anestesia*)

**Costo total del ejemplo**      **\$12,700**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$3,000
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$1,630
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>Total que pagaría Peg</b>	<b>\$4,660</b>

### Control de la Diabetes Tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina con proveedores de la red de una condición bien controlada)

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$3,000
■ <u>Coseguro para especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro para el hospital (establecimiento)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio de un médico de atención primaria (*incluye educación sobre la enfermedad*)  
 Estudios de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos recetados  
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

**Costo total del ejemplo**      **\$5,600**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,860
<u>Copagos</u>	\$620
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Total que pagaría Joe</b>	<b>\$2,480</b>

### La Fractura Simple de Mia

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

■ <u>Deducible total del plan</u>	\$3,000
■ <u>Coseguro para especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro para el hospital (establecimiento)</u>	20%
■ <u>Otro copago</u>	\$250

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Atención en sala de emergencias (*incluye insumos médicos*)  
 Estudio de diagnóstico (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total del ejemplo**      **\$2,800**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,850
<u>Copagos</u>	\$60
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Total que pagaría Mia:</b>	<b>\$1,910</b>