



El documento Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado la [prima](#)) se proporciona por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 844-613-5259. Para ver definiciones generales de términos comunes, tales como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o llame al 844-613-5259 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	N/A	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. El deducible está integrado . Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total. Año deducible corre 01/01 – 12/31
¿Hay otros servicios cubiertos antes de que alcance su deducible ?	N/A	Este plan cubre algunos artículos y servicios, aunque usted no haya alcanzado el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinada atención preventiva sin costo compartido y antes de que usted alcance su deducible . Vea una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso directo para este plan ?	N/A	El límite de desembolso directo es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. El límite de desembolso directo está integrado . Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites de desembolso directo hasta que se haya alcanzado el límite de desembolso directo familiar.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso directo ?	N/A	Aunque usted pague esos gastos, no cuentan para el límite de desembolso directo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Visite www.teamsharesbenefits.com o llame al 844-613-5259 para obtener	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor en la red del plan . Usted pagará el máximo si recurre a un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo).

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
	una lista de los proveedores de la red .	
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una derivación .



Todos los gastos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de que se ha alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita al médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 copago	Sin cobertura	Ninguno.
	Visita al especialista	\$50 copago	Sin cobertura	Ninguno.
	Atención preventiva/pruebas de detección/ vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por los servicios que no son preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos . Luego consulte lo que su plan pagará.
Si se le realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografía - \$100 copago laboratorio - \$50 copago	Sin cobertura	Ninguno.
	Imágenes (TC/TEP, IRM)	in cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en www.teamsharesbenefits.com	Medicamentos genéricos	Suministro para 30 días Venta al por menor: \$10 copago Suministro para 90 días Pedidos por correo: Sin cobertura		El costo compartido no se aplica para medicamentos con receta preventivos .
	Medicamentos de marca preferidos	Suministro para 30 días Venta al por menor: Sin cobertura Suministro para 90 días Pedidos por correo: Sin cobertura		
	Medicamentos de marca no preferidos	Suministro para 30 días Venta al por menor: Sin cobertura Suministro para 90 días Pedidos por correo: Sin cobertura		
	Medicamentos de especialidad	Suministro para 30 días Venta al por menor y Pedidos por correo: Sin cobertura		Ninguno.
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cobertura	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica de inmediato	Atención en la sala de emergencias	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	Transporte médico de emergencia	Sin cobertura	Sin cobertura	Cobertura de emergencias verdaderas a nivel de la red.
	Atención de urgencia	\$75 copago	Sin cobertura	Ninguno.
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (por ej., la habitación del hospital)	Sin cobertura	Sin cobertura	Se necesita autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$50 copago	Sin cobertura	Ninguno.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
Si usted está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	El costo compartido no se aplica para servicios preventivos . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otro lugar en el SBC.
	Servicios profesionales para nacimientos/partos	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Servicios del centro para nacimientos/partos	Sin cobertura	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	Servicios de rehabilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	Servicios de habilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	Atención de enfermería especializada	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	Equipo médico duradero	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	Servicios de un centro de cuidados paliativos	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Límite de 1 examen de rutina por año.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)

- Cirugía estética
- Programas de pérdida de peso
- Atención dental (adultos)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del [plan](#).)

- Tratamiento de la infertilidad (corrección de anomalías fisiológicas)
- Cuidado ocular de rutina (un examen por año)
- Cuidado de los pies de rutina
- Atención de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Atención quiropráctica
- Enfermería privada (solo para pacientes hospitalizados)

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede haber otras opciones de cobertura a su disposición, incluida la compra de cobertura de seguro individual, a través del [Mercado](#) de seguros de salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta reclamación se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de beneficios que recibirá respecto a ese [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o ayuda, comuníquese con: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Proporciona este plan una cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponibles a través del Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted califica para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no califique para el [crédito fiscal de la prima](#).

¿Cumple este plan los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple los [estándares de valor mínimo](#), usted puede calificar para un [crédito fiscal de la prima](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso a idiomas:

[Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llame al 844-613-5259

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 844-613-5259

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 844-613-5259

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 844-613-5259

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, vea la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta para calcular costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los [montos de costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	N/A
■ por especialista copago	\$50
■ por hospital (centro)	N/A
■ Otro	N/A

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Visitas](#) al consultorio de especialistas (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para nacimientos/partos

Servicios del centro para nacimientos/partos

[Prueba de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)

[Visita](#) al especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$11,100
El total que pagaría Peg es	\$11,100

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	N/A
■ por especialista copago	\$50
■ por hospital (centro)	N/A
■ Otro	N/A

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye educación sobre la enfermedad*)

[Prueba de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

Medicamentos recetados

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$350
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$3,100
El total que pagaría Joe es	\$3,100

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	N/A
■ por especialista copago	\$50
■ por hospital (centro)	N/A
■ Otro	N/A

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención de la sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografías*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$2,800
El total que pagaría Mia es	\$2,800