



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

| Preguntas importantes                                                                 | Respuestas                                               | Por qué esto es importante:                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                       | una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> . |                                                                                          |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ? | No.                                                      | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">derivación</a> . |



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 <a href="#">proveedor</a> de atención médica                                                                                                                                                       | Visita al médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$25 <a href="#">copago</a>                                                                                                          | Sin cobertura                                      | Ninguno.                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Visita al</a> especialista                                    | \$50 <a href="#">copago</a>                                                                                                          | Sin cobertura                                      | Ninguno.                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/</a> vacunas         | Sin cargo                                                                                                                            | Sin cobertura                                      | Es posible que deba pagar por los servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son <a href="#">preventivos</a> . Luego consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará. |
| Si se le realiza una prueba                                                                                                                                                                                                                    | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)  | Radiografía - \$100 <a href="#">copago</a><br>laboratorio - \$50 <a href="#">copago</a>                                              | Sin cobertura                                      | Ninguno.                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Imágenes (TC/TEP, IRM)                                                    | in cobertura                                                                                                                         | Sin cobertura                                      | Ninguno.                                                                                                                                                                                                                                         |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección<br><br>Hay más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> disponible en <a href="http://www.teamsharesbenefits.com">www.teamsharesbenefits.com</a> | Medicamentos genéricos                                                    | Suministro para 30 días Venta al por menor: \$10 <a href="#">copago</a><br>Suministro para 90 días Pedidos por correo: Sin cobertura |                                                    | El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica para <a href="#">medicamentos con receta preventivos</a> .                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marca preferidos                                          | Suministro para 30 días Venta al por menor: Sin cobertura<br>Suministro para 90 días Pedidos por correo: Sin cobertura               |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marca no preferidos                                       | Suministro para 30 días Venta al por menor: Sin cobertura<br>Suministro para 90 días Pedidos por correo: Sin cobertura               |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>                              | 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 <a href="#">autorización previa</a> .                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                | 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                                          | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>            | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguno.                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                   | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>               | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Cobertura de emergencias verdaderas a nivel de la red.                                                                                                                                               |
|                                                                                   | <a href="#">Atención de urgencia</a>                          | \$75 <a href="#">copago</a>                  | Sin cobertura                                      | Ninguno.                                                                                                                                                                                             |
| Si lo hospitalizan                                                                | Honorarios del centro (por ej., la habitación del hospital)   | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Se necesita <a href="#">autorización previa</a> .                                                                                                                                                    |
|                                                                                   | 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 <a href="#">copago</a>                  | Sin cobertura                                      | Ninguno.                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                   | Servicios para pacientes hospitalizados                       | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguno.                                                                                                                                                                                             |
| Si usted está embarazada                                                          | Visitas al consultorio                                        | Sin cargo                                    | Sin cobertura                                      | El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica para servicios <a href="#">preventivos</a> . 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  | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>                   | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguno.                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                   | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguno.                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                     | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      |                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                   | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>          | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguno.                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                   | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                        | Sin cobertura                                | Sin cobertura                                      | Ninguno.                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                   | <a href="#">Servicios de un centro de cuidados paliativos</a> | 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](http://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](http://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](http://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): Dinekehgo 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 <a href="#">deducible</a> general <a href="#">del plan</a> | N/A  |
| ■ <a href="#">por especialista</a> <a href="#">copago</a>       | \$50 |
| ■ <a href="#">por hospital (centro)</a>                         | 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:

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

### Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

|                                                                 |      |
|-----------------------------------------------------------------|------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general <a href="#">del plan</a> | N/A  |
| ■ <a href="#">por especialista</a> <a href="#">copago</a>       | \$50 |
| ■ <a href="#">por hospital (centro)</a>                         | 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:

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

### Fractura simple de Mia

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

|                                                                 |      |
|-----------------------------------------------------------------|------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general <a href="#">del plan</a> | N/A  |
| ■ <a href="#">por especialista</a> <a href="#">copago</a>       | \$50 |
| ■ <a href="#">por hospital (centro)</a>                         | 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:

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