



El Resumen de beneficios y cobertura (“SBC” en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, véa www.theamericanworker.com o llamar al 1-855-495-1190. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.contractorsplan.com o llamar a 1-855-495-1190 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$6,500 USD Individual/ \$13,000 USD Familiar de su Proveedor en la red ; \$13,000 USD Individual/ \$26,000 USD Familiar de su Proveedor fuera de la red.	Por lo general, tendrá que pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia tiene que cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deductibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible de la familia en general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo de gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$6,500 USD Individual/ \$13,000 USD Familiar de su Proveedor en la red ; Sin límite de su Proveedor fuera de la red.	El máximo de gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios máximos de gastos directos del bolsillo hasta que se haya alcanzado el máximo de gastos directos del bolsillo de la familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas , facturación del saldo cargos, montos sobre la UCR , las multas de contención de costos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el máximo de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Visite https://hstconnect.com o llame al 800-440-7427 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan. Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios. Este plan también utiliza precios basados en referencia (RBP). Los pagos del plan de

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
		instalaciones se basan en precios basados en referencia (RBP) que no exceden el 150 % de lo permitido por Medicare para las instalaciones.
<u>¿Necesita una referencia para ver a un especialista?</u>	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin <u>una referencia</u> .

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<u>Si acude al consultorio o clínica de un proveedor de salud</u>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	0% después del deductible	50% después del deductible	Los pagos del plan se basan en precios basados en referencia (RBP).
	Visita al <u>especialista</u>	0% después del deductible	50% después del deductible	Los pagos del plan se basan en precios basados en referencia (RBP).
	<u>Atención preventiva/examen de detección/vacuna</u>	Sin costo	50% después del deductible	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> . Se pueden aplicar ciertas restricciones de edad.
<u>Si se realiza un examen</u>	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	0% después del deductible	50% después del deductible	Los pagos del plan se basan en precios basados en referencia (RBP).
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	0% después del deductible	50% después del deductible	
	Medicamentos genéricos	0% después del deductible	No cubierto	Se aplica el deductible médico
	Medicamentos de marcas preferidas	0% después del deductible		Farmacia minorista: suministro de hasta 30 días Pedido por correo: suministro de hasta 90 días

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.CerpassRx.com o (844) 636-7506.	Medicamentos de marcas no preferidas	0% después del deducible	No cubierto	Ciertos medicamentos pueden requerir una <u>preautorización</u> . Los medicamentos preventivos están cubiertos en Sin cargo. No se cubren todos los medicamentos.
	<u>Medicamentos especializados</u>	Excluido de la cobertura		
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	0% después del deducible		Los pagos del plan se basan en precios basados en referencia (RBP). Se requiere autorización previa para evitar una reducción de beneficios de 20%.
	Honorarios del médico/cirujano	0% después del deducible	50% después del deducible	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	0% después del deducible	0% de coseguro después del deducible en la red	Los pagos del plan se basan en precios basados en referencia (RBP). Se requiere autorización previa en las transferencias de ambulancia entre instalaciones para evitar una multa de 20% por incumplimiento. El transporte que no es de emergencia no está cubierto. Solo está cubierta la ambulancia terrestre.
	Transporte médico de emergencia	0% de <u>coseguro</u> después de alcanzar el <u>deducible</u>	0% de <u>coseguro</u> después de alcanzar el <u>deducible</u> de Proveedor dentro de la red	
	Atención de urgencia	0% después del deducible	50% después del deducible	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	0% después del deducible		Los pagos del plan se basan en precios basados en referencia (RBP). Se requiere autorización previa para evitar una reducción de beneficios de 20%.
	Honorarios del médico/cirujano	0% después del deducible	50% después del deducible	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	0% después del deducible	50% después del deducible	Los pagos del plan se basan en precios basados en referencia (RBP).
	Servicios internos	0% después del deducible		Los pagos del plan se basan en precios basados en referencia (RBP). Se requiere autorización previa para evitar una reducción de beneficios de 20%.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	0% después del deducible	50% después del deducible	Los pagos del plan se basan en precios basados en referencia (RBP). Servicios hospitalarios: Se requiere autorización previa para evitar una reducción de beneficios de 20%.
	Servicios profesionales de parto	0% después del deducible	50% después del deducible	
	Servicios profesionales de instalaciones de parto	0% después del deducible		
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	0% después del deducible	50% después del deducible	Limitado a 30 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa para evitar una reducción de beneficios de 20%.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	0% después del deducible	50% después del deducible	Limitado a un total de 20 visitas por año calendario para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Las terapias pulmonar, cognitiva y cardíaca están limitadas a 5 visitas cada una por año calendario.
	<u>Servicios de habilitación</u>	0% después del deducible	50% después del deducible	Limitado a un total de 20 visitas por año calendario para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Los pagos del plan se basan en precios basados en referencia (RBP).
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	No Cubierto	No Cubierto	Servicio excluido
	<u>Equipo médico duradero</u>	0% después del deducible	50% después del deducible	---None---
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermedades terminales</u>	0% después del deducible	50% después del deducible	Limitado a 6 meses en un período de 3 años. Los pagos del plan se basan en precios basados en referencia (RBP).
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrica	No Cubierto	No Cubierto	Servicio excluido
	Anteojos para niños	No Cubierto	No Cubierto	Servicio excluido
	Chequeo dental pediátrico	No Cubierto	No Cubierto	Servicio excluido

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">• Acupuntura• Cuidado dental (adulto)• Tratamiento de infertilidad• Enfermería de servicio privado.• Programas de pérdida de peso. | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Servicios de habilitación• Cuidado a largo plazo• Atención de la vista de rutina (adulto) | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía cosmética• Audífonos• Atención que no sea de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU.• Cuidado de los pies de rutina |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- Quiropráctica (limitada a 24 visitas por año calendario)

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando ésta termine. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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 <http://www.cuidadodesalud.gov/> 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 un reclamo. Esto se llama queja 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: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿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 1-855-495-1190.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-495-1190.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a'tohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-855-495-1190.

Nota importante - plan de salud impulsado por el valor: Los proveedores reciben un reembolso de conformidad con los términos del Documento del Plan hasta el Monto Razonable y Permitido (sujeto al precio de referencia). El Plan solo considerará válida una Asignación de Beneficios (AOB) bajo la condición de que el Proveedor acepte el pago recibido del Plan como contraprestación total por los servicios, suministros y/o tratamiento prestados, menos cualquier deducible/copago/coseguro requerido.

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

PRA Disclosure Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is **0938-1146**. The time required to complete this information collection is estimated to average **0.08** hours per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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 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 deductible general del plan	\$6,500
■ Especialista [costo compartido]	0%
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	0%
■ Otro [costo compartido]	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartido	
Deductibles	\$6,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,560

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deductible general del plan	\$6,500
■ Especialista [costo compartido]	0%
■ 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 recetados
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartido	
Deductibles	\$5,400
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$5,420

Fractura simple de Mia

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

■ El deductible general del plan	\$6,500
■ Especialista [costo compartido]	0%
■ 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	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartido	
Deductibles	\$2,600
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$200
El total que Mia pagaría es	\$2,800

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