



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.theamericanworker.com o llamar al 1-855-495-1190. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-855-495-1190 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0 USD	Vea la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para sus costos de servicios cubiertos por este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con el monto del deducible. Sin embargo, puede aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de cumplir con 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	Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	No aplica	Este plan no tiene un límite de desembolso personal para sus gastos.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	No aplica	Este plan no tiene un límite de desembolso personal para sus gastos.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Consulte www.multiplan.com/awp o llame al 1-855-495-1190 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. Usted pagará más si utiliza 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 paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No	Puede ver al especialista que elija sin una remisión. NOTA: los únicos servicios de un especialista que están cubiertos son los servicios preventivos.



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Atención primaria: \$20/consulta Quiropráctica: \$75/consulta	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Entonces compruebe lo que su plan pagará. Ciertas restricciones de edad pueden aplicar.
	Consulta con un especialista	\$50/visita	No cubierto	
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo	No cubierto	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$60/día de prueba	No cubierto	Las ecografías están limitadas a 3 por embarazo.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$200/prueba	No cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección , puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados visitando www.CerpassRx.com o llamando al 844-636-7506.	Medicamentos genéricos	\$10/receta en farmacias de 30 días; \$25/receta en farmacias de 90 días; \$20/receta mediante pedido por correo	No cubierto	<p>Los medicamentos preventivos están cubiertos sin costo.</p> <p>Los copagos de venta minorista de 30 días (consultar la disponibilidad) corresponden a un suministro de hasta 30 días; los de venta minorista de 90 días (consultar la disponibilidad) corresponden a un suministro de hasta 90 días; y los de venta por correo corresponden a un suministro de hasta 90 días.</p> <p>No todos los medicamentos están cubiertos.</p>
	Medicamentos de marca preferidos	No cubierto	No cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	No cubierto	No cubierto	
	Medicamentos de especialidad	No cubierto	No cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
	Tarifas del médico/cirujano	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
	Transporte médico de emergencia	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
	Atención de urgencia	\$50/visit	No cubierto	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
	Tarifas del médico/cirujano	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20/visita para el entorno de visita al consultorio; Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios no están cubiertos	No cubierto	
	Servicios para pacientes hospitalizados	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$20/visita	No cubierto	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	No cubierto	No cubierto	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	No cubierto	No cubierto	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
	Servicios de rehabilitación	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
	Servicios de habilitación	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
	Atención de enfermería especializada	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
	Equipo médico duradero	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido
	Control dental para niños	No cubierto	No cubierto	Servicio excluido

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cirugía cosmética• Equipo médico duradero• Servicios de habilitación• Hospicio• Tratamiento de infertilidad• Servicios de salud mental• Rehabilitación• Atención de enfermería especializada	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Atención dental (adultos)• Servicios de emergencia• Audífonos• Estancias hospitalarias• Cuidado a largo plazo• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.• Cuidado de la vista de rutina (adultos)	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado dental (Niño)• Cuidado de los ojos (niño)• Salud en el hogar• Maternidad• Enfermería privada• Cuidado de rutina de los pies• Programas de pérdida de peso• Cirugía
--	---	---

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

• Atención quiropráctica	• Imágenes	•
--------------------------	------------	---

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

English: Para obtener asistencia en Inglés, llame al 1-855-495-1190.

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 855-495-1190.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas [costo compartido]	\$50
■ Hospital (establecimiento) [costo compartido]	100%
■ Otros [costo compartido]	100%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$371
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$11,144
El total que Peg pagaría es	\$11,515

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas [costo compartido]	\$50
■ Hospital (establecimiento) [costo compartido]	100%
■ Otros [costo compartido]	100%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$604
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$692
El total que Joe pagaría es	\$1,296

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas [costo compartido]	\$50
■ Hospital (establecimiento) [costo compartido]	100%
■ Otros [costo compartido]	100%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$225
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$2,341
El total que Mia pagaría es	\$2,566

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