



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, llame al 1-877-851-9081. 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 <http://cciio.cms.gov/resources/files/Files2/02102012/uniform-glossary-final.pdf> o llamar al 1-877-851-9081 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0	Consulte el cuadro de Circunstancia médica común a continuación para ver sus costos de servicio que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No.	Usted tendrá que pagar el deducible antes de que el plan pague algún servicio.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	No se aplica.	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo por sus gastos.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	No se aplica.	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo por sus gastos.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Vea www.aetna.com o llame al 1-800-233-6697 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación .



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	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Consulta con un especialista	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.[insert].com .	Medicamentos genéricos	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Medicamentos de especialidad	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Transporte médico de emergencia	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Atención de urgencia	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————

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 hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Servicios de rehabilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Servicios de habilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Atención de enfermería especializada	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Equipo médico duradero	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguna—————

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">• Servicios de asesoramiento además de la cantidad de sesiones presenciales cubiertas por el plan• Tratamiento o terapia solicitado por una orden judicial o cualquier tratamiento o terapia solicitado como condición de libertad condicional, período de prueba, custodia o evaluaciones de inspección, o bien, pagado por el seguro de compensación por accidentes de trabajo | <ul style="list-style-type: none">• Evaluación de aptitud laboral, como pruebas psicológicas y un informe escrito, que se utiliza para verificar si un empleado puede realizar sus tareas de manera segura• Evaluación psicológica formal que normalmente implica una prueba psicológica que se registra en un informe escrito• Tratamiento para pacientes hospitalizados de cualquier tipo o pacientes ambulatorios por cualquier enfermedad tratada con indicaciones médicas | <ul style="list-style-type: none">• Asesoramiento en inversiones (no brinda préstamos de planes ni paga facturas)• Representación legal en un tribunal, preparación de documentos legales o asesoramiento en las áreas de impuestos, patentes o inmigración• Medicamentos con receta médica• Servicios de psiquiatría• Servicios de asesores que no son proveedores participantes |
|---|--|---|

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

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Sesión de asesoramiento presencial con un proveedor del EAP• Programas Work Life Services en línea | <ul style="list-style-type: none">• Evaluaciones y derivaciones ilimitadas por teléfono | <ul style="list-style-type: none">• Gastos cubiertos por el plan del EAP patrocinado por su empleador |
|---|---|---|

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 la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa. 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 al: 1-855-812-9333 o por correo a:

Employee Assistance Program
151 Farmington Ave, Appeals 1250
Hartford, CT 06156
Mail Code: RS32

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? No.

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.

¿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:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al **1-877-851-9081**.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-877-851-9081**.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-877-851-9081**.]

[Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1-877-851-9081**.]

—————*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](#) No disponible
- [Especialista](#) No disponible
- Hospital (establecimiento) No disponible
- Otro No disponible

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: Esta condición médica no está cubierta, por lo tanto el paciente paga el 100%.

Costos compartidos	
Deducibles	No disponible
Copagos	No disponible
Coseguro	No disponible
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$12,700
El total que Peg pagaría es	\$12,700

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](#) No disponible
- [Especialista](#) No disponible
- Hospital (establecimiento) No disponible
- Otro No disponible

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: Esta condición médica no está cubierta, por lo tanto el paciente paga el 100%.

Costos compartidos	
Deducibles	No disponible
Copagos	No disponible
Coseguro	No disponible
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$5,600
El total que Joe pagaría es	\$5,600

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) No disponible
- [Especialista](#) No disponible
- Hospital (establecimiento) No disponible
- Otro No disponible

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: Esta condición médica no está cubierta, por lo tanto el paciente paga el 100%.

Costos compartidos	
Deducibles	No disponible
Copagos	No disponible
Coseguro	No disponible
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$2,800
El total que Mia pagaría es	\$2,800

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