

 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](#) compartirían el costo 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, o para recibir una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-238-3488. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbcglossary> o llamar al 1-800-238-3488 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	Para <a href="#">proveedores dentro de la red</a> \$1,800 por persona/\$3,600 por familia; para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> \$3,600 por persona/\$7,200 por familia	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en la póliza, debe alcanzarse el <a href="#">deducible</a> general de la familia antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. La <a href="#">atención preventiva</a> está cubierta antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero puede aplicarse un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios 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 los <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Para <a href="#">proveedores dentro de la red</a> \$4,000 por persona/\$8,000 por familia; para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> \$8,000 por persona/\$16,000 por familia	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , debe alcanzar el <a href="#">límite general de bolsillo</a> de la familia.
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	Primas, cargos por saldo facturado y penalizaciones por no obtener autorización previa para servicios y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, estos no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .

<p>¿Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor de la red</a>?</p>	<p>Sí. Visite <a href="http://www.aetna.com">www.aetna.com</a> o llame al 1-800-238-3488 para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a>.</p>	<p>Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Usted pagará más si utiliza 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 proveedor y lo que paga su <a href="#">plan</a> (<a href="#">facturación del saldo</a>). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.</p>
<p>¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para ver a un <a href="#">especialista</a>?</p>	<p>No.</p>	<p>Puede ver al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">referencia</a>.</p>



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

Evento médico frecuente	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (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 de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	—————Ninguno—————
	Visita a <a href="#">especialistas</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	—————Ninguno—————
	<a href="#">Atención preventiva/evaluación/vacunación</a>	Sin cargo, no se aplica el <a href="#">deducible</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	Pueden aplicarse programas por edad y frecuencia.
Si tiene una prueba	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	No se cobra el <a href="#">deducible</a> de los análisis de laboratorio diagnósticos para pacientes ambulatorios	40 % <a href="#">de coseguro</a>	Dentro de la red: 20 % de coseguro para radiografías y pruebas diagnósticas para pacientes hospitalizados.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computada [TC]/tomografía por emisión de positrones [TEP], resonancia magnética [RM])	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	—————Ninguno—————

Evento médico frecuente	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b>	Medicamentos genéricos	20 % de <a href="#">coseguro</a> (farmacia minorista) con un mínimo de \$10, \$20 de copago (pedido por correo)	100 % del costo de venta al por menor (farmacia minorista), no cubierto (pedido por correo)	La cobertura se limita a un suministro de 30 días (farmacia minorista) y un suministro de 90 días (pedido por correo). Puede presentar reclamos de farmacias minoristas fuera de la red para su reembolso. Su <a href="#">plan</a> utiliza una lista de medicamentos preferidos que identifica el estado de los medicamentos cubiertos. Algunos medicamentos pueden requerir <a href="#">autorización previa</a> . Si no se obtiene la <a href="#">autorización previa</a> necesaria, es posible que el medicamento no esté cubierto. Usted paga la diferencia del costo si solicita un medicamento de marca en lugar de su equivalente genérico. Después de que se recete una receta dos (2) veces en farmacias minoristas, usted es responsable de todo el costo, sin <a href="#">límite de bolsillo</a> .
	Medicamentos de marca preferida	20 % de <a href="#">coseguro</a> (farmacia minorista) con un mínimo de \$30, \$60 de copago (pedido por correo)	100 % del costo de venta al por menor (farmacia minorista), no cubierto (pedido por correo)	
	Medicamentos de marca no preferida	20 % de <a href="#">coseguro</a> (farmacia minorista) con un mínimo de \$60, \$120 de copago (pedido por correo)	100 % del costo de venta al por menor (farmacia minorista), no cubierto (pedido por correo)	
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	Su costo varía en función de que sea de marca genérica, marca preferida o marca no preferida.	100 % del costo de venta al por menor (farmacia minorista), no cubierto (pedido por correo)	
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Honorarios del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	————Ninguno————
	Honorarios del médico/cirujano	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	————Ninguno————
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	Uso no urgente no cubierto.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	————Ninguno————
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	Uso no urgente no cubierto.
<b>Si tiene una hospitalización</b>	Honorarios del centro (p. ej., habitación de hospital)	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	<a href="#">Se requiere autorización previa</a> para la atención fuera de la red. Los beneficios se reducirán en

Evento médico frecuente	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				\$300 si no se obtiene la <a href="#">autorización previa</a> .
	Honorarios del médico/cirujano	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	—————Ninguno—————
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	—————Ninguno—————
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para la atención fuera de la red. Los beneficios se reducirán en \$300 si no se obtiene la <a href="#">autorización previa</a> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Prenatal: Sin cargo posnatal: 20 % de <a href="#">coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	El <a href="#">coseguro</a> del 20 % se aplicará a la visita inicial al médico ginecólogo para la prueba de embarazo. Las visitas prenatales adicionales estarán cubiertas al 100 %.
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	—————Ninguno—————
	Servicios del centro de parto/nacimiento	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	—————Ninguno—————
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención de la salud a domicilio</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	La cobertura está limitada a 60 visitas. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para la atención fuera de la red. Los beneficios se reducirán en \$300 si no se obtiene la <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	La cobertura está limitada a 60 visitas. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para la atención fuera de la red. Los beneficios se reducirán en \$300 si no se obtiene la <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	————— Ninguno —————
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	La cobertura se limita a 120 días por año calendario. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para la atención fuera de la red. Los beneficios se reducirán en \$300 si no se obtiene la <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	No incluye las modificaciones del vehículo,

Evento médico frecuente	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				modificaciones del hogar, ejercicios y equipos para el baño
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>	20 % <a href="#">de coseguro</a>	40 % <a href="#">de coseguro</a>	<a href="#">Se requiere autorización previa</a> para la atención fuera de la red. Los beneficios se reducirán en \$300 si no se obtiene la <a href="#">autorización previa</a> .
<b>Si el niño necesita cuidado odontológico u oftalmológico</b>	Examen oftalmológico para niños	Sin cargo	40 % <a href="#">de coseguro</a>	La cobertura se limita a un (1) examen oftalmológico de rutina cada 24 meses consecutivos.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	—————Ninguno—————
	Chequeo odontológico 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](#)).

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

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

- |                          |                                    |   |
|--------------------------|------------------------------------|---|
| • Cirugía bariátrica     | • Tratamiento de la infertilidad   | • Cuidado oftalmológico rutinario (adultos) |
| • Atención quiropráctica | • Servicios de enfermería privados | • Mamografías                               |

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que esta termine. Para comunicarse con esas agencias, contacte al Departamento de Trabajo de EE. UU., la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, al 1-866-444-3272 o visite el sitio web [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). Es posible que también tenga otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [mercado](#) de [seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [mercado de seguros médicos](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de quejas formales y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una reclamación contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta reclamación se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Aetna al 1-800-233-6697, la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar una apelación. La información de contacto se encuentra en <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/member-guidelines/complaints-grievances-appeals.html> o en la Oficina del Asesor de Atención de la Salud de Connecticut, P.O. Box 1543 Hartford, CT 06144 (866) 466-4446 [www.ct.gov/oha](http://www.ct.gov/oha) [healthcare.advocate@ct.gov](mailto:healthcare.advocate@ct.gov). \*Para quejas formales y apelaciones relacionadas con su cobertura de medicamentos, llame al número que aparece al dorso de su tarjeta de beneficios de medicamentos recetados o visite [www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponible a través del [mercado de seguros médicos](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para las primas](#).

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría ser elegible para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [mercado de seguros médicos](#).

**Servicios de acceso en idiomas:**

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-800-238-3488**.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-800-238-3488**.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码**1-800-238-3488**.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-238-3488.]

---

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica ilustrativa, consulte la siguiente sección.*

---

**Declaración de divulgación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Paperwork Reduction Act, PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es **0938-1146**. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado 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:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en virtud de diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

### Peg está teniendo un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,800
■ <a href="#">Coseguro de especialista</a>	20 %
■ <a href="#">Coseguro</a> hospitalario (centro)	20 %
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	20 %

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto/nacimiento  
 Servicios del centro de parto/nacimiento  
 Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,900
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,760</b>

### Control 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 del <a href="#">plan</a>	\$1,800
■ <a href="#">Coseguro de especialista</a>	20 %
■ <a href="#">Coseguro</a> hospitalario (centro)	20 %
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	20 %

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos recetados  
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$700
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,520</b>

## Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> total del <u>plan</u>	\$1,800
■ <u>Coseguro de especialista</u>	20 %
■ <u>Coseguro</u> hospitalario (centro)	20 %
■ Otros <u>coseguros</u>	20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)

Prueba de diagnóstico (*radiografía*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,000</b>

El plan sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.