



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas 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 llame al 973-735-6464 o www.local99healthandwelfarefund.org. 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.dol.gov/ebsa/healthreform.com.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0 Dentro de la Red \$150 Fuera de la Red, Individual \$300 Fuera de la Red, Familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible general de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Si.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aun no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	No se aplica	Este plan no tiene un maximo directo de bolsillo por sus gastos.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	No se aplica	Este plan no tiene un maximo directo de bolsillo por sus gastos.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Si. Vea www.anthem.com o llame al 800-810-2583 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagara menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagara mas 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 (facturacion del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podria utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

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 acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 copago / visita	20% coseguro	No cobertura en clínicas adueñadas por hospitales.
	Visita al especialista	\$20 copago / visita	20% coseguro	No cobertura en clínicas adueñadas por hospitales.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	No cargos	No se cubre	Usted puede tener que pagar por servicios que no son preventivos . Pregunte a su proveedor de los servicios que necesita son preventivos. A continuación, compruebe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	No cargos	20% coseguro	Debe realizarse en un centro independiente, a menos que sea médicamente necesario.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	No cargos	20% coseguro	Debe realizarse en un centro independiente, a menos que sea médicamente necesario. Pre-autorización es requerida para CT / PETS, MRIs. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en: www.benecard.com	Medicamentos genéricos	\$3 copago (farmacia de venta al público) \$10 copago (orden por correo)	No se cubre	Farmacia de venta al público y orden por correo - No se cubre medicamentos sin receta o de venta libre. Medicamentos de marca no preferidos son cubiertos si medicamento necesario. Farmacia de venta al público – Limitado a 14 días, límite de 2 órdenes cada 6 meses. Genérico Mandatorio. Orden por correo - 90 días. No copago si está registrado en el programa de manejo de diabetes.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$10 copago (farmacia de venta al público) \$15 copago (orden por correo)	No se cubre	
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$15 copago (farmacia de venta al público y orden por correo)	No se cubre	
	Medicamentos especializados	\$10 copago (orden por correo)	No se cubre	

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 se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No cargos	20% coseguro	No cobertura en hospitales fuera de la red. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Honorarios del médico/cirujano	No cargos	20% coseguro	Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como la anestesia). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. Pre-autorización es requerida.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$50 copago / visita	20% coseguro	Se le dispensa el copago de emergencia, si es admitido \$ 750 limite por acontecimiento.
	Transporte médico de emergencia	No cargos	No cargos	
	Atención de urgencia	\$20 copago / visita	20% coseguro	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	No cargos	No se cubre	120 días limite por acontecimiento. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Honorarios del médico/cirujano	No cargos	20% coseguro	Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como la anestesia). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. Pre-autorización es requerida.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	\$10 copago / visita	No se cubre	30 visitas limite por año. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Servicios internos	No cargos	No se cubre	120 días limite por acontecimiento. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$20 copago / visita inicial	20% coseguro	El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el SBC (es decir, ultrasonido). Parto normal cubierto hasta 48 horas, operación cesárea cubierto hasta 96 horas. Pre-autorización es requerida si la estancia es más allá de 48/96 horas. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Servicios de parto profesionales	No cargos	20% coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	No cargos	No se cubre	

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 ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No cargos	No se cubre	90 visitas limite por año. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Servicios de rehabilitación	Interno / No cargos Ambulatorio / \$10 copago	No se cubre	Servicio de Internación: 30 días limite por año. Servicio ambulatorio: 30 visitas limite por año. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Servicios de habilitación	No se cubre	No se cubre	Ninguna
	Cuidado de enfermería especializada	No cargos	No se cubre	30 días limite por año. Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Equipo médico duradero	No cargos	20% coseguro	Pre-autorización se requiere en exceso de \$ 1000 o cualquier alquiler. Si no obtiene la pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No cargos	No se cubre	Pre-autorización es requerida. Si no obtiene la Pre-autorización , los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No cargos	No se cubre	Un examen por año.
	Anteojos para niños	No cargos	Cargos en exceso de \$200	Un par de anteojos cada dos años hasta \$200.
	Chequeo dental pediátrico	No se cubre	No se cubre	Ninguna

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](#).)

- Acupuntura
- Audifonos
- Cirugía Cosmética
- Cuidado Dental (Adulto)
- Cuidado a Largo Plazo
- Cuidado de no emergencia cuando se viaja fuera de los Estados Unidos
- Enfermería Privada
- Tratamiento de infertilidad

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

- Cirugía Bariátrica. [Pre-autorización](#) es requerida. Si no obtiene la [pre-autorización](#), los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
- Cuidado Quiropráctico, 30 visitas límite por año, beneficio dentro de la red solamente. [Pre-autorización](#) es requerida. Si no obtiene la [pre-autorización](#), los beneficios podrían reducirse en un 50% del costo total del servicio o negarse como no cubiertos.
- Cuidado Rutinario de los pies para Diabéticos solamente.
- Cuidado Rutinario de la Vista (Adulto) un examen por año. Anteojos limitados a \$200 cada 2 años.
- Programas de pérdida de peso como se describe en las Guías Preventivas Federales.

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa. También puede comunicarse con el administrador del plan al 973-735-6464. 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 www.CuidadDeSalud.gov o llame 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 una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) 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: El Administrador del Plan al 973-735-6464 o la 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](#).

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

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 deducible general del plan	\$0
■ Especialista [costo compartido]	\$20
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	\$0
■ Otro [costo compartido]	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$12,800
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$20
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$20

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista [costo compartido]	\$20
■ 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 por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,400
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$160
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$160

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialista [costo compartido]	\$20
■ 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	\$510
-------------------------------	--------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$210
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$210

Nota: Control de la diabetes tipo 2 de Joe: Estos números suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para más información sobre el programa de bienestar, favor de contactar: bienvenido.livongo.com/LOCAL99. El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.