

 El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC explica cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (que se conoce como prima) se proporcionará por separado.

**Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-888-296-7179. Para obtener definiciones generales de términos frecuentes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [healthcare.gov/sbc-glossary](https://healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-888-296-7179 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la red -- Plan individual: \$1,500 por empleado Plan familiar: \$1,500 individual / \$3,000 familiar Fuera de la red -- Plan individual: \$3,000 por empleado Plan familiar: \$3,000 individual / \$6,000 familiar	Por lo general, debe pagar todos los cargos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> ; luego, el <u>plan</u> comienza a cubrir estos gastos. Si el <u>plan</u> está integrado por otros miembros de la familia, cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios que estén cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>servicios preventivos</u> y las visitas en consultorio médico son algunos de los servicios cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aunque no haya alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, podría aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted alcance el <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits">healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits</a> .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar el <u>deducible</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos del propio bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	Dentro de la red -- Plan individual: \$5,000 por empleado Plan familiar: \$5,000 individual / \$10,000 familiar Fuera de la red -- Plan individual: \$10,000 por empleado Plan familiar: \$10,000 individual / \$20,000 familiar	El <u>límite de gastos del propio bolsillo</u> es el monto máximo que podría tener que pagar en un año por los servicios cubiertos. Si el <u>plan</u> está integrado por otros miembros de la familia, cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general para la familia haya sido cubierto.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos del propio bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturación de saldo</u> restante y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Si bien usted paga estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos del propio bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Consulte la lista de <u>proveedores de la red</u> en <a href="https://hpiTPA.com">hpiTPA.com</a> o llame al 1-888-296-7179.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted paga menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la <u>red del plan</u> . Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> ; es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que cubre su <u>plan</u> ( <u>facturación de saldo</u> restante).
¿Hace falta una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar a un <u>especialista</u> de su elección sin necesidad de una <u>referencia</u> .



Todos los gastos por **copagos** y **coseguro** indicados en este cuadro son los montos que usted paga tras haber cubierto el **deducible**, si correspondiera un **deducible**.

Situación médica habitual	Servicios que puede necesitar	Proveedor dentro de la red (Paga menos)	Proveedor fuera de la red (Paga más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<b>Si visita el consultorio o centro médico de un proveedor de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible exento</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios son <u>preventivos</u> . Luego, verifique cuánto pagará el <u>plan</u> .
	Visita a <u>especialista</u>	\$75 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible exento</u>	40 % de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención preventiva / exámenes de detección / vacunación</u>	Sin cargo; <u>deducible exento</u>	40 % de <u>coseguro</u>	
<b>Si se realiza análisis o exámenes</b>	Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre) Mamografías y densitometrías óseas Todas las demás pruebas	Sin cargo; <u>deducible exento</u> 20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para estudios de imágenes
<b>Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección.</b> En hpiTPA.com, puede encontrar más información sobre la <b>cobertura de medicamentos recetados</b>	Genéricos— En farmacia (30 días) En farmacia* (90 días) Por correo (90 días)	\$10 de <u>copago</u> por medicamento \$30 de <u>copago</u> por medicamento \$20 de <u>copago</u> por medicamento		<u>Deducible exento</u> .  * solo medicamentos de mantenimiento  Algunos <u>medicamentos recetados</u> están sujetos a un tratamiento escalonado. Es posible que primero tenga que usar otros <u>medicamentos recetados</u> o productos farmacéuticos.
	De marca preferida— En farmacia (30 días) En farmacia* (90 días) Por correo (90 días)	30 % de <u>coseguro</u> ; \$100 máximo 30 % de <u>coseguro</u> ; \$300 máximo 30 % de <u>coseguro</u> ; \$200 máximo		
	De marca no preferida— En farmacia (30 días) En farmacia* (90 días) Por correo (90 días)	50 % de <u>coseguro</u> ; \$250 máximo 50 % de <u>coseguro</u> ; \$750 máximo 50 % de <u>coseguro</u> ; \$500 máximo		
	Medicamentos de <u>especialidad</u> — Farmacia/Pedido por correo (30 días)	50 % de <u>coseguro</u> ; \$250 máximo		
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Cargo de la institución (centro quirúrgico ambulatorio, etc.) Colonoscopias diagnósticas Todos los demás servicios	Sin cargo; <u>deducible exento</u> 20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u>
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en sala de emergencias</u> Primera visita del año Todas las visitas posteriores en el año	\$500 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible exento</u> 20 % de <u>coseguro</u>		No se aplica el <u>copago</u> en caso de internación
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$100 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible exento</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
<b>Si tiene una internación</b>	Cargo de la institución (p. ej., habitación de hospital)	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u>
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	

Se requiere autorización previa para todos los ingresos hospitalarios y servicios prestados en un hospital, centro quirúrgico, centro ambulatorio o centro de diálisis.



Todos los gastos por **copagos** y **coseguro** indicados en este cuadro son los montos que usted paga tras haber cubierto el **deducible**, si correspondiera un **deducible**.

Situación médica habitual	Servicios que puede necesitar	Proveedor dentro de la red (Paga menos)	Proveedor fuera de la red (Paga más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios— Visita en consultorio	\$35 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible exento</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para tratamiento ambulatorio intensivo y servicios de internación
	Tratamiento ambulatorio intensivo	Sin cargo; <u>deducible exento</u>	40 % de <u>coseguro</u>	
	Servicios de internación	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	
Si está embarazada	Visitas en consultorio— Atención prenatal	Sin cargo; <u>deducible exento</u>	40 % de <u>coseguro</u>	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en el SBC (p. ej., ecografías). Requiere notificación previa antes del parto y <u>autorización previa</u> para internaciones de más de 48 horas (parto normal) o 96 horas (cesárea).
	Atención posnatal	20 % de <u>coseguro</u>		
	Servicios profesionales de parto	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	
	Servicios del centro de maternidad	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica domiciliaria</u>	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u> — Con internación	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para servicios con internación.
	Ambulatorios	\$75 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible exento</u>	40 % de <u>coseguro</u>	30 visitas por año combinadas para terapia ocupacional, quiropráctica y fisioterapia.
	<u>Servicios de habilitación</u> — Intervención temprana	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Hasta los 3 años
	Retraso del desarrollo	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	<u>Autorización previa</u> y límites de consultas en función de los servicios prestados
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	60 días por año. Se requiere <u>autorización previa</u>
Equipo médico duradero— Demás equipos médicos duraderos Suministros para diabéticos	20 % de <u>coseguro</u> 20 % de <u>coseguro</u> ; <u>deducible exento</u>	40 % de <u>coseguro</u> 40 % de <u>coseguro</u>	<u>Autorización previa</u> necesaria para elevadores de asiento, bombas, sillas de ruedas, vehículos eléctricos, dispositivos generadores de voz, bomba de infusión de insulina, estimuladores de osteogénesis, estimuladores neuromusculares, incluidos los TENS (neuroestimulación eléctrica transcutánea).	
<u>Cuidados paliativos</u>	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u>	
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen de la vista para niños	Sin cargo; <u>deducible exento</u>	40 % de <u>coseguro</u>	1 examen por año
	Lentes para niños		Sin cobertura	N/D
	Control odontológico para niños		Sin cobertura	N/D

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

### Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía estética
- Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Programas de disminución de peso
- Atención odontológica (de control para niños y adultos)
- Servicios de enfermería privada
- Atención de larga duración
- Pedicura de rutina

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

- Acupuntura
- Audífonos (1 audífono por oído c/ 3 años)
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento de la infertilidad (\$25,000 de por vida p/ atención médica y \$10,000 de por vida p/ medicamentos)
- Quiropraxia (30 visitas por año con fisioterapia y terapia ocupacional)
- Control oftalmológico (adulto: 1 examen por año)

**Sus derechos de continuación de la cobertura:** Existen organismos que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que esta finaliza. La información de contacto de estos organismos la brinda la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU., teléfono: 1-866-444-EBSA (3272) o sitio web: [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También puede acceder a otras opciones de cobertura, como la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de presentar quejas y apelaciones:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene un reclamo contra su plan por la denegación de un reclamación. Este reclamo se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita asistencia, comuníquese con el plan al 1-888-296-7179. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿Este plan proporciona la cobertura esencial mínima? Sí.

Por lo general, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), TRICARE y algunas otras coberturas. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para obtener el crédito fiscal para la prima.

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

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para obtener un crédito fiscal para la prima que le servirá para pagar un plan a través del Mercado.

### Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-296-7179

Portuguese (Português): De assistência em Português, ligue 1-888-296-7179

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-296-7179

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

**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 según la atención real que reciba, los precios de sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que pagaría usted con los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se refieren solo a una cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

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

- **Deducible** general del plan \$1,500
- **Copago** de especialista \$75
- **Coseguro** del hospital (centro) 20 %
- **Otros sin cargo**

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

Consultas a especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto  
 Servicios del centro de maternidad  
 Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$12,700</b>
-------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducible	\$1,500
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,400
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$2,970</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención médica de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

- **Deducible** general del plan \$1,500
- **Copago** de especialista \$75
- **Coseguro** del hospital (centro) 20 %
- **Coseguro, otros** 20 %

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

Consultas al médico de atención primaria (*incluida educación sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos recetados  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$5,600</b>
-------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

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

**Fractura simple de Mia**

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

- **Deducible** general del plan \$1,500
- **Copago** de especialista \$75
- **Coseguro** del hospital (centro) 20 %
- **Copago, otros** \$75

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

Atención en sala de emergencias (*incluidos suministros médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografías*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

<b>Ejemplo de costo total</b>	<b>\$2,800</b>
-------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducible	\$1,200
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$2,100</b>