

 **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.simplepayhealth.com o llame al (844) 487-8625. 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 www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a SimplePay Health al (800) 606-3564 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Todos los servicios están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores</u> participantes: individual \$6,000/familiar \$12,000. Para <u>proveedores</u> no participantes: individual sin límite/familiar sin límite.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> ?	Sí. Consulte www.simplepayhealth.com o llame al (800) 606-3564 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deductible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (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	Entre \$30 y \$70 de <u>copago</u> /visita.	\$85 de <u>copago</u> /visita.	Incluye consultas de telemedicina con proveedores que no sean de Teladoc. Si recibe servicios de consulta a través de Teladoc, paga \$0 de <u>copago</u> . Usted paga \$0 de <u>copago</u> por servicios recibidos en una clínica MinuteClinic.
	Consulta con un <u>especialista</u>	Entre \$65 y \$140 de <u>copago</u> /visita.	\$170 de <u>copago</u> /visita.	
	<u>Atención preventiva/evaluación</u> /vacunas	Sin cargo.	Sin cargo.	Es posible que deba pagar los servicios que no son <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> . No se aplica ningún cargo si recibe servicios de consulta de atención preventiva primaria a través de Teladoc.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Entre \$90 y \$195 de <u>copago</u> /visita.	\$235 de <u>copago</u> /visita.	----- Ninguna -----
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Entre \$315 y \$695 de <u>copago</u> /examen.	\$835 de <u>copago</u> /examen.	Se recomienda obtener <u>autorización previa</u> para tomografías computarizadas e imágenes por resonancia magnética no ortopédicas y las tomografías por emisión de positrones.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.Caremark.com	Medicamentos genéricos	Entre \$20 y \$40 de <u>copago</u> (al por menor); \$40 de <u>copago</u> (a través de EDSN o pedidos por correo).	Sin cobertura.	Cubre un suministro de hasta 31 días (medicamentos con receta médica al por menor), un suministro de 90 días (medicamentos con receta médica a través de la red Extended Days Supply [EDSN] o pedidos por correo) y un suministro de 31 días (medicamentos de <u>especialidad</u>). El <u>copago</u> se aplica por receta médica. No se aplican cargos para los medicamentos preventivos. Se aplican los <u>copagos</u> correspondientes para los medicamentos preventivos de mantenimiento. Se aplica la disposición de obligatoriedad de medicamentos genéricos. Se aplica la disposición de terapia escalonada. Los <u>medicamentos de especialidad</u> deben obtenerse en la <u>red</u> de farmacias de especialidad. * Algunos <u>medicamentos de especialidad</u> pueden ser elegibles para un <u>copago</u> de \$0 si está inscrito en el programa PrudentRx Solutions. Si los medicamentos son elegibles para el programa PrudentRx Solutions y usted no se inscribe, estará sujeto a un 30 % de <u>copago</u> . Algunos <u>medicamentos de especialidad</u> son elegibles para programas de asistencia con los <u>copagos</u> mediante el programa True Accumulation de CVS.
	Medicamentos de marca preferidos	Entre \$50 y \$100 de <u>copago</u> (al por menor); \$100 de <u>copago</u> (a través de EDSN o pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	Medicamentos de marca no preferidos	Entre \$75 y \$150 de <u>copago</u> (al por menor); \$150 de <u>copago</u> (a través de EDSN o pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	\$100 de <u>copago</u> *.	Sin cobertura.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Entre \$1,020 y \$2,260 de <u>copago</u> /vez.	\$2,710 de <u>copago</u> /vez.	Se recomienda obtener una <u>autorización previa</u> para ciertas cirugías. Consulte el documento del <u>plan</u> para ver una lista detallada.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cargo.	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$580 de <u>copago</u> /visita.	\$580 de <u>copago</u> /visita.	A los <u>proveedores</u> no participantes se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> participantes.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$580 de <u>copago</u> /viaje.	\$580 de <u>copago</u> /viaje.	A los <u>proveedores</u> no participantes se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> participantes.
	<u>Atención de urgencia</u>	Entre \$65 y \$140 de <u>copago</u> /visita.	\$170 de <u>copago</u> /visita.	-----Ninguna.-----

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Entre \$3,130 y \$6,000 de <u>copago</u> /admisión.	\$7,800 de <u>copago</u> /admisión.	Se recomienda obtener <u>autorización previa</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cargo.	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio: entre \$30 y \$70 de <u>copago</u> /visita; los demás servicios para pacientes ambulatorios: entre \$1,020 y \$2,260 de <u>copago</u> /visita.	Visitas al consultorio: \$85 de <u>copago</u> /visita; los demás servicios para pacientes ambulatorios: \$2,710 de <u>copago</u> /visita.	Incluye consultas de telemedicina con proveedores que no sean de Teladoc. Si recibe servicios de consulta a través de Teladoc, paga \$0 de <u>copago</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	Entre \$3,130 y \$6,000 de <u>copago</u> /admisión.	\$7,800 de <u>copago</u> /admisión.	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Visita al consultorio: entre \$30 y \$70 de <u>copago</u> /visita; pacientes ambulatorios: entre \$1,020 y \$2,260 de <u>copago</u> /visita; <u>exámenes de diagnóstico</u> : entre \$90 y \$195 de <u>copago</u> /visita.	Visita al consultorio: \$85 de <u>copago</u> /visita; pacientes ambulatorios: \$2,710 de <u>copago</u> /visita; <u>exámenes de diagnóstico</u> : \$235 de <u>copago</u> /visita.	Se recomienda obtener <u>autorización previa</u> para la hospitalización de más de 48 horas (parto vaginal) o 96 horas (cesárea). El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> de un <u>proveedor</u> participante. La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Los gastos del bebé se suman a los gastos de la madre para servicios de rutina para el parto; si el bebé debe permanecer más tiempo en el hospital o si es admitido como paciente, se aplica un <u>copago</u> por separado.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	Sin cargo.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Entre \$3,130 y \$6,000 de <u>copago</u> /admisión.	\$7,800 de <u>copago</u> /admisión.	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Entre \$65 y \$140 de <u>copago</u> /visita.	\$170 de <u>copago</u> /visita.	Se limita a 100 visitas por año. Se recomienda obtener <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Entre \$65 y \$140 de <u>copago</u> /visita.	\$170 de <u>copago</u> /visita.	La fisioterapia, las terapias del habla, de la audición y ocupacional se limitan a un máximo de 60 visitas combinadas por año.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Entre \$65 y \$140 de <u>copago</u> /visita.	\$170 de <u>copago</u> /visita.	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Entre \$2,765 y \$6,000 de <u>copago</u> /admisión.	\$7,375 de <u>copago</u> /admisión.	Se limita a 60 días por año. Se recomienda obtener <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	Entre \$140 y \$315 de <u>copago</u> /artículo.	\$380 de <u>copago</u> /artículo.	Se recomienda obtener <u>autorización previa</u> para los vehículos de movilidad o las sillas de ruedas eléctricos o motorizados y los dispositivos de compresión neumática.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (Usted pagará el mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará el máximo)	
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Entre \$340 y \$755 de <u>copago</u> /servicio.	\$905 de <u>copago</u> /servicio.	Paga por la terapia por duelo entre \$65 y \$140 de <u>copago</u> /visita para <u>proveedores</u> participantes; \$170 de <u>copago</u> /visita para <u>proveedores</u> no participantes.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Algunas evaluaciones de la vista para niños están cubiertas como servicios preventivos.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

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).

- Acupuntura.
- Cirugía bariátrica (excepto si se recibe a través de SurgeryPlus).
- Cirugía cosmética.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (adultos y niños).
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada (excepto para atención médica en el hogar y programa de cuidados paliativos).
- Atención de rutina para la vista (adultos y niños).
- Atención de rutina para los pies (excepto por enfermedad vascular periférica o metabólica).
- Programas para la pérdida de peso.

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

- Cuidado quiropráctico (25 visitas por año).
- Audífonos (1 audífono por oído cada 36 meses).
- Tratamiento para la infertilidad (solo para el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica subyacente; los medicamentos con receta médica tienen un límite de \$20,000 de por vida).

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: Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (1-866-444-3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform; Builders FirstSource, Inc. (844-487-8625). 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 la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform; o bien comuníquese con Builders FirstSource, Inc. al (844) 487-8625.

Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Contacto: Texas Department of Insurance, Consumer Protection, (800) 252-3439.

¿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? Sí

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 1-800-378-1179.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-378-1179.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-378-1179.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-800-378-1179.

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:



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)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Copago del médico de atención primaria</u>	\$30-\$70
■ <u>Copago del hospital (establecimiento)</u>	\$3,130-\$6,000
■ <u>Otro copago</u>	\$0-\$6,000

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al médico de atención primaria (*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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$6,000
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,060

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Copago de especialista</u>	\$65-\$140
■ <u>Copago del hospital (establecimiento)</u>	\$1,020-\$2,260
■ <u>Otro copago</u>	\$0-\$6,000

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$3,100
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$3,120

Fractura simple de Mía

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

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Copago de especialista</u>	\$65-\$140
■ <u>Copago del hospital (establecimiento)</u>	\$580
■ <u>Otro copago</u>	\$0-\$6,000

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, Mía pagaría:

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