




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

**Esto es solo un resumen.** Si desea obtener más información sobre su cobertura o una copia de todos los términos de la cobertura, póngase en contacto con TLC Benefit Solutions, Inc. llamando al 877-949-0940. Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como [cantidad autorizada](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.tlcbenefitsolutions.com](http://www.tlcbenefitsolutions.com) o llamar al 877-949-0940 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <b>deducible</b> total?	<b>\$800</b> por persona o <b>\$2,000</b> por familia para proveedores dentro de la red <b>\$2,500</b> por persona o <b>\$0</b> por familia para proveedores fuera de la red	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <b>deducible</b> antes de que este <b>plan</b> comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <b>plan</b> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <b>deducible</b> individual hasta que el monto total de los gastos del <b>deducible</b> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <b>deducible</b> familiar total.
¿Se cubren algunos servicios antes de que alcance su <b>deducible</b> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> y atención primaria se cubren antes de que alcance su <b>deducible</b>	Este <b>plan</b> cubre algunos insumos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <b>deducible</b> . No obstante, puede aplicarse un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre determinados <a href="#">servicios de prevención</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que alcance su <b>deducible</b> . Puede consultar una lista de los <a href="#">servicios de prevención</a> cubiertos en este sitio web: <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Existen otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> para este <b>plan</b> ?	Para <a href="#">proveedores de la red</a> <b>\$6,850</b> por persona / <b>\$13,700</b> por familia; para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> sin límite	El <b>límite de gastos de bolsillo</b> es la cantidad máxima que usted puede pagar durante un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <b>plan</b> , deben alcanzar sus propios <b>límites de gastos de bolsillo</b> hasta que se alcance el <b>límite de gastos de bolsillo</b> familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ?	Las <a href="#">primas</a> , los gastos de <a href="#">facturación del saldo</a> , y la atención médica que este <b>plan</b> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no forman parte del <b>límite de gastos de bolsillo</b> .
¿Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.tlcbenefitsolutions.com">www.tlcbenefitsolutions.com</a> o llame al 877-949-0940 para obtener la lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <b>plan</b> utiliza una <a href="#">red</a> de proveedores. Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> que forme parte de la <a href="#">red</a> del plan. Pagará más si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su <b>plan</b> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que es posible que su <a href="#">proveedor de la red</a> recurra a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">referencia médica</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin una referencia médica.

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se cobran una vez que ha alcanzado su [deducible](#), si es que se aplica uno.

Evento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red: (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b>	Visita al médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<a href="#">copago</a> de \$25/visita al consultorio y <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 20 % para otros servicios ambulatorios	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	La cobertura se limita a (1) visita por día.
	Visita al <a href="#">especialista</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Los servicios quiroprácticos se limitan a 20 visitas por año. Los servicios de acupuntura se limitan a 10 visitas por año.
	<a href="#">Atención preventiva/detección/ vacunas</a>	Sin cargo	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean <a href="#">preventivos</a> . Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <a href="#">plan</a> .
<b>Si se realiza estudios</b>	<a href="#">Estudio de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Se puede requerir autorización previa.
	Estudios de diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Se puede requerir autorización previa.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Hay disponible más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="http://www.tlcbenefitsolutions.com">www.tlcbenefitsolutions.com</a>	Medicamentos genéricos	<a href="#">Copago</a> de \$15/medicamento recetado (pedido por venta minorista)  <a href="#">Copago</a> de \$45/ medicamento recetado (red de venta minorista con suministro para 90 días)	Proveedor no preferido: <a href="#">copago</a> de \$25/suministro para 31 días	Cubre un suministro de hasta 34 días o 90 días (medicamento recetado de venta minorista); Miembros del <b>Disease Management</b> (Control de enfermedades) pagan \$10 y \$30, respectivamente (Proveedor de la red) Miembros del <b>Diabetes Management</b> (Control de la diabetes) pagan \$5 por un suministro para 34 días, en farmacias aprobadas
	Medicamentos de marca preferidos	<a href="#">Copago</a> de \$40 o <a href="#">coseguro</a> del 20 % (cantidad mayor)/medicamento recetado (pedido por venta minorista)  <a href="#">Copago</a> de \$120 o <a href="#">coseguro</a> del 20 % (cantidad mayor)/medicamento recetado (red de venta minorista con suministro para 90 días)	Proveedor no preferido: <a href="#">copago</a> de \$50 o del 20 %/suministro para 31 días	Cubre un suministro de hasta 34 días o 90 días (medicamento recetado de venta minorista); Se aplican restricciones de clases de terapia Miembros del <b>Disease Management</b> (Control de enfermedades) pagan \$30 (o el 20 %) y \$90 (o el 20 %), respectivamente (Proveedor de la red) Miembros del <b>Diabetes Management</b> (Control de la diabetes) pagan \$5 por un suministro para 34 días, en farmacias aprobadas
	Medicamentos de marca no preferidos	<a href="#">Copago</a> de \$75 o <a href="#">coseguro</a> del 30 % (cantidad mayor)/medicamento recetado (pedido por venta minorista)  <a href="#">Copago</a> de \$225 o <a href="#">coseguro</a> del 30 % (cantidad mayor)/medicamento recetado (red de venta minorista con suministro para 90 días)	Proveedor no preferido: <a href="#">copago</a> de \$90 o del 30 % / suministro para 31 días	Cubre un suministro de hasta 34 días o 90 días (medicamento recetado de venta minorista); Se aplican restricciones de clases de terapia. Miembros del <b>Disease Management</b> (Control de enfermedades) pagan la misma cantidad Miembros del <b>Diabetes Management</b> (Control de la diabetes) pagan \$5 por un suministro para 34 días, en farmacias aprobadas

Evento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red: (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	<a href="#">Medicamentos especiales</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	Servicios especiales de conserjería disponibles
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Tasa de la institución (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	Se requiere autorización previa
	Tasas del médico/cirujano	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Se requiere autorización previa
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención de la sala de emergencias</a>	<a href="#">Copago</a> de \$200/día	<a href="#">Copago</a> de \$200/día	Ninguno
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	Ninguno
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Ninguno
<b>Si tiene una estadía hospitalaria</b>	Tasa de la institución (p. ej., habitación del hospital)	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	Se requiere autorización previa
	Tasas del médico/cirujano	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Ninguno
<b>Si requiere servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	<a href="#">Copago</a> de \$25/visita al consultorio y <a href="#">coseguro</a> del 20 % para otros servicios ambulatorios	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Ninguno
	Servicios de hospitalización	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	Se requiere autorización previa
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	No se aplican los <a href="#">costos compartidos</a> para determinados <a href="#">servicios de prevención</a> .
	Servicios profesionales para parto	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Ninguno
	Servicios en centros para parto	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	Se requiere autorización previa para estadías con una duración mayor a la prevista
<b>Si necesita ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Atención médica a domicilio</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	1 visita/día y 120 días/año Se requiere autorización previa
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Se requiere autorización previa
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Se requiere autorización previa
	<a href="#">Servicio de enfermería calificado</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	120 días/año Se requiere autorización previa
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 50 %	Se puede requerir autorización previa.
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	Sin cargo (incluye atención domiciliaria en hospicio)	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	30 días/periodo de beneficios Se requiere autorización previa
<b>Si su hijo/a necesita atención odontológica u oftalmológica</b>	Examen oftalmológico de niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno
	Control odontológico de niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental
- Audífonos (con la excepción de los audífonos para niños menores de 18 años)
- Asistente para atención médica domiciliaria, cuando no lo ofrece el hospicio
- Tratamiento contra la esterilidad
- Atención a largo plazo
- Cuidado que no sea de emergencia cuando se viaja fuera de los Estados Unidos
- Enfermería privada
- Atención de rutina de la vista
- Atención de rutina de los pies
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Acupuntura
- Ortopinología
- Atención quiropráctica

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con la cobertura después de que finalice. La información de contacto de estas agencias es la siguiente: Employee Benefits Security Administration (Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador) del Department of Labor (Ministerio de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o a través del sitio web [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Además, pueden estar disponibles otras opciones de cobertura, lo que incluye 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 el sitio web [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de quejas y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarlo si desea presentar un reclamo al [plan](#) por el rechazo de una [factura](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá para esa [factura](#) médica. Los documentos del [plan](#) también brindan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja](#) por cualquier motivo al [plan](#). Si desea obtener más información sobre sus derechos y este aviso o si necesita ayuda, puede comunicarse con TLC Benefit Solutions, Inc. al 1-877-949-0940. También puede contactarse con la Employee Benefits Security Administration del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o a través del sitio web [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Este plan ofrece una cobertura esencial mínima? Sí.**

Si no tiene una [cobertura esencial mínima](#) para un mes, deberá realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que reúna los requisitos para una exención del requisito de que tenga cobertura médica para ese mes.

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para recibir un [crédito fiscal anticipado para la prima](#) como ayuda para que pague un [plan](#) a través del [Mercado de Seguros Médicos](#).

### Servicios de acceso a los idiomas:

Para obtener asistencia en español, llame al 1-877-949-0940.

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

**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**Esto no es un calculador de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) puede cubrir la atención médica. Los costos reales variarán de acuerdo con la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

<b>Peg tendrá un bebé</b> (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)		<b>Control de la diabetes tipo 2 de Joe</b> (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)		<b>Fractura simple de Mia</b> (visita a la sala de emergencias dentro de la red y cuidados de seguimiento)	
■ El <a href="#">deducible total del plan</a>	\$800	■ El <a href="#">deducible total del plan</a>	\$800	■ El <a href="#">deducible total del plan</a>	\$800
■ <a href="#">Especialista: coseguro</a>	\$50	■ <a href="#">Especialista: copago</a>	\$50	■ <a href="#">Especialista: copago</a>	\$50
■ Hospital (instalaciones): <a href="#">coseguro</a>	20%	■ Hospital (instalaciones): <a href="#">coseguro</a>	20%	■ Hospital (instalaciones): <a href="#">coseguro</a>	20%
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	20%	■ Otros <a href="#">coseguros</a>	20%	■ Otros <a href="#">coseguros</a>	20%
<b>Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:</b> Visitas al consultorio del especialista ( <i>atención prenatal</i> ) Servicios profesionales para parto Servicios en centros para parto Pruebas de diagnóstico ( <i>ultrasonidos y análisis de sangre</i> ) Visita al especialista ( <i>anestesia</i> )		<b>Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:</b> Visitas al consultorio del médico de atención primaria ( <i>que incluyen educación sobre la enfermedad</i> ) Pruebas de diagnóstico ( <i>análisis de sangre</i> ) Medicamentos recetados Equipo médico duradero ( <i>medidor de glucemia</i> )		<b>Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:</b> Atención de la sala de emergencias ( <i>que incluyen suministros médicos</i> ) Prueba de diagnóstico ( <i>radiografía</i> ) Equipo médico duradero ( <i>muletas</i> ) Servicios de rehabilitación ( <i>fisioterapia</i> )	
<b>Costo total estimado</b>	<b>\$12,800</b>	<b>Costo total estimado</b>	<b>\$7500</b>	<b>Costo total estimado</b>	<b>\$1900</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:</b>		<b>En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:</b>		<b>En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:</b>	
<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>		<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$800	Deducibles	\$800	Deducibles	\$800
Copagos	\$110	Copagos	\$1350	Copagos	\$350
Coseguro	\$2480	Coseguro	\$372	Coseguro	\$283
<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$55	Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es el siguiente:</b>	<b>\$3,450</b>	<b>El total que Joe pagaría es el siguiente:</b>	<b>\$2578</b>	<b>El total que Peg pagaría es el siguiente:</b>	<b>\$1433</b>

Nota: Estos números suponen que el paciente no es parte del programa de bienestar [del plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar [del plan](#), es posible que reduzca los costos. Si desea obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con TLC Benefit Solutions, Inc. al 1-877-949-0940.