



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 o llamar al 877-949-0940 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$800 por persona o \$2,000 por familia para proveedores dentro de la red \$2,500 por persona o \$0 por familia para proveedores fuera de la red	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan , cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total.
¿Se cubren algunos servicios antes de que alcance su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y atención primaria se cubren antes de que alcance su deducible	Este plan cubre algunos insumos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . No obstante, puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios de prevención sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Puede consultar una lista de los servicios de prevención cubiertos en este sitio web: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de la red \$6,850 por persona / \$13,700 por familia; para proveedores fuera de la red sin límite	El límite de gastos de bolsillo 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 plan , deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los gastos de facturación del saldo , y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no forman parte del límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.tlcbenefitsolutions.com o llame al 877-949-0940 para obtener la lista de los proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor que forme parte de la red del plan. Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que es posible que su proveedor de la red recurra a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia médica para consultar a un especialista ?	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)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita al médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	copago de \$25/visita al consultorio y deducible y coseguro del 20 % para otros servicios ambulatorios	Coseguro del 50 %	La cobertura se limita a (1) visita por día.
	Visita al especialista	Copago de \$50/visita	Coseguro del 50 %	Los servicios quiroprácticos se limitan a 20 visitas por año. Los servicios de acupuntura se limitan a 10 visitas por año.
	Atención preventiva/detección/ vacunas	Sin cargo	Coseguro del 50 %	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el plan .
Si se realiza estudios	Estudio de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 50 %	Se puede requerir autorización previa.
	Estudios de diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 50 %	Se puede requerir autorización previa.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Hay disponible más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.tlcbenefitsolutions.com	Medicamentos genéricos	Copago de \$15/medicamento recetado (pedido por venta minorista) Copago de \$45/ medicamento recetado (red de venta minorista con suministro para 90 días)	Proveedor no preferido: copago de \$25/suministro para 31 días	Cubre un suministro de hasta 34 días o 90 días (medicamento recetado de venta minorista); Miembros del Disease Management (Control de enfermedades) pagan \$10 y \$30, respectivamente (Proveedor de la red) Miembros del Diabetes Management (Control de la diabetes) pagan \$5 por un suministro para 34 días, en farmacias aprobadas
	Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$40 o coseguro del 20 % (cantidad mayor)/medicamento recetado (pedido por venta minorista) Copago de \$120 o coseguro del 20 % (cantidad mayor)/medicamento recetado (red de venta minorista con suministro para 90 días)	Proveedor no preferido: copago 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 Disease Management (Control de enfermedades) pagan \$30 (o el 20 %) y \$90 (o el 20 %), respectivamente (Proveedor de la red) Miembros del Diabetes Management (Control de la diabetes) pagan \$5 por un suministro para 34 días, en farmacias aprobadas
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$75 o coseguro del 30 % (cantidad mayor)/medicamento recetado (pedido por venta minorista) Copago de \$225 o coseguro del 30 % (cantidad mayor)/medicamento recetado (red de venta minorista con suministro para 90 días)	Proveedor no preferido: copago 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 Disease Management (Control de enfermedades) pagan la misma cantidad Miembros del Diabetes Management (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)	
	Medicamentos especiales	Sin cobertura	Sin cobertura	Servicios especiales de conserjería disponibles
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tasa de la institución (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Se requiere autorización previa
	Tasas del médico/cirujano	Coseguro del 20 %	Coseguro del 50 %	Se requiere autorización previa
Si necesita atención médica inmediata	Atención de la sala de emergencias	Copago de \$200/día	Copago de \$200/día	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Ninguno
	Atención de urgencia	Copago de \$50/visita	Coseguro del 50 %	Ninguno
Si tiene una estadía hospitalaria	Tasa de la institución (p. ej., habitación del hospital)	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Se requiere autorización previa
	Tasas del médico/cirujano	Coseguro del 20 %	Coseguro del 50 %	Ninguno
Si requiere servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago de \$25/visita al consultorio y coseguro del 20 % para otros servicios ambulatorios	Coseguro del 50 %	Ninguno
	Servicios de hospitalización	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Se requiere autorización previa
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de \$50/visita	Coseguro del 50 %	No se aplican los costos compartidos para determinados servicios de prevención .
	Servicios profesionales para parto	Coseguro del 20 %	Coseguro del 50 %	Ninguno
	Servicios en centros para parto	Coseguro del 20 %	Coseguro del 20 %	Se requiere autorización previa para estadías con una duración mayor a la prevista
Si necesita ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica a domicilio	Coseguro del 20 %	Coseguro del 50 %	1 visita/día y 120 días/año Se requiere autorización previa
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 20 %	Coseguro del 50 %	Se requiere autorización previa
	Servicios de habilitación	Coseguro del 20 %	Coseguro del 50 %	Se requiere autorización previa
	Servicio de enfermería calificado	Coseguro del 20 %	Coseguro del 50 %	120 días/año Se requiere autorización previa
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20 %	Coseguro del 50 %	Se puede requerir autorización previa.
	Servicios de hospicio	Sin cargo (incluye atención domiciliaria en hospicio)	Coseguro del 20 %	30 días/periodo de beneficios Se requiere autorización previa
Si su hijo/a necesita atención odontológica u oftalmológica	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. 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 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.

¿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.

Peg tendrá un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)		Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)		Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y cuidados de seguimiento)	
■ El deducible total del plan	\$800	■ El deducible total del plan	\$800	■ El deducible total del plan	\$800
■ Especialista: coseguro	\$50	■ Especialista: copago	\$50	■ Especialista: copago	\$50
■ Hospital (instalaciones): coseguro	20%	■ Hospital (instalaciones): coseguro	20%	■ Hospital (instalaciones): coseguro	20%
■ Otros coseguros	20%	■ Otros coseguros	20%	■ Otros coseguros	20%
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes: 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>)		Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes: 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>)		Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes: 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>)	
Costo total estimado	\$12,800	Costo total estimado	\$7500	Costo total estimado	\$1900
En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente: <i>Costos compartidos</i>		En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente: <i>Costos compartidos</i>		En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente: <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
El total que Peg pagaría es el siguiente:	\$3,450	El total que Joe pagaría es el siguiente:	\$2578	El total que Peg pagaría es el siguiente:	\$1433

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.