

 El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudara a elegir un plan de salud. El SBC muestra como usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención medica cubiertos. **NOTA: información sobre el costo de este plan (denominado prima) se le proporcionará por separado. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, llame al 800-447-5002. Para ver las definiciones generales de términos comunes como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados consulte el Glosario. Puede ubicarlo en www.adventistretirement.org o llamando al 1-800-447-5002 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$650 / persona \$1300 / familia Los <u>copagos</u> no cuentan hacia el deducible.	En general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores médicos hasta alcanzar el deducible antes que el plan empiece a pagar. Si tiene a otros miembros de su familia dentro el plan, cada uno debe alcanzar su deducible individual hasta que el monto total de gastos de deducible pagado por todos los miembros alcance el deducible familiar total.
Hay servicios cubiertos por el plan antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Si. La <u>atención preventiva</u> está cubierta antes de que cumpla con el deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha completado el monto total del deducible. Sin embargo, puede aplicarse un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de completarse el deducible. Puede ver una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible para servicios específicos?	Si. <u>Deducible</u> de \$400 / persona para recetas médicas (Rx) <u>Deducible</u> de \$800 / familia para recetas médicas (Rx)	Usted primero debe pagar todos los costos de servicios de farmacia hasta completar el deducible individual para que luego el plan empiece a pagar por esos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos directos de bolsillo para este plan?	\$5,700 / persona \$11,400 / familia	El límite de gasto directo de bolsillo es lo máximo que pueda pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de familia en este plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de los gastos directos de bolsillo hasta que se alcance el límite de los gastos directos de bolsillo general familiar.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos directos de bolsillo?	<u>Las primas</u> , <u>los cargos por facturación de saldos</u> , y cuidados médicos que este plan no cubre.	Aunque usted mismo paga por estos montos, no cuentan hacia el límite a los gastos directos de bolsillo.
¿Pagaré menos si acudo a un proveedor dentro de la red?	Si. Visite www.aetna.com/asa o llame al 1-800-447-5002 para una lista de proveedores dentro de red.	Usted pagará menos si acude a un proveedor que está dentro la red del plan. Pagará más si usa uno fuera de red y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia de lo que el mismo cobra y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor

		dentro de red podría utilizar un laboratorio médico u otro servicio que esté fuera de red. Consulte con su proveedor antes de obtener otros servicios.
¿Necesito un referido para ver a un especialista?	No.	Usted puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.



Todos los costos de copago y coseguro indicados en esta tabla se aplica después de que se haya acumulado el deducible, si se aplica uno.

Evento Médico Común	Servicios que pueda necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, Excepciones y Otros Datos Importantes
		Proveedor dentro la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de red (Pagará más)	
Si consulta al proveedor médico en una oficina o clínica	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$50 por visita	No está cubierto	No se aplica el <u>deducible</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	Copago de \$50 por visita	No está cubierto	No se aplica el <u>deducible</u> .
	<u>Atención preventiva/Evaluación/Vacunación</u>	Sin cobro	No está cubierto	Puede que Ud. tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego revise lo que pagará su plan.
	Consulta con otro profesional medico	Quiropráctico: 50% <u>coseguro</u> Entrenamiento de Automanejo: 0% <u>coseguro</u>	Al igual que dentro de red ya que la utilización de redes no es necesario para estos servicios.	No se aplica el deducible. Para beneficios quiroprácticos, participantes menores de 10 años no son elegibles. Beneficios para tratamiento quiropráctico son limitados a gastos por manipulación espinal más una consulta y Rayos-X por año del plan. Entrenamiento para el Automanejo de la Diabetes es hasta 10 horas (1 hora en privado y 9 horas en grupo) durante el primero año del plan y luego 2 horas en los años siguientes.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (rayos-X, análisis de sangre)	20% coseguro	No está cubierto	Ninguno
	Diagnostico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por	<u>Coseguro</u> del 20%	No está cubierto	Ninguno

[* Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.adventistretirement.org

Evento Médico Común	Servicios que pueda necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, Excepciones y Otros Datos Importantes
		Proveedor dentro la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de red (Pagará más)	
	emisión de positrones/ imágenes por resonancia magnética)			
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Mas información sobre la cobertura de medicamentos recetados esta disponible en www.express-scripts.com	Medicamentos genéricos (1er nivel)	\$12 copago/ suministro al por menor de 30 días; Copago de \$29/ suministro de 90 días pedido por correo o mediante el programa Smart90 de Walgreen's.	No está cubierto	Previa certificación médica es necesaria para algunos medicamentos. El deducible no aplica, deducible de \$400 por persona y de \$800 por familia. Los beneficios para ciertos medicamentos están sujetos a terapia escalonada (debe intentarse medicamentos de bajo costo antes de recibir beneficios para aquellos más costosos). Algunos medicamentos de mantenimiento requieren el uso de farmacias de pedidos por correo sino estaría sujeto a una penalidad.
	Medicamentos de marca preferidos (2do nivel)	\$29 <u>copago</u> /receta médica para un suministro de 30 días; \$70 <u>copago</u> / receta médica para un suministro de 90 días mediante envío por correo o por el programa de venta Smart90 de Walgreen's.	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos (3er nivel)	\$45 <u>copago</u> / receta médica para un suministro de 30 días; \$110 <u>copago</u> / receta médica para un suministro de 90 días mediante envío por correo o por el programa de venta Smart90 de Walgreen's.	No está cubierto	
	Medicamentos especiales			

[* Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.adventistretirement.org

Evento Médico Común	Servicios que pueda necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, Excepciones y Otros Datos Importantes
		Proveedor dentro la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de red (Pagará más)	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa por uso de la instalación (p. ej. Centro quirúrgico ambulatorio)	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Requiere previa certificación
	Honorarios del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Requiere previa certificación
Si necesita atención medica inmediata	<u>Cuidados</u> en sala de Emergencias	20% despues de \$200 <u>copago</u> /visita; <u>deductible</u> exonerado	20% despues de \$200 <u>copago</u> /visita; <u>deducible</u> exonerado	<u>Copago</u> exonerado si es ingresado al hospital.
	<u>Transporte medico de emergencia</u>	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	Ninguno
Evento Medico Común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, Excepciones, y Otros Datos Importantes
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
	<u>Cuidado Urgente</u>	20% después de \$50 o \$200 <u>copago</u> /visita	20% después de \$50 o \$200 <u>copago</u> /visita	Se puede pagar como una visita en consultorio o como una visita en sala de emergencias de acuerdo con el contrato de su proveedor. Para visitas en consultorio, no son pagadas las tarifas del establecimiento.
Si tiene que ser ingresado al hospital	Tarifa por uso de una instalación (p. ej., habitación hospitalaria)	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Requiere previa certificación médica. Admisión de emergencia al hospital está cubierta <u>fuera de la red</u> después del 20% <u>coseguro</u>
	Honorarios del medico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Requiere previa certificación quirúrgica.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual, o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$50 <u>copago</u> /visita en oficina; 20% <u>coseguro</u> para otros servicios	No está cubierto	Requiere previa certificación médica para servicios intrahospitalarios, ambulatorios intensivos, hospitalización parcial, y cuidados residenciales
	Servicios intrahospitalarios	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	
Si está embarazada	Consultas medicas	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios profesionales de parto	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios hospitalarios de parto	No está cubierto	No está cubierto	
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Cuidado</u> de salud en casa	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Requiere previa certificación médica
	<u>Servicios de Rehabilitación</u>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Servicios terapéuticos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla. Hay un límite de 90 visitas/año por todos los servicios terapéuticos en conjunto. Hay un

Evento Médico Común	Servicios que pueda necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, Excepciones y Otros Datos Importantes
		Proveedor dentro la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de red (Pagará más)	
				máximo de 60 visitas/año para un único servicio terapéutico. Se requiere certificación médica después de 12 visitas por condición/incidente. Terapia visual tiene un máximo de 30 visitas/año. Terapia visual y cualquier servicio intrahospitalario requieren certificación médica.
	<u>Servicios de Rehabilitación</u>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	
	<u>Atención de Enfermería Especializada</u>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Requiere previa certificación médica. La cobertura tiene un límite de 120 días/año.
	<u>Equipo Médico Duradero</u>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Máximo pagadero de \$8,000 por año del plan. Previa certificación médica es necesaria para todo cobro más de \$1,500.
	<u>Servicios de Hospicio</u>	Sin cobro	No está cubierto	Previa certificación médica es necesaria.
Si su hijo(a) necesita cuidado dental u ocular	Examen ocular para niños	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	El máximo pagadero anual de \$400 no aplica a exámenes pediátricos anuales de visión (menores de 19 años) y un par de lentes recetados estándar con cristal transparente según las reglas preventivas del ACA.
	Lentes para niños	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	
	Revisión dental para niños	Sin costo para servicios preventivos; 20% <u>coseguro</u> para servicios restaurativos dentro de la red.	Sin costo para servicios preventivos; 20% <u>coseguro</u> para servicios restaurativos fuera de la red.	Por año del plan, el máximo pagadero para servicios dentales es \$2,200/persona.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su Plan por lo general NO cubre (revise su póliza o documento del plan para más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)

- | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------|
| • Acupuntura | • Cirugía cosmética | • Cuidados a largo plazo |
| • Atención médica no urgente fuera de los Estados Unidos. | • Programas para pérdida de peso | • |

Otros servicios (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor vea el documento de su plan.)		
• Cirugía bariátrica – cubierto con algunas limitaciones	• Atención quiropráctica – cubierto con algunas limitaciones	• Cuidado dental (niños y adultos) – cubierto con algunas limitaciones
• Anteojos – cubierto con algunas limitaciones	• Audífonos – cubierto con algunas limitaciones	• Atención privada de enfermería – cubierta con algunas limitaciones
• Cuidados de rutina de los ojos	• Cuidados de rutina de los pies	

Cobertura para Covid-19		
• No se aplica el deducible para los miembros	• No se aplican copagos para realizarse una prueba o tratamiento para Covid-19	• Servicios mediante telesalud están disponibles.
• Proveedores deben usar el código de diagnóstico U07.1	• Medicamentos para COVID-19 mediante Express Scripts pueden ser renovados/reabastecidos con un 25-35% restante del suministro.	• Se le permite a los miembros una (1) revocación del reabastecimiento de su receta médica cada 365 días previa solicitud.

Su derecho a continuar con cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si quiere mantener su cobertura después de que ésta finalice. La información de contacto de esas agencias es: www.hhs.gov/programs, www.dol.gov, www.HealthCare.gov. Otras opciones de cobertura podrían ser disponibles para usted, incluyendo la compra de seguro médico individual mediante el Mercado de Seguros Médicos o “Marketplace”. 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 apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si tienen una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. A esto se le 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 proveen toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, llame al 1-800-447-5002.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si

Si usted no tiene Cobertura Esencial Mínima por un mes, tendrá que hacer un pago cuando prepare sus impuestos a no ser que califique para una excepción del requerimiento de tener seguro médico para ese mes.

¿Cumple este plan con el estándar mínimo de Valor? Si

Si su plan no cumple con el estándar mínimo de valor, Ud. puede ser elegible para un crédito fiscal para primas de seguro que le ayudará a pagar un plan mediante el Mercado de Seguros Médicos (Marketplace).

Servicios de Acceso a Idiomas:

[* Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.adventistretirement.org

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [insert telephone number].]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [insert telephone number].]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 [insert telephone number].]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' [insert telephone number].]

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

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran a continuación solo son ejemplos de cómo este plan podría cubrir cuidados médicos. Su costo real puede variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos, y coseguro) y servicios excluidos por el plan. Utilice esta información para comparar la porción que le correspondería pagar bajo los distintos planes médicos. Por favor tome en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en cobertura individual únicamente.

Manejo de la Diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención rutinaria de una condición controlada en dentro de red)

- El deducible general del plan **\$600**
- copago del Especialista **\$50**
- Coseguro del hospital (establecimiento) **20%**
- Otros coseguros **20%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al médico de atención primaria en consultorio (incluye educación sobre enfermedad)
Exámenes de diagnóstico (*análisis sanguíneo*)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total de este ejemplo \$7426

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$950
Copagos	\$1249
Coseguro	\$372
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Limitaciones o exclusiones	\$55
El total que pagaría Joe	\$2627

Una Fractura Simple de Mia
(visita a sala de emergencias dentro de red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan **\$600**
- copago del Especialista **\$50**
- Coseguro del hospital (establecimiento) **20%**
- Otros coseguros **20%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como ser:

Atención en sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Examen de diagnóstico (*Rayos X*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total de este ejemplo \$1925

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$600
Copagos	\$150
Coseguro	\$326
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Limitaciones o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia	\$1076