

 El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra como usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica 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](http://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/individuo o \$1,300/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 del 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> y telesalud 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 de 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 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro deducible para servicios específicos?	Si. \$400/individuo y \$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?	Individual: \$7,300 (\$5,700 para la parte médica más \$1,600 para farmacia). Familia: \$14,600 (\$11,400 para la parte médica más \$3,200 para farmacia).	El límite de gasto directo de bolsillo es lo máximo que uno puede 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 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 <a href="http://www.aetna.com/asa">www.aetna.com/asa</a> o llame al <a href="tel:1-800-447-5002">1-800-447-5002</a> 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 pagaría		Limitaciones, Excepciones y Otros Datos Importantes
		Proveedor dentro la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de red (Pagará más)	
<b>Si consulta al proveedor médico en una oficina o clínica</b>	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> .
	Consulta por Telesalud	Sin cobro	No está cubierto (excepto en casos de consejería para salud mental y abuso de sustancias)	No se aplica el deducible. Proveedores de red para telesalud incluyen los de la red usual del plan más los de Amwell.
	Consulta con otro profesional médico	Quiropráctico: 50% <u>coseguro</u>  Entrenamiento para Automanejo de la diabetes: 0% <u>coseguro</u>	Al igual que dentro la red ya que la utilización de redes no es necesario para estos servicios.	No se aplica el deducible. Quiropráctica limitada a 30 visitas/año. Participantes menores de 10 años no son elegibles para beneficios quiroprácticos. 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.
	<u>Atención preventiva/Evaluación/Vacunación</u>	Sin cobro	No está cubierto	No se aplica el deducible. Puede que Ud. tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego revise lo que pagará su plan.
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (rayos-X, análisis de sangre)	20% coseguro	No está cubierto	Ninguno
	Diagnostico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión	20% coseguro	No está cubierto	Algunos servicios de imagenología requieren previa certificación.

Evento Médico Común	Servicios que pueda necesitar	Lo que usted pagaría		Limitaciones, Excepciones y Otros Datos Importantes
		Proveedor dentro la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de red (Pagará más)	
	de positrones/ imágenes por resonancia magnética)			
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Mas información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> está disponible en <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a>	Medicamentos genéricos (1er nivel)	\$12 copago/suministro de 30 días; Copago de \$29/suministro de 90 días mediante envío por correo o mediante el programa Smart90 de Walgreen's.	No está cubierto	Algunos medicamentos requieren previa certificación médica. El deducible para beneficios de farmacia aplica: deducible individual de \$400 y \$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 estarían sujetos a una penalidad.
	Medicamentos de marca preferidos (2do nivel)	\$29 <u>copago</u> /suministro de 30 días; \$70 <u>copago</u> /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> /suministro de 30 días; \$110 <u>copago</u> /suministro de 90 días mediante envío por correo o por el programa de venta Smart90 de Walgreen's.	No está cubierto	
	<a href="#">Medicamentos especiales</a>	Para la mayoría de los medicamentos especiales, los copagos delimitados anteriormente se aplicarán. Algunos medicamentos especiales son de SaveonSP (véase <a href="http://www.saveonsp.com/adventistrisk">www.saveonsp.com/adventistrisk</a> ). Para estas	No está cubierto	

[\* Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.adventistretirement.org](http://www.adventistretirement.org)

Evento Médico Común	Servicios que pueda necesitar	Lo que usted pagaría		Limitaciones, Excepciones y Otros Datos Importantes
		Proveedor dentro la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de red (Pagará más)	
		medicinas, el coseguro es de 30%, pero si Ud. se inscribe al Programa SaveonSP, el costo de bolsillo será \$0.		Programa SaveonSP).
<b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>	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
<b>Si necesita atención medica inmediata</b>	<u>Cuidado</u> en sala de Emergencias	20% después del <u>copago</u> de \$200/visita	20% después de \$200 <u>copago</u> /visita. Por favor note que NO CUBRE visitas a la sala de emergencias que no son emergencia	El <u>Copago</u> será exonerado si usted es ingresado al hospital.
	<u>Transporte medico de emergencia</u>	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	Previa certificación requerida para transporte terrenal y/o transporte aéreo no urgente, a no ser que el hecho de no proveer transporte aéreo hubiera puesto en peligro la vida del beneficiario.
	<u>Cuidado</u> en Urgencias (Urgent Care)	20% después del copago de \$50/visita se es cobrada como visita en consultorio o 20% después del copago de \$200/visita si es cobrada como visita a sala de emergencias	Igual que un proveedor dentro de la red, pero solo cuando los servicios están cubiertos.	Se puede pagar como visita en consultorio o como visita en sala de emergencias dependiendo del contrato de su proveedor. Las tarifas de establecimiento para consultas no son pagadas.
<b>Si tiene que ser ingresado al hospital</b>	Tarifa por uso de una instalación (p. ej., habitación hospitalaria)	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Requiere previa certificación. Ingreso de emergencia a un hospital fuera de red está cubierto con 20% <u>coseguro</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Requiere previa certificación quirúrgica.
<b>Si necesita servicios para salud mental,</b>	Servicios ambulatorios	\$50 <u>copago</u> /visita en oficina; 20% <u>coseguro</u> para	No está cubierto	Requiere previa certificación para servicios intrahospitalarios, ambulatorios intensivos,

Evento Médico Común	Servicios que pueda necesitar	Lo que usted pagaría		Limitaciones, Excepciones y Otros Datos Importantes
		Proveedor dentro la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de red (Pagará más)	
<b>salud conductual, o abuso de sustancias</b>		otros servicios		hospitalización parcial, y cuidados residenciales. \$0 copago para sesiones de consejería mediante Telesalud sin importar el estatus de su red.
	Servicios intrahospitalarios	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	
<b>Si usted está embarazada</b>	Consultas medicas	\$50 copago	No está cubierto	Gastos gineco-obstétricos están cubiertos para nuestras jubiladas y esposas de jubilados. No ofrece cobertura para hijas dependes. Beneficios preventivos, como es requerido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), son cubiertos para hijas dependes, jubiladas o esposas de jubilados.
	Servicios profesionales de parto	20% coseguro	No está cubierto	
	Servicios hospitalarios de parto	20% coseguro	No está cubierto	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Cuidados de salud en domicilio</u>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Cobertura limitada a 120 visitas/año.
	<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 máximo de 60 visitas/año para un único servicio terapéutico. Se requiere certificación medica después de 12 visitas por condición/incidente. Terapia visual tiene un máximo de 30 visitas/año. Terapia visual y cualquier servicio intrahospitalario requieren previa certificación.
	<u>Servicios de Habilitación</u>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Servicios de habilitación requieren previa certificación.
	<u>Atención de Enfermería Especializada</u>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Requiere previa certificación.
	<u>Equipo Médico Duradero</u>	20% <u>coseguro</u>	No está cubierto	Maquinas/equipos como: CPM, CGM, o Dynasplints requieren previa certificación como también cualquier monto cobrado por encima los \$2,000.
	<u>Servicios de Hospicio</u>	Sin cobro	No está cubierto	No aplica el deducible. Servicios intrahospitalarios requieren previa

Evento Médico Común	Servicios que pueda necesitar	Lo que usted pagaría		Limitaciones, Excepciones y Otros Datos Importantes
		Proveedor dentro la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de red (Pagará más)	
				certificación.
<b>Si su hijo(a) necesita cuidado dental u ocular</b>	Examen ocular para niños	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	El máximo pagadero anual de \$400 no aplica a un examen pediátricos anual de visión (menores de 19 años) y un par de lentes recetados estándar con cristales transparentes por hijo por año del plan. No aplica el deducible.
	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/individuo.

### 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.)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Atención médica no urgente fuera de los Estados Unidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Programas para pérdida de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados a largo plazo</li> </ul>
Otros servicios (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor vea el documento de su plan.)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica – cubierta con algunas limitaciones</li> <li>• Anteojos – cubierto con algunas limitaciones</li> <li>• Cuidados de rutina de los ojos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica – cubierta con algunas limitaciones</li> <li>• Audífonos – cubierto con algunas limitaciones</li> <li>• Cuidados de rutina de los pies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado dental (niños y adultos) – cubierto con algunas limitaciones</li> <li>• Atención privada de enfermería – cubierta con algunas limitaciones</li> </ul>

**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](http://www.hhs.gov/programs), [www.dol.gov](http://www.dol.gov), [www.HealthCare.gov](http://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](http://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, comuníquese con Web-TPA al 1-800-447-5002 o con el departamento de recursos humanos de su empleador.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si**

Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponible por el Mercado de Seguros Médicos (Marketplace) u otras pólizas de mercados individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y ciertas otras coberturas. Si Ud. es elegible para cierto tipo de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para el crédito tributario de prima.

**¿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:**

Spanish (español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-447-5002.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-447-5002.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-447-5002.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-447-5002.

—————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 dentro de red, de una condición controlada)

■ El deducible general del plan	\$650
■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	20%
■ Otros <u>coseguros</u>	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*)

<b>Costo total de este ejemplo</b>	<b>\$7,426</b>
------------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$950
Copagos	\$1,249
Coseguro	\$372
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Limitaciones o exclusiones	\$55
<b>El total que pagaría Joe</b>	<b>\$2,626</b>

### Una Fractura Simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$650
■ <u>copago</u> del <u>especialista</u>	<del>\$500</del>
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	20%
■ Otros <u>coseguros</u>	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*)

<b>Costo total de este ejemplo</b>	<b>\$1,925</b>
------------------------------------	----------------

#### 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
<b>El total que pagaría Mia</b>	<b>\$1,126</b>