
 El documento Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. 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](#) (llamado la [prima](#)) se proporciona por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 844-302-7778. Para ver definiciones generales de términos comunes, tales como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform), o llame al 844-302-7778 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	<p><a href="#">Proveedores dentro de la red:</a> \$5,000/individual o \$10,000/familiar</p> <p><a href="#">Proveedor fuera de la red:</a> \$10,000/individual o \$20,000/familiar</p>	<p>Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que <a href="#">este plan</a> comience a pagar. El <a href="#">deducible</a> está <b>integrado</b>. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a>, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar total.</p> <p><b>El año deducible va del 01/01 – 12/31</b></p>
¿Hay otros servicios cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> se cubren antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque usted no haya alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este plan cubre determinada <a href="#">atención preventiva</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de los servicios <a href="#">preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso directo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	<p><a href="#">Proveedores dentro de la red:</a> \$5,600/individual o \$10,200/familiar</p> <p><a href="#">Proveedores fuera de la red:</a> \$20,000/individual o \$60,000/familiar</p>	El <a href="#">límite de desembolso directo</a> es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. El <a href="#">límite de desembolso directo</a> está <b>integrado</b> . Si usted tiene a otros miembros de su familia en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de desembolso directo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de desembolso directo</a> familiar.
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso directo</a> ?	Las <a href="#">primas</a> , los cargos de <a href="#">facturación de saldo</a> y la atención médica que no cubre este <a href="#">plan</a> .	Aunque usted pague esos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de desembolso directo</a> .
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.LUSABenefits.com">www.LUSABenefits.com</a> o llame al 844-302-7778 para obtener una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este plan usa una red de <a href="#">proveedores</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Usted pagará el máximo si recurre a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ).

¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">derivación</a> .
---	-----	--

 Todos los gastos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de que se ha alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor 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 <a href="#">proveedor</a> de atención médica	Visita al médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$40 de <a href="#">copago</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	El <a href="#">deducible</a> no se aplica al <a href="#">copago</a> . Incluye análisis de laboratorio y radiografías asociados.
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$40 de <a href="#">copago</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	El <a href="#">deducible</a> no se aplica al <a href="#">copago</a> ..
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/</a> vacunas	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	Es posible que deba pagar por los servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son <a href="#">preventivos</a> . Luego consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
Si se le realiza una prueba	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	30% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Las <a href="#">pruebas diagnósticas</a> relacionadas con las visitas de atención primaria están cubiertas sin cargo.
	Imágenes (TC/TEP, IRM)	30% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Es posible que se necesite <a href="#">autorización previa</a> .
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección  Hay más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> disponible en <a href="http://www.LUSABenefits.com">www.LUSABenefits.com</a>	Medicamentos genéricos	Farmacia minorista: \$20/ <a href="#">receta</a> Pedidos por correo: \$40/ <a href="#">receta</a>		El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica para <a href="#">medicamentos con receta preventivos</a> . El <a href="#">deducible</a> no se aplica al <a href="#">copago</a> . <a href="#">Deducible por receta</a> :
	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia minorista: \$40/ <a href="#">receta</a> Pedidos por correo: \$80/ <a href="#">receta</a>		
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia minorista: \$60/ <a href="#">receta</a> Pedidos por correo: \$120/ <a href="#">receta</a>		\$1,000/individual o \$3,000/familiar Suministro hasta de 90 días en farmacias minoristas y de pedido por correo.
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	Farmacia minorista y pedidos por correo: \$20/\$40/\$60 <a href="#">receta</a>		El <a href="#">deducible</a> no se aplica al <a href="#">copago</a> . <a href="#">Deducible por receta</a> : \$1,000/individual o \$3,000/familiar Suministro hasta de 30 días en farmacias minoristas y de pedido por correo.
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Es posible que se necesite <a href="#">autorización previa</a> .

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Honorarios del médico/cirujano	30% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
Si necesita atención médica de inmediato	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$100 de <a href="#">copago</a> , luego 30% de <a href="#">coseguro</a>	\$100 de <a href="#">copago</a> , luego 50% de <a href="#">coseguro</a>	El <a href="#">deducible</a> no se aplica al <a href="#">copago</a> . Cobertura de emergencias verdaderas a nivel de la red.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Cobertura de emergencias verdaderas a nivel de la red.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$65 de <a href="#">copago</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	El <a href="#">deducible</a> no se aplica al <a href="#">copago</a> .
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (por ej., la habitación del hospital)	30% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Se necesita <a href="#">autorización previa</a> .
	Honorarios del médico/cirujano	30% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$40 de <a href="#">copago</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	El <a href="#">deducible</a> no se aplica al <a href="#">copago</a> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Se necesita <a href="#">autorización previa</a> .
Si usted está embarazada	Visitas al consultorio	\$40 de <a href="#">copago</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica para servicios <a href="#">preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicio, se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otro lugar en el SBC.
	Servicios profesionales para nacimientos/partos	30% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios del centro para nacimientos/partos	30% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	Se necesita <a href="#">autorización previa</a> . 60 días por año máximo
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Terapia ocupacional/del habla: Se requiere autorización previa. Servicios de terapia ocupacional/del habla/física y quiropráctica: límite combinado de 35 visitas por año.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	Se necesita <a href="#">autorización previa</a> . 25 días al año como máximo.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	50% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno.
	<a href="#">Servicios de un centro de cuidados paliativos</a>	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	Se necesita <a href="#">autorización previa</a> .
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	Límite de 1 examen de rutina por año.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

- Cirugía estética
- Programas de pérdida de peso
- Cirugía bariátrica
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del [plan](#).)

- Tratamiento de la infertilidad (corrección de anomalías fisiológicas)
- Atención de la vista de rutina (una visita/año cubierta sin costo para niños menores de 19 años)
- Atención de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Atención quiropráctica
- Enfermería privada (solo para pacientes hospitalizados)

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que esta termina. La información de contacto de estas agencias es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También puede haber otras opciones de cobertura a su disposición, incluida la compra de cobertura de seguro individual, a través del [Mercado](#) de seguros de salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de quejas y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta reclamación se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de beneficios que recibirá respecto a ese [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o ayuda, comuníquese con: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

### ¿Proporciona este plan una cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponibles a través del Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted califica para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal de la prima](#).

### ¿Cumple este plan los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple los [estándares de valor mínimo](#), usted puede calificar para un [crédito fiscal de la prima](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 844-302-7778

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 844-302-7778

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 844-302-7778

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 844-302-7778

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta para calcular costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los [montos de](#) costo compartido ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

**Peg tendrá un bebé**

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

- El [deducible general del plan](#) \$5,000
- [Copago del especialista](#) \$40
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio de especialistas (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para nacimientos/partos  
 Servicios del centro para nacimientos/partos  
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

**Costo total del ejemplo \$12,731**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$3,280
Copagos	\$0
Coseguro	\$3,720
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$7,060</b>

**Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe**

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

- El [deducible general del plan](#) \$5,000
- [Copago del especialista](#) \$40
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye educación sobre la enfermedad*)  
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos recetados  
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

**Costo total del ejemplo \$7,389**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,303
Copagos	\$1,540
Coseguro	\$558
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$3,457</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible general del plan](#) \$5,000
- [Copago del especialista](#) \$40
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

Atención de la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
 Prueba de diagnóstico (*radiografías*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total del ejemplo \$1,368**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$752
Copagos	\$120
Coseguro	\$322
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$1,194</b>