



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un **plan** de salud. El SBC muestra cómo usted y el **plan** compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.meritain.com o llame al (866) 300-8449. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a Meritain Health, Inc. al (866) 300-8449 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total ?	Para <u>proveedores</u> participantes: individual \$1,500/familiar \$3,000. Para <u>proveedores</u> no participantes: individual \$2,500/familiar \$5,000.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> familiar general antes de que este <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> , las vacunas contra la gripe, la neumonía y el herpes zóster están cubiertas antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para <u>proveedores</u> participantes: individual \$5,500/familiar \$11,000. Para <u>proveedores</u> no participantes: individual \$18,000/familiar \$28,000.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores</u> participantes, visite www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain o llame al (800) 343-3140.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .
¿Hay una cuenta de ahorros para gastos de salud disponible con esta opción de plan?	Sí.	Una cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA) es una cuenta que usted o su empleador pueden abrir para planificar los costos de atención médica actuales y futuros. Puede realizar aportes a la HSA hasta la cantidad máxima que establece el IRS.



Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará el mínimo)	Proveedores no participantes (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	No se aplica ningún cargo después del <u>deducible</u> para las consultas de telemedicina con <u>proveedores</u> participantes.
	Consulta con un <u>especialista</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	<u>Atención preventiva</u> : sin cargo. Atención de rutina: sin cargo para los primeros \$300 por año, luego 90 % de <u>coseguro</u> . Vacunas contra la gripe, la neumonía y el herpes zóster: sin cargo. Examen auditivo: 20 % de <u>coseguro</u> .	<u>Atención preventiva</u> : sin cobertura. Atención de rutina: vacunas contra la gripe, la neumonía y el herpes zóster sin cargo. Examen auditivo: 50 % de <u>coseguro</u> . Los demás servicios de rutina: sin cobertura.	No se aplica el <u>deducible</u> para <u>proveedores</u> participantes. No se aplica el <u>deducible</u> para las vacunas contra la gripe, la neumonía y el herpes zóster con <u>proveedores</u> no participantes. Los exámenes auditivos se limitan a 1 por año. Es posible que deba pagar los servicios que no son <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	-----Ninguna.-----
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Las tomografías computarizadas e imágenes por resonancia magnética no ortopédicas y las tomografías por emisión de positrones requieren <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará el mínimo)	Proveedores no participantes (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	20 % de <u>coseguro</u> (al por menor y pedidos por correo).	Sin cobertura.	Se aplica el <u>deducible</u> para gastos médicos mayores. Cubre hasta un suministro de 30 días (medicamentos con receta médica o <u>medicamentos de especialidad</u> al por menor) y un suministro de 90 días (medicamentos con receta médica al por menor o pedidos por correo). El <u>plan</u> requiere que las farmacias dispensen medicamentos genéricos cuando estén disponibles. Se aplica la disposición de obligatoriedad de medicamentos genéricos. No se aplica ningún cargo ni <u>deducible</u> para los medicamentos preventivos. El <u>plan</u> permite que los medicamentos de mantenimiento se surtan en una farmacia al por menor y a través de pedidos por correo en una cantidad para 90 días solamente. Las personas tienen el beneficio de pagar 2 <u>copagos</u> para un suministro de 90 días. Los medicamentos de mantenimiento están sujetos al límite de suministro y a los <u>copagos</u> que se aplican a los medicamentos al por menor y a los pedidos por correo. Los <u>medicamentos de especialidad</u> deben obtenerse directamente en la farmacia de especialidad. Se requiere <u>autorización previa</u> para los medicamentos inyectables que cuestan más de \$2,000 por medicamento, por mes.
	Medicamentos preferidos	20 % de <u>coseguro</u> (al por menor y pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	Medicamentos no preferidos	20 % de <u>coseguro</u> (al por menor y pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertas cirugías, incluida la terapia de infusión que cuesta más de \$2,000 por medicamento, por mes. Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio. Consulte en el <u>plan</u> para obtener una lista detallada.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	20 % de <u>coseguro</u> (<u>servicios de emergencia</u>); 50 % de <u>coseguro</u> (servicios que no son de emergencia).	A los <u>proveedores</u> no participantes se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> participantes por los <u>servicios de emergencia</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20 % de <u>coseguro</u> /viaje (terrestre); \$200 de <u>copago</u> /viaje más 20 % de <u>coseguro</u> (aéreo).	20 % de <u>coseguro</u> /viaje (terrestre); \$200 de <u>copago</u> /viaje más 20 % de <u>coseguro</u> (aéreo).	A los <u>proveedores</u> no participantes se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> participantes.
	<u>Atención de urgencia</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	-----Ninguna.-----

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará el mínimo)	Proveedores no participantes (Usted pagará el máximo)	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$250 de <u>copago</u> /admisión más 20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	No se aplica ningún cargo después del <u>deducible</u> para las consultas de telemedicina con <u>proveedores</u> participantes.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250 de <u>copago</u> /admisión más 20 % de <u>coseguro</u> (cargo del centro); 20 % de <u>coseguro</u> (tarifa del profesional).	50 % de <u>coseguro</u> .	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Se requiere <u>autorización previa</u> para la hospitalización de más de 48 horas (parto vaginal) o 96 horas (cesárea). Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio. El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Es posible que se aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> según el tipo de servicio. La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Los gastos del bebé se suman a los gastos de la madre.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$250 de <u>copago</u> /admisión más 20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Se limita a 60 visitas por año. Los suministros para <u>atención médica en el hogar</u> no están sujetos al máximo por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u> (pacientes ambulatorios); \$250 de <u>copago</u> /admisión más 20 % de <u>coseguro</u> (pacientes hospitalizados).	50 % de <u>coseguro</u> .	La fisioterapia, la terapia ocupacional y del habla se limitan a 60 visitas por cada tipo de terapia por año. Los servicios para pacientes hospitalizados se limitan a 60 días por año.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Esta exclusión no se aplicará a los gastos relacionados con el diagnóstico, los exámenes y el tratamiento del autismo ni a los gastos cubiertos como <u>atención preventiva</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará el mínimo)	Proveedores no participantes (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de enfermería especializada	\$250 de <u>copago</u> /admisión más 20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Se limita a 60 días por cada período de 12 meses. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio.
	Equipo médico duradero	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Incluye suministros para diabéticos. Los vehículos de movilidad o las sillas de ruedas eléctricas o motorizadas y los dispositivos de compresión neumática requieren <u>autorización previa</u> . Si no la obtiene, puede haber una reducción de los beneficios del 20 % del costo total del servicio.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20 % de <u>coseguro</u> (pacientes ambulatorios); \$250 de <u>copago</u> /admisión más 20 % de <u>coseguro</u> (pacientes hospitalizados).	50 % de <u>coseguro</u> .	La terapia por duelo no tiene cobertura.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Con cobertura conforme a un plan de la vista independiente.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Con cobertura conforme a un plan de la vista independiente.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Con cobertura conforme a un plan dental independiente.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

<ul style="list-style-type: none"> Acupuntura. Terapia por duelo. Cirugía plástica. Atención dental (con cobertura conforme a un plan dental independiente). Anteojos (con cobertura conforme a un plan de la vista independiente). 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de habilitación (excepto los servicios preventivos y para tratar el autismo). Tratamiento para la infertilidad (excepto el diagnóstico). Atención a largo plazo. Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermería particular (excepto la atención médica en el hogar y los programas de cuidados paliativos). Atención de rutina para la vista (con cobertura conforme a un plan de la vista independiente). Atención de rutina para los pies. Programas para la pérdida de peso.
--	---	---

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

<ul style="list-style-type: none"> Cirugía bariátrica (para el tratamiento de la obesidad mórbida, 1 procedimiento de por vida). 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado quiropráctico (20 visitas por año). 	<ul style="list-style-type: none"> Audífonos (1 audífono por oído cada 36 meses).
---	---	--

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, 1-877-267-2323 (interno 61565), www.cciio.cms.gov, o Meritain Health, (866) 300-8449. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. 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 una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se 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 dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con Meritain Health, Inc., al (866) 300-8449.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-378-1179.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-378-1179.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-378-1179.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-800-378-1179.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$1,500
- Coseguro del médico de atención primaria 20 %
- Copago del hospital (establecimiento) \$250
- Otro coseguro 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
 Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$300
Coseguro	\$800
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,660

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$1,500
- Coseguro de especialista 20 %
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta médica
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$800
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,320

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$1,500
- Coseguro de especialista 20 %
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mía pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$0
Coseguro	\$300
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$1,800

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.