




Este es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos completos de la póliza en MedMutual.com/SBC o llamando al 800.540.2583.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	\$6,350 por individuo, \$12,700 por familia dentro de la red \$10,000 por individuo, \$20,000 por familia fuera de la red. No se aplica para coseguro ni servicios preventivos dentro de la red	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza o los documentos del plan para ver cuándo tiene que pagar nuevamente el deducible (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo?	Sí , \$6,350 por individuo, \$12,700 por familia dentro de la red \$15,000 por individuo, \$30,000 por familia fuera de la red	El límite de gastos del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura (generalmente un año). Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ?	Las primas, los cargos por saldo de facturación y los servicios de atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos del bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios específicos , como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí , visite MedMutual.com/SBC o llame al 800.540.2583 para obtener una lista de proveedores participantes.	Si usted se atiende con médicos y proveedores de atención médica de la red, el plan pagará algunos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red podría usar algún proveedor que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red, preferido o participante para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo les paga este plan a sus distintos proveedores .

Preguntas: Llame al 800.540.2583 o visite MedMutual.com/SBC.

Si no entiende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en MedMutual.com/SBC o llame al 800.540.2583 y pida una copia.

¿Necesito un referido para ver a un especialista ?	No.	Usted puede consultar a cualquier especialista y no necesita un permiso del plan.
¿Hay algún servicio que el plan no cubra?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos , vea los documentos del plan o póliza.

- 
- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
 - **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad, o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
 - El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 y la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**).
 - El plan puede animarlo a que use **proveedores** participantes cobrándole **deducibles**, **copagos** y **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un proveedor de la red	Sus costos si usted usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----
	Consulta con un especialista	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----
	Consulta con otro proveedor de la salud (quiropático)	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	(12 visitas por período de beneficio)
	Consulta con otro proveedor de la salud (acupuntura)	Sin cobertura.		Servicio excluido
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	40% de coseguro	-----ninguno-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías)	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----
	Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre)	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----

Preguntas: Llame al 800.540.2583 o visite MedMutual.com/SBC.

Si no entiende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en MedMutual.com/SBC o llame al 800.540.2583 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un proveedor de la red	Sus costos si usted usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----
Si necesita un medicamento Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados , visite MedMutual.com/SBC	Cobertura médica mayor de medicamentos/Recetas	Sin cargo después del deducible	No rige	-----ninguno-----
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	Sin cargo después del deducible		
	Traslado médico de emergencia	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----
	Cuidado urgente	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Los beneficios se pagan en función de los beneficios médicos correspondientes		-----ninguno-----
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	Los beneficios se pagan en función de los beneficios médicos correspondientes		-----ninguno-----
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias (alcoholismo)	Los beneficios se pagan en función de los beneficios médicos correspondientes		-----ninguno-----

Preguntas: Llame al 800.540.2583 o visite MedMutual.com/SBC.

Si no entiende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en MedMutual.com/SBC o llame al 800.540.2583 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un proveedor de la red	Sus costos si usted usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias (drogadicción)	Los beneficios se pagan en función de los beneficios médicos correspondientes		-----ninguno-----
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados (alcoholismo)	Los beneficios se pagan en función de los beneficios médicos correspondientes		-----ninguno-----
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados (drogadicción)	Los beneficios se pagan en función de los beneficios médicos correspondientes		-----ninguno-----
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	(Las visitas prenatales están cubiertas sin cargo en los proveedores dentro de la red)
	Parto y todos los servicios de internación	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	(100 visitas por período de beneficio)
	Servicios de rehabilitación (fisioterapia)	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	(20 visitas por período de beneficio)
	Servicios de recuperación de las habilidades (terapia ocupacional)	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	(20 visitas por período de beneficio)
	Servicios de recuperación de las habilidades (terapia del habla)	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	(20 visitas por período de beneficio)
	Cuidado de enfermería especializado	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	(90 días por período de beneficio)
	Equipo médico duradero	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----
	Cuidado de hospicio	Sin cargo después del deducible	40% de coseguro	-----ninguno-----
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	40% de coseguro	-----ninguno-----
	Anteojos	Sin cobertura.		Servicio excluido

Preguntas: Llame al 800.540.2583 o visite MedMutual.com/SBC.

Si no entiende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en MedMutual.com/SBC o llame al 800.540.2583 y pida una copia.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa un proveedor de la red	Sus costos si usted usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Consulta dental	Sin cobertura.		Servicio excluido

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o los documentos del plan para otros <u>servicios excluidos</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Consulta dental (niños) • Atención dental (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anteojos • Audífonos • Tratamiento de infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Cuidado de los pies de rutina • Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte su póliza o los documentos del plan para otros <u>servicios cubiertos y sus precios</u>).	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería privada

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si usted pierde cobertura bajo el plan, entonces, según las circunstancias, las leyes estatales y federales pueden brindar la protección que le permita mantener la cobertura médica. Todos estos derechos pueden ser limitados en cuanto a su duración y requerirán que usted pague una **prima**, que puede ser significativamente mayor que la prima que paga mientras está cubierto por el plan. También pueden regir otras limitaciones en sus derechos para continuar su cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 800.540.2583. También puede comunicarse con el Departamento Estatal de Seguros, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, del Departamento de Trabajo de los EE. UU., al 866.444.3272 o en www.dol.gov/ebsa, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 877.267.2323, ext. 61565, o en www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: el plan al 800.540.2583. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 866.444.EBSA (3273) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Preguntas: Llame al 800.540.2583 o visite MedMutual.com/SBC.

Si no entiende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en MedMutual.com/SBC o llame al 800.540.2583 y pida una copia.

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Cobertura de: Individuo o Familia | Tipo de plan: PPO

¿Esta cobertura proporciona cobertura esencial mínima?

La Ley de Atención Accesible requiere que la mayoría de las personas tenga cobertura de atención médica que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza proporciona cobertura esencial mínima.**

¿Esta cobertura alcanza el estándar de valor mínimo?

La Ley de Atención Accesible establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es del 60% (valor actuarial). **Esta cobertura médica alcanza el estándar de valor mínimo para los beneficios que proporciona.**

—————[Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica, consulte la página siguiente.](#)—————

Preguntas: Llame al 800.540.2583 o visite MedMutual.com/SBC.

Si no entiende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en MedMutual.com/SBC o llame al 800.540.2583 y pida una copia.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría este plan los servicios médicos en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Esta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$940
- Usted paga: \$6,600

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Recetas	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

Usted paga:

Deducibles	\$6,400
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$6,600

En estos números se supone que el paciente no usa una HRA ni una FSA. Si usted participa en una HRA o una FSA y la usa para pagar los gastos del bolsillo, es posible que sus costos sean más bajos. Para obtener más información sobre su HRA o FSA, comuníquese con su grupo del empleador.

Control de la diabetes tipo 2 (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$1,660
- Usted paga \$3,740

Ejemplos de los costos:

Recetas	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

Usted paga:

Deducibles	\$3,700
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$40
Total	\$3,740

Nota: Estos números suponen que el paciente está participando en nuestro programa de bienestar y diabetes. Si tiene diabetes y no participa en el programa de bienestar, sus costos pueden ser más elevados. Para obtener más información acerca del programa de bienestar y diabetes, llame al: 800.540.2583.

Preguntas: Llame al 800.540.2583 o visite MedMutual.com/SBC.

Si no entiende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en MedMutual.com/SBC o llame al 800.540.2583 y pida una copia.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura ayuda a ver cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✘ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✘ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado "Usted paga" de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima**, mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.

Preguntas: Llame al 800.540.2583 o visite MedMutual.com/SBC.

Si no entiende alguno de los términos subrayados usados en este formulario, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en MedMutual.com/SBC o llame al 800.540.2583 y pida una copia.