




El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, Summary of Benefits and Coverage) lo ayudará a elegir un plan **médico**. 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** (que se denomina **prima**) se proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Si desea obtener más información sobre su cobertura o una copia de todos los términos de la cobertura, póngase en contacto con TLC Benefit Solutions, Inc. llamando al 877-949-0940. Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como [cantidad autorizada](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.tlcbenefitsolutions.com o llamar al 877-949-0940 para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué esto es importante: |
|--|--|--|
| ¿Cuál es el deducible total? | \$800 por persona o \$2,000 por familia para proveedores dentro de la red \$2,500 por persona o \$0 por familia para proveedores fuera de la red | Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan , cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total. |
| ¿Se cubren algunos servicios antes de que alcance su deducible ? | Sí. Los servicios de atención preventiva y atención primaria se cubren antes de que alcance su deducible | Este plan cubre algunos insumos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . No obstante, puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios de prevención sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Puede consultar una lista de los servicios de prevención cubiertos en este sitio web: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Existen otros deducibles para servicios específicos? | No. | No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Para proveedores de la red \$7,100 por persona / \$14,200 por familia; para proveedores fuera de la red sin límite | El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que usted puede pagar durante un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan , deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo familiar total. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Las primas , los gastos de facturación del saldo , y la atención médica que este plan no cubre. | Aunque pague estos gastos, no forman parte del límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ? | Sí. Visite www.tlcbenefitsolutions.com o llame al 877-949-0940 para obtener la lista de los proveedores de la red . | Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor que forme parte de la red del plan. Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que es posible que su proveedor de la red recurra a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una referencia médica para consultar a un especialista ? | No. | Puede consultar al especialista que elija sin una referencia médica. |

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se cobran una vez que ha alcanzado su [deducible](#), si es que se aplica uno.

| Evento médico común | Servicios que usted puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|---|--|
| | | Proveedor dentro 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 proveedor de atención médica | Visita al médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | copago de \$25/visita al consultorio y deducible y coseguro del 20 % para otros servicios ambulatorios | Coseguro del 50 % | La cobertura se limita a (1) visita por día. |
| | Visita al especialista | Copago de \$50/visita | Coseguro del 50 % | Los servicios quiroprácticos se limitan a 20 visitas por año. Los servicios de acupuntura se limitan a 10 visitas por año. |
| | Atención preventiva/detección/ vacunas | Sin cargo | Coseguro del 50 % | Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el plan . |
| Si se realiza estudios | Estudio de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Coseguro del 20 % | Coseguro del 50 % | Se puede requerir autorización previa. |
| | Estudios de diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM) | Coseguro del 20 % | Coseguro del 50 % | Se puede requerir autorización previa. |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Hay disponible más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.tlcbenefitsolutions.com | Medicamentos genéricos | Copago de \$15/medicamento recetado (pedido por venta minorista) Copago de \$45/ medicamento recetado (red de venta minorista con suministro para 90 días) | Proveedor no preferido: copago de \$25/suministro para 31 días | Cubre un suministro de hasta 34 días o 90 días (medicamento recetado de venta minorista); Miembros del Disease Management (Control de enfermedades) pagan \$10 y \$30, respectivamente (Proveedor de la red) Miembros del Diabetes Management (Control de la diabetes) pagan \$0 con FiveStar Telesalud Clínica |
| | Medicamentos de marca preferidos | Copago de \$40 o coseguro del 20 % (cantidad mayor)/medicamento recetado (pedido por venta minorista) Copago de \$120 o coseguro del 20 % (cantidad mayor)/medicamento recetado (red de venta minorista con suministro para 90 días) | Proveedor no preferido: copago de \$50 o del 20 %/suministro para 31 días | Cubre un suministro de hasta 34 días o 90 días (medicamento recetado de venta minorista); Se aplican restricciones de clases de terapia Miembros del Disease Management (Control de enfermedades) pagan \$30 (o el 20 %) y \$90 (o el 20 %), respectivamente (Proveedor de la red) Miembros del Diabetes Management (Control de la diabetes) pagan \$0 con FiveStar Telesalud Clínica |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Copago de \$75 o coseguro del 30 % (cantidad mayor)/medicamento recetado (pedido por venta minorista) Copago de \$225 o coseguro del 30 % (cantidad mayor)/medicamento recetado (red de venta minorista con suministro para 90 días) | Proveedor no preferido: copago de \$90 o del 30 % / suministro para 31 días | Cubre un suministro de hasta 34 días o 90 días (medicamento recetado de venta minorista); Se aplican restricciones de clases de terapia. Miembros del Disease Management (Control de enfermedades) pagan la misma cantidad Miembros del Diabetes Management (Control de la diabetes) pagan \$0 con FiveStar Telesalud Clínica |

| Evento médico común | Servicios que usted puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|---|--|
| | | Proveedor dentro de la red: (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| | Medicamentos especiales | Sin cobertura | Sin cobertura | Servicios especiales de conserjería disponibles |
| Si se somete a una cirugía ambulatoria | Tasa de la institución (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Coseguro del 20 % | Coseguro del 20 % | Se requiere autorización previa |
| | Tasas del médico/cirujano | Coseguro del 20 % | Coseguro del 50 % | Se requiere autorización previa |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención de la sala de emergencias | Copago de \$200/día | Copago de \$200/día | Ninguno |
| | Transporte médico de emergencia | Coseguro del 20 % | Coseguro del 20 % | Ninguno |
| | Atención de urgencia | Copago de \$50/visita | Coseguro del 50 % | Ninguno |
| Si tiene una estadía hospitalaria | Tasa de la institución (p. ej., habitación del hospital) | Coseguro del 20 % | Coseguro del 20 % | Se requiere autorización previa |
| | Tasas del médico/cirujano | Coseguro del 20 % | Coseguro del 50 % | Ninguno |
| Si requiere servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias | Servicios ambulatorios | Copago de \$25/visita al consultorio y coseguro del 20 % para otros servicios ambulatorios | Coseguro del 50 % | Ninguno Coseguro del 20 % por hospital/centro quirúrgico tarifa |
| | Servicios de hospitalización | Coseguro del 20 % | Coseguro del 20 % | Se requiere autorización previa |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Copago de \$50/visita | Coseguro del 50 % | No se aplican los costos compartidos para determinados servicios de prevención . |
| | Servicios profesionales para parto | Coseguro del 20 % | Coseguro del 50 % | Ninguno |
| | Servicios en centros para parto | Coseguro del 20 % | Coseguro del 20 % | Se requiere autorización previa para estadías con una duración mayor a la prevista |
| Si necesita ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales | Atención médica a domicilio | Coseguro del 20 % | Coseguro del 50 % | 1 visita/día y 120 días/año Se requiere autorización previa |
| | Servicios de rehabilitación | Coseguro del 20 % | Coseguro del 50 % | Se requiere autorización previa |
| | Servicios de habilitación | Coseguro del 20 % | Coseguro del 50 % | Se requiere autorización previa |
| | Servicio de enfermería calificado | Coseguro del 20 % | Coseguro del 50 % | 120 días/año Se requiere autorización previa |
| | Equipo médico duradero | Coseguro del 20 % | Coseguro del 50 % | Se puede requerir autorización previa. |
| | Servicios de hospicio | Sin cargo (incluye atención domiciliaria en hospicio) | Coseguro del 20 % | 30 días/periodo de beneficios Se requiere autorización previa |
| Si su hijo/a necesita atención odontológica u oftalmológica | Examen oftalmológico de niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguno |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguno |
| | Control odontológico de niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguno |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte la póliza o el documento del plan para obtener información adicional y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía bariátrica (con la excepción de los procedimientos de manga gástrica aprobado)
- Cirugía estética
- Atención dental
- Audífonos (con la excepción de los audífonos para niños menores de 18 años)
- Asistente para atención médica domiciliaria, cuando no lo ofrece el hospicio
- Tratamiento contra la esterilidad
- Atención a largo plazo
- Cuidado que no sea de emergencia cuando se viaja fuera de los Estados Unidos
- Enfermería privada
- Atención de rutina de la vista
- Atención de rutina de los pies

Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Acupuntura
- Ortopinología
- Atención quiropráctica

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: Employee Benefits Security Administration (Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador) del Department of Labor (Ministerio de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o a través del sitio web www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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: TLC Benefit Solutions, Inc. al 1-877-949-0940. También puede contactarse con la Employee Benefits Security Administration del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o a través del sitio web www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿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](#).

Servicios de acceso a los idiomas:

Para obtener asistencia en español, llame al 1-877-949-0940.

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

| | |
|--|-------|
| ■ El deducible general del plan | \$800 |
| ■ Especialistas [costo compartido] | \$50 |
| ■ Hospital (establecimiento) [costo compartido] | 20% |
| ■ Otros [costo compartido] | 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 | \$800 |
| Copagos | \$70 |
| Coseguro | \$2400 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es | \$3,270 |

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 | \$800 |
| ■ Especialistas [costo compartido] | \$50 |
| ■ Hospital (establecimiento) [costo compartido] | 20% |
| ■ Otros [costo compartido] | 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 | \$5600 |
|--------------------------------|---------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|---------------|
| Deducibles | \$800 |
| Copagos | \$500 |
| Coseguro | \$1000 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$2300 |

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y cuidados de seguimiento)

| | |
|--|-------|
| ■ El deducible general del plan | \$800 |
| ■ Especialistas [costo compartido] | \$50 |
| ■ Hospital (establecimiento) [costo compartido] | 20% |
| ■ Otros [costo compartido] | 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 | \$2800 |
|--------------------------------|---------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|---------------|
| Deducibles | \$800 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$300 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$1300 |

Nota: Estos números suponen que el paciente no es parte del programa de bienestar [del plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar [del plan](#), es posible que reduzca los costos. Si desea obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con TLC Benefit Solutions, Inc. al 1-877-949-0940.