



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.theamericanworker.com](http://www.theamericanworker.com) o llamar al [1-855-495-1190](tel:1-855-495-1190). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deductible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al [1-855-495-1190](tel:1-855-495-1190) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deductible</a> total?	\$0 USD	Vea la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para sus costos de servicios cubiertos por este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deductible</a> ?	Sí	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con el monto del deductible. Sin embargo, puede aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de cumplir con su deductible. Vea una lista de los servicios preventivos 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="#">deductibles</a> para servicios específicos?	No	Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	No aplica	Este plan no tiene un límite de desembolso personal para sus gastos.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	No aplica	Este plan no tiene un límite de desembolso personal para sus gastos.
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.multiplan.com/awp">www.multiplan.com/awp</a> o llame al <a href="tel:1-855-495-1190">1-855-495-1190</a> para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan. Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No	Puede ver al especialista que elija sin una remisión. NOTA: los únicos servicios de un especialista que están cubiertos son los servicios preventivos.



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deductible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	Consulta con un <u><a href="#">especialista</a></u>	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	<u><a href="#">Atención preventiva/evaluación/vacunas</a></u>	Sin cargo	Descubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Entonces compruebe lo que su plan pagará. Ciertas restricciones de edad pueden aplicar.
<b>Si se realiza un examen</b>	<u><a href="#">Exámenes de diagnóstico</a></u> (radiografías, análisis de sangre)	Descubierto	Descubierto	Todas las pruebas que no sean de atención preventiva / detección se consideran un Servicio excluido.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Descubierto	Descubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> llamar al 1-855-495-1190.	Medicamentos genéricos	Descubierto	Descubierto	La FDA aprobó métodos anticonceptivos según lo prescrito por un proveedor de atención médica para mujeres con capacidad reproductiva (sin incluir fármacos abortivos).
	Medicamentos de marca preferidos	Descubierto	Descubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	Descubierto	Descubierto	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	Descubierto	Descubierto	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	Tarifas del médico/cirujano	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	Tarifas del médico/cirujano	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	Servicios para pacientes hospitalizados	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Descubierto	Descubierto	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	Anteojos para niños	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido
	Control dental para niños	Descubierto	Descubierto	Servicio excluido

#### **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"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Pruebas de diagnóstico (no preventivas)</li> <li>• Cuidado de los ojos (niño)</li> <li>• Salud en el hogar</li> <li>• Imágenes</li> <li>• Maternidad</li> <li>• Medicamentos con receta</li> <li>• Rehabilitación</li> <li>• Atención de enfermería especializada</li> <li>• Programas de adelgazamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> <li>• Equipo médico duradero</li> <li>• Servicios de habilitación</li> <li>• Hospicio</li> <li>• Tratamiento de infertilidad</li> <li>• Servicios de salud mental</li> <li>• Visita de atención primaria (no preventiva)</li> <li>• Atención oftalmológica de rutina (adultos)</li> <li>• Visita al especialista (no preventiva)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica</li> <li>• Cuidado dental (niño)</li> <li>• Servicios de emergencia</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Estancias hospitalarias</li> <li>• Cuidado a largo plazo</li> <li>• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de USA.</li> <li>• Enfermería privada</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina</li> <li>• Cirugía</li> </ul>
---	---	--

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

- 
- 
- 

**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: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://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](http://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: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://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? No

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:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al [1-855-495-1190](tel:1-855-495-1190).

**Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.**

**Declaración de revelación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## 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 <a href="#">deductible general del plan</a>	\$0
■ <a href="#">Especialistas [costo compartido]</a>	100%
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">[costo compartido]</a>	100%
■ Otros <a href="#">[costo compartido]</a>	100%

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:

Costos compartidos

<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$12,600
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$12,600</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deductible general del plan</a>	\$0
■ <a href="#">Especialistas [costo compartido]</a>	100%
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">[costo compartido]</a>	100%
■ Otros <a href="#">[costo compartido]</a>	100%

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:

Costos compartidos

<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$5,400
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$5,400</b>

### Fractura simple de Mía

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

■ El <a href="#">deductible general del plan</a>	\$0
■ <a href="#">Especialistas [costo compartido]</a>	100%
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">[costo compartido]</a>	100%
■ Otros <a href="#">[costo compartido]</a>	100%

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, Mia pagaría:

Costos compartidos

<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$2,800
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,800</b>

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.