



El **Resumen de beneficios y cobertura** lo ayudará a elegir un **plan** de salud. En este documento se muestra de qué manera usted y el **plan** comparten el costo de los servicios de atención de salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo del **plan** (conocida como **prima**) le será entregada por separado.

Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-866-375-0775 o visítenos en www.helpwithmyplan.com. Para una definición de los términos de uso común, como **monto permitido**, **facturación del saldo**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** u otros términos **subrayados**, consulte el glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-866-375-0775 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte el cuadro de eventos médicos comunes a continuación para averiguar cuánto debe pagar por los servicios que cubre el plan .
¿Hay algún servicio cubierto antes de alcanzar el deducible ?	Sí. Servicios preventivos .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aun si no ha alcanzado el monto del deducible . Sin embargo, se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance el deducible . Puede consultar la lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan ?	No corresponde.	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo .
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	No corresponde.	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo .
¿Pagaré menos si uso proveedores de la red ?	No corresponde.	Este plan no utiliza una red de proveedores . Puede recibir servicios cubiertos por parte de cualquier proveedor .
¿Necesito una remisión para ver a un especialista ?	No.	Usted puede ver al especialista que elija sin necesidad de una remisión .



Todos los costos de **copagos** y **coseguro** que se muestran en este cuadro son los que se pagarán después de haber alcanzado el **deducible**, en caso de aplicarse un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si se atiende en una clínica o el consultorio del proveedor de atención de la salud	Visita al médico de atención primaria para tratar una herida o enfermedad	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Visita al especialista	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Servicios preventivos/exámenes de detección /vacunas	\$0	El plan se limita a la atención preventiva recomendada únicamente. Pregunte al proveedor si los servicios que se necesitan son preventivos. Luego, controle lo que paga su plan.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Examen de detección del VIH	\$0	El plan se limita a la atención preventiva recomendada únicamente.
	Examen de detección de cáncer colorrectal para adultos mayores de 50 años.	\$0	El plan se limita a la atención preventiva recomendada únicamente.
Si necesita un medicamento anticonceptivo Para más información sobre la cobertura de recetas médicas , llame al 1-866-375-0775.	Medicamentos anticonceptivos genéricos	\$0 únicamente para anticonceptivos	El plan se limita a la atención preventiva recomendada únicamente.
	Medicamentos anticonceptivos de marca	\$50 únicamente para anticonceptivos	El plan se limita a la atención preventiva recomendada únicamente.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (centro quirúrgico ambulatorio)	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Tarifa del médico/cirujano	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Traslado médico de emergencia	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Cuidado urgente	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
Si lo admiten en un hospital	Arancel del hospital (habitación)	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Tarifa del médico/cirujano	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
Si necesita servicios para tratar problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Servicios para pacientes hospitalizados	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si está embarazada	Examen de rutina para detectar anemia para mujeres embarazadas	\$0	El plan se limita a la atención preventiva recomendada únicamente.
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Servicios en el centro para el nacimiento/parto	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Servicios de rehabilitación	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Servicios de recuperación de las habilidades	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Cuidado de enfermería especializada	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Equipo médico duradero	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Cuidado de enfermos terminales	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$0	El plan se limita a la atención preventiva recomendada únicamente.
	Anteojos para niños	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.
	Consulta dental para niños	No está cubierto.	No cubierto, el plan se limita a la atención preventiva únicamente.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre. (Consulte su póliza o los documentos del [plan](#) para obtener información sobre otros [servicios excluidos](#)).

- Servicios de salud preventiva que no cumplen con los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.
- Acupuntura.
- Cirugía bariátrica.
- Cuidado quiropráctico.
- Cirugía plástica.
- Atención dental (adultos).
- Audífonos.
- Tratamiento para la infertilidad.
- Cuidado a largo plazo.
- Cuidados que no son de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Cuidado de enfermería particular.
- Cuidado de rutina de la vista (adultos).
- Cuidado de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso.

Otros servicios cubiertos. (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del [plan](#)).

-
-
-

Su derecho a continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con la cobertura una vez que esta finaliza. La información de contacto de dichas agencias se incluye a continuación: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. Teléfono: 1-866-444-3272; sitio web: www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que existan otras opciones de cobertura que incluyan 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 o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene alguna queja con su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esto se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también incluyen información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con las siguientes personas o entidades:

RSL Specialty Products Administration

Número gratuito: 1-866-375-0775

Las apelaciones escritas deben enviarse a la siguiente dirección:

RSL Specialty Products Administration

Claims Department

505 S. Lenola Road, Suite 231

Moorestown, NJ 08057

También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al número gratuito 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform.

ERISA Plan Administrator:

Michael Serchia/Connie Cafone

973-695-0947

By mail to:

25 Washington Street

Morristown, NJ 07960

¿Brinda este plan una cobertura esencial mínima? Sí.


Si no cuenta con una [cobertura esencial mínima](#) por un mes, deberá realizar un pago cuando presente la declaración de impuestos, a menos que reúna los requisitos para ser eximido del requisito de tener cobertura de salud por dicho mes.

¿Cumple este plan con el estándar de valor mínimo? No.

Si el [plan](#) no alcanza los [estándares de valor mínimo](#), puede ser elegible para recibir un [crédito fiscal para las primas](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) a través del [mercado](#).

----- Para ver ejemplos sobre cómo este plan paga los servicios en una situación médica específica, consulte la sección siguiente. -----

Sobre los ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos de cómo el [plan](#) cubriría los servicios. Sus costos reales dependerán del cuidado que reciba, del precio de los [proveedores](#) y de otros factores. Preste atención a los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y a los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que debería pagar según los distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual.

Nacimiento del bebé de Peg
(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

El deducible general del plan	\$0
Copago del especialista	\$0
Coseguro del centro hospitalario	0 %
Otro coseguro	100 %

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:
Visitas al consultorio del especialista (*cuidado prenatal*)
Servicios profesionales para el nacimiento/parto
Servicios en el centro para el nacimiento/parto
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,870
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$
Peg pagaría un total de	\$12,600

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de cuidado rutinario dentro de la red de una enfermedad bien controlada)

El deducible general del plan	\$0
Copago del especialista	\$0
Coseguro del centro hospitalario	0 %
Otro coseguro	100 %

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye sesiones informativas sobre la afección*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$7,660
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$
Joe pagaría un total de	\$7,050

Fractura simple de Mia
(consulta en la sala de emergencias y cuidado de seguimiento dentro de la red)

El deducible general del plan	\$0
Copago del especialista	\$0
Coseguro del centro hospitalario	0 %
Otro coseguro	100 %

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:
Atención en la sala de emergencias (*insumos médicos incluidos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,020
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría (esta enfermedad no está cubierta, por lo tanto, el paciente paga el 100 %):	
Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$
Mia pagaría un total de	\$2,020

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