



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: Se proporcionará información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) por separado. Esto es solo un resumen.** Si desea más información sobre su cobertura u obtener una copia de las condiciones completas, llame al 1-833-961-3021 para solicitar el documento del plan o póliza. En el Glosario podrá ver definiciones generales de expresiones comunes, tales como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), y otros términos subrayados. Puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-866-345-5189 o al 1-562-463-5075 para solicitar un ejemplar.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte la tabla de eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que el plan cubre.
¿Hay servicios que están cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No hay deducible .	No tiene que alcanzar un deducible .
¿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 ?	Límite de gasto de bolsillo médicos: \$1,500 individual y \$3,000 familiar Límite de gasto de bolsillo para <i>medicamentos recetados:</i> (aplicable a <i>medicamentos recetados</i> en farmacias dentro de la <i>red</i> , excepto determinados <i>medicamentos de especialidad</i>): \$750 individual y \$1,500 familiar	El límite de gasto de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , tienen que cumplir sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite familiar general.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Límite de gastos de bolsillo médicos: primas , costos de medicamentos con receta, cargos de facturación de saldos , atención de salud que no cubre este plan y servicios indicados en la tabla de la página 3. Límite de gastos de bolsillo de <i>Medicamentos con receta:</i> primas , montos (que no sean copagos) pagados por medicamentos de marca cuando hay un genérico disponible, cargos de facturación de saldo y atención de salud que no cubre este plan . Los copagos de determinados medicamentos de especialidad que no son beneficios de salud esenciales (aunque son elegibles para reembolso del fabricante sin costo para usted) no se aplican hacia cubrir su límite de gastos de bolsillo y no se reembolsarán al 100 % una vez alcanzado ese límite.	Aunque pague estos gastos, no cuentan hacia el límite de desembolso personal .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Llame al 1-833-961-3021 o visite http://www.mlkcare.org/ para obtener una lista de proveedores de la red . Además, llame al 1-888-479-6606 o visite http://www.achievementsolutions.net/santamonicauh para obtener una lista de proveedores de la red de salud mental o abuso de sustancias.	En este plan se utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre sus cargos

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
		y lo que su plan paga (saldo de facturación). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	Sí.	Este plan pagará una parte o la totalidad de los costos para ver a un especialista para servicios cubiertos. Necesita una remisión para ver a un especialista para tratamiento médico, a excepción de ginecología.. No necesita remisión para ver a un especialista por un trastorno de salud mental o uso de sustancias .
 Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en esta tabla se aplican después de que alcanza su deducible , si se aplica uno.		

Evento medico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el menor costo)	Proveedor fuera de la red (pagará el mayor costo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	No cubierto	Ninguno.
	Visita a especialista	Sin cargo	No cubierto	Requiere remisión de su proveedor de atención primaria y autorización previa, o no se cubre.
	Atención preventiva, detección y vacunación	Sin cargo	No cubierto	Puede que tenga que pagar los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego consulte si el plan lo pagará.
Si tienen que realizarle una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	No cubierto	Requiere remisión de su proveedor de atención primaria y autorización previa, o no se cubre.
	Imágenes (tomografías computadas o por emisión de positrones, resonancia magnética)	Sin cargo	No cubierto	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Tiene más información sobre cobertura de medicamentos recetados disponible en www.Express-Scripts.com o al teléfono 1-800-451-6245.	Medicamentos genéricos	Copago de \$3 por receta (venta al por menor o por correo)	No cubierto	Debe utilizar una farmacia de la red Prime de Express Scripts (dentro de Estados Unidos) para hacer surtir su receta o no tendrá cobertura. Cada medicamento con receta al por menor se limita a un suministro máximo de 30 días. En cuanto a medicamentos de mantenimiento, puede obtener un suministro de hasta 90 días si utiliza el servicio de pedidos por correo. Con medicamentos de mantenimiento, debe decidir si usar pedidos por correo o una farmacia minorista. Se permiten dos surtidos minoristas antes de que deba notificar a Express Scripts su decisión sobre medicamentos de
	Medicamentos de marca	Copago de \$6 por receta (venta al por menor) Copago de \$5 por receta (pedido por correo)	No cubierto	
	Medicamentos de especialidad	Copago de \$3 por medicamento genérico (venta al por menor o por correo)	No cubierto	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, llame al 1-833-961-3021 y solicite el documento del [plan](#) o la póliza.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el menor costo)	Proveedor fuera de la red (pagará el mayor costo)	
		<p><u>Copago</u> de \$6 por medicamento con receta de marca (venta al por menor)</p> <p><u>Copago</u> de \$5 por medicamento con receta de marca (venta al por menor)</p>		<p>marca. Excepto en caso de necesidad médica urgente, los medicamentos de especialidad deben surtirse en la farmacia Accredo.</p> <p>Algunos medicamentos requieren <u>autorización previa</u>.</p> <p>Si usa un medicamento de marca cuando hay uno genérico disponible, pagará la diferencia de precio entre ambos, más el <u>copago</u> correspondiente. Los medicamentos de <u>atención preventiva</u> exigidos por la ACA no tienen cargo si se adquieren en una farmacia de la <u>red</u> con receta de un médico.</p> <p>Para obtener información sobre medicamentos no cubiertos por el <u>plan</u>, llame al 1-800-451-6245, visite www.express-scripts.com, o descargue la aplicación Express Scripts.</p> <p>Algunos <u>medicamentos especializados</u> tienen <u>copagos</u> considerablemente más elevados que los <u>indicados</u>. Si toma uno de estos <u>medicamentos de especialidad</u> y participa en el programa SaveOn SP mediante Express Scripts, no tendrá que pagar los copagos más elevados. Sin embargo, si su <u>medicamento de especialidad</u> figura en la lista de medicamentos SaveOn SP y usted no participa en el programa SaveOn SP, deberá pagar el <u>copago</u> completo. Los <u>medicamentos de especialidad</u> de la lista de SaveOn SP, así como los <u>copagos</u> que les corresponden, están sujetos a cambios. Recibirá una notificación de SaveOn SP si toma un <u>medicamento</u> que forma parte del programa SaveOn SP. Vea la sección "Preguntas importantes" en la página 1 para obtener más información sobre el límite de gastos de bolsillo para <u>medicamentos recetados</u>.</p>
Si deben hacerle una cirugía ambulatoria	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo: centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	No cubierto	Requiere <u>remisión</u> de su <u>proveedor de atención primaria</u> y autorización previa, o no

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, llame al 1-833-961-3021 y solicite el documento del [plan](#) o la póliza.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el menor costo)	Proveedor fuera de la red (pagará el mayor costo)	
				se lo cubrirá.
	Honorarios de médico o cirujano	Sin cargo	No cubierto	Requiere <u>remisión</u> de su proveedor de <u>atención primaria</u> y autorización previa, o no se cubre.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	Copago de \$150 por visita	Copago de \$150 por visita	Exención de <u>copago</u> en caso de hospitalización. El <u>transporte médico de emergencia</u> solo se cubre cuando es <u>médicamente necesario</u> . La cobertura fuera de la red está sujeta a la <u>facturación del saldo</u> .
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	
	Atención de urgencia	Sin cargo	No cubierto	
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	Sin cargo	No cubierto	Todas las <u>hospitalizaciones</u> , excepto las de emergencias y partos, requieren <u>remisión</u> de su <u>médico de atención primaria</u> y autorización previa o no se cubren. El beneficio máximo por <u>hospitalización</u> es de \$100,000 por cada una.
	Honorarios de médico o cirujano	Sin cargo	No cubierto	————ninguno————
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Sin cargo	No cubierto	Ninguno. Carelon también ofrece servicios de análisis conductual aplicado, ambulatorios intensivos, hospitalización parcial y tratamiento residencial.
	Servicios a paciente hospitalizado	Sin cargo	No cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No cubierto	La participación en los gastos no se aplica a servicios preventivos . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros sitios del SBC (por ejemplo, ecografía). Se requiere <u>autorización previa</u> si la estadía en el hospital es de más de 48 horas (parto vaginal) o 96 horas (cesárea).
	Servicios profesionales de maternidad y parto	Sin cargo	No cubierto	
	Servicios de las instalaciones de maternidad y parto	Sin cargo	No cubierto	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el menor costo)	Proveedor fuera de la red (pagará el mayor costo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica domiciliaria	Sin cargo	No cubierto	Requiere <u>remisión</u> de su proveedor de <u>atención primaria</u> y autorización previa, o no se cubre. No se cubren servicios de ama de casa.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	No cubierto	Requiere <u>remisión</u> de su proveedor de <u>atención primaria</u> y autorización previa, o no se cubre.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	No cubierto	
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	No cubierto	Requiere <u>remisión</u> de su proveedor de <u>atención primaria</u> y autorización previa, o no se cubre. Límite de 100 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	No cubierto	El calzado corrector no está cubierto. Requiere <u>remisión</u> de su proveedor de <u>atención primaria</u> y autorización previa, o no se cubre.
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo	No cubierto	Requiere <u>remisión</u> de su proveedor de <u>atención primaria</u> y autorización previa, o no se cubre.
Si su hijo necesita atención dental o de la visión	Examen ocular infantil	MLK Care: No cubierto VSP: Sin cargo.	Asignación de todos los costos de más de \$45.	En cobertura oftalmológica del Vision Service Plan (VSP), llame al 1-855-866-0942 para obtener información sobre los beneficios. Limitado a un examen ocular cada 12 meses. (Los exámenes de la visión pueden obtenerse mediante el programa MLK con un copago de \$5 hasta el 31 de octubre de 2021).
	Anteojos para niños	MLK Care: No cubierto VSP: Asignación del 80 % de los costos de marcos básicos por encima de \$120. Sin cargo para la mayoría de lentes estándar.	MLK Care: No cubierto VSP: Marcos: asignación de todos los costos de más de \$70. Lentes: asignaciones de todos los costos de más de \$30 (lentes monofocales), \$50 (bifocales y progresivas estándar) y \$65 (trifocales).	En cobertura oftalmológica del Vision Service Plan (VSP), llame al 1-855-866-0942 para obtener información sobre los beneficios. Lentes y marcos limitados a una vez cada 24 meses. Se aplicarán recargos por complementos de lentes y lentes progresivas superiores.
	Revisión dental infantil	No cubierto	No cubierto	Puede que tenga otra cobertura dental no descrita aquí.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) en general NO cubre (revise su póliza o el documento del [plan](#) para ver más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Audífonos
- Tratamiento de fertilidad
- Atención de largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- Enfermería de servicio privado
- Cuidado rutinario de los pies
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (pueden corresponder limitaciones. Esta no es una lista completa. Vea el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura (requiere remisión del médico de atención primaria y autorización previa, o no se cubre)
- Atención quiropráctica (requiere remisión del médico de atención primaria y autorización previa, o no se cubre)
- Atención dental (adultos): (disponible mediante un [plan](#) independiente)
- Atención digital musculoesquelética: (disponible mediante Hinge Health; llame al 1-855-902-2777 para obtener información sobre beneficios)
- Atención oftalmológica de rutina (adultos): (exámenes oftalmológicos y materiales disponibles mediante el [plan](#) VSP).

Sus derechos para que la cobertura continúe: Hay organismos que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas entidades es la siguiente: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de Estados Unidos, tel. 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Puede tener otras opciones de cobertura disponibles también, incluida la compra de una cobertura de seguro individual mediante el [Mercado](#) de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a queja y apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esto se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo. Para saber sobre sus derechos o este aviso, o para obtener asistencia, comuníquese con: Design Benefit Administrators, administrador de siniestros del Fondo, al 1-833-961-3021. También puede ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura mínima esencial](#) en general incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles mediante el [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para determinados tipos de [cobertura mínima esencial](#), tal vez no lo sea para el [crédito fiscal para primas](#).

¿Este plan cumple con las normas de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con las [normas de valor mínimo](#), puede que sea elegible para un [crédito fiscal de primas](#) que lo ayude a pagar un [plan](#) mediante el [Mercado de Seguros](#).

Servicios de acceso a idiomas:

español: para obtener asistencia en español, llame al 1-833-961-3021.

tagalo: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-961-3021.

chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-961-3021.

navajo (dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-961-3021.

En la siguiente sección podrá ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos en una situación médica de ejemplo.

Declaración de divulgación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido de esta recopilación de información es **0938-1146**. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se calcula en **0.08** horas promedio por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del cálculo de tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se presentan son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en virtud de la atención real que reciba, los precios que le cobren los [proveedores](#) y muchos otros factores. Céntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos se basan en la cobertura individual.

Peg espera un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto hospitalario)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [especialista](#) \$0
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) \$0
- Otro [coseguro](#) \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas a consultorio de [especialista](#) (*cuidados prenatales*) Servicios profesionales de maternidad y parto Servicios de instalaciones de maternidad y parto [Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*) Visita a [especialista](#) (*anestesia*)

Ejemplo de costo total	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$70

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [especialista](#) \$0
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) \$0
- Otro [coseguro](#) \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluida información educativa sobre la enfermedad*) [Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*) [Medicamentos recetados](#) [Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Ejemplo de costo total	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$120

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [especialista](#) \$0
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) \$0
- Otro [coseguro](#) \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en sala de emergencias](#) (*incluidos suministros médicos*) [Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*) [Equipo médico duradero](#) (*muletas*) [Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Ejemplo de costo total	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$200

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