
 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.ecsd.myameriben.com](http://www.ecsd.myameriben.com) o llamar al 1-833-951-1376. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.ecsd.myameriben.com](http://www.ecsd.myameriben.com) o llamar al 1-833-951-1376 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas			Por qué es importante	
¿Cuánto es el deducible total?		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.	
	<b>Por participante:</b>	\$600	\$700		
	<b>Por familia:</b>	\$1,300	\$2,100		
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. Visitas al consultorio <u>dentro de la red</u> , algunos servicios de <u>atención preventiva dentro de la red</u> y servicios con un <u>copago</u> .			Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro.	
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. Medicamentos con receta médica y servicios odontológicos.			Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de deducible antes de que este plan comience a pagar estos servicios.	
	<b>Deducible para medicamentos con receta médica</b>				
		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>		
	<b>Por participante:</b>	\$50	No se aplica		
	<b>Por familia:</b>	\$100	No se aplica		
	<b>Deducible servicios odontológicos</b>				
	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>			
<b>Por participante:</b>	\$50	No se aplica			
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este <u>plan</u> ?		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.	
	<b>Por participante:</b>	\$3,000	\$6,000		
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	<u>Copagos</u> , <u>deducibles</u> , las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldo</u> , los servicios de atención médica que este <u>plan</u> no cubre, los cargos que			Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo.	

	superen los máximos de beneficios, los cargos que superen las cantidades máximas permitidas, las penalizaciones por no obtener una precertificación y los servicios que no son necesarios por motivos médicos.	
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	<p><b>Sí, para atención médica:</b> Anthem. Para obtener una lista de proveedores de la red, visite <a href="http://www.anthem.com">www.anthem.com</a> o llame al 1-833-951-1376.</p> <p><b>Sí, para medicamentos con receta médica:</b> IngenioRx. Para obtener una lista de farmacias por venta minorista y por pedido por correo, visite <a href="http://www.ingenio-rx.com">www.ingenio-rx.com</a> o llame al 1-833-267-2133.</p>	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede 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 derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .

 Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, 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)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$35 de copago, no se aplica el deducible, hasta \$200 por visita; luego 20% de coseguro, no se aplica el deducible	40% de coseguro	El <u>copago</u> se aplica por proveedor por día. El <u>copago</u> por visita al consultorio incluye exámenes de diagnóstico, análisis de laboratorio y radiografías realizadas en la visita al consultorio.
	Consulta con un especialista	\$50 de copago, no se aplica el deducible, hasta \$200 por visita; luego 20% de coseguro, no se aplica el deducible	40% de coseguro	
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	<b>Adultos:</b> Sin cargo, no se aplica el deducible	40% de coseguro	El beneficio incluye exámenes físicos de rutina, vacunas y análisis de laboratorio y radiografías relacionados. Las colonoscopias no están incluidas en el

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.ecsd.myameriben.com](http://www.ecsd.myameriben.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)	
		<b>Hijo [hasta los dieciocho (18) años]:</b> \$35 de copago por visita, no se aplica el deducible		beneficio de <u>atención preventiva</u> . Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su <u>plan</u> pagará.
<b>Si se realiza un examen</b>	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	40% de coseguro	Los exámenes de diagnóstico realizados en el consultorio de un médico se aplicarán al beneficio de visita al consultorio.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro	40% de coseguro	_____ninguna_____

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.ecsd.myameriben.com](http://www.ecsd.myameriben.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)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <b>cobertura de medicamentos con receta médica</b> en <a href="http://www.ingenio-rx.com">www.ingenio-rx.com</a> .	Medicamentos genéricos	<b>Por venta minorista (suministro de 30 días):</b> \$15 de copago por receta <b>Por venta minorista (suministro de 90 días):</b> \$25 de copago por receta <b>Por pedido por correo:</b> \$20 de copago por receta	Sin cobertura	<b>Límite de suministro por venta minorista*:</b> suministro de hasta 90 días. <b>Límite de suministro por pedido por correo*:</b> suministro de hasta 90 días. *Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro de 30 días. Se aplicará un <u>deducible</u> separado a los <u>medicamentos con receta médica</u> por año calendario. Consulte la fila “¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?”. Pueden aplicarse requisitos de autorización previa, “Dispensar según lo indicado” (Dispense as Written, DAW) y terapia escalonada. No todos los <u>medicamentos con receta médica</u> están cubiertos. Para determinar si un medicamento específico está cubierto por su <u>plan</u> , inicie sesión en su cuenta en <a href="http://www.ingenio-rx.com">www.ingenio-rx.com</a> .
	Medicamentos de marca preferidos	<b>Por venta minorista (suministro de 30 días):</b> \$25 de copago por receta <b>Por venta minorista (suministro de 90 días):</b> \$35 de copago por receta <b>Por pedido por correo:</b> \$30 de copago por receta	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	<b>Por venta minorista (suministro de 30 días):</b> \$35 de copago por receta <b>Por venta minorista (suministro de 90 días):</b> \$50 de copago por receta <b>Por pedido por correo:</b> \$45 de copago por receta	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	25% de coseguro después del deducible para medicamentos con receta médica, hasta \$500 por receta	Sin cobertura	

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.ecsd.myameriben.com](http://www.ecsd.myameriben.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)		
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	<b>Pre-certification is required.</b> Failure to pre-certify may reduce benefits by 50% per occurrence.	
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro		
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	Atención en la Sala de <u>Emergencias</u>	<b>Emergencia verdadera:</b> 20% de coseguro <b>Emergencia no verdadera:</b> 20% de coseguro      40% de coseguro		El copago no se aplicará si se admite al participante del plan directamente en el hospital desde la sala de emergencias.	
	Transporte médico de <u>emergencia</u>	20% de coseguro			_____ninguna_____
	<u>Atención de urgencia</u>	20% de coseguro	40% de coseguro		_____ninguna_____
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	<b>Se necesita precertificación.</b> La falta de certificación previa puede reducir los beneficios en un 50% por ocurrencia.	
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro		
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	<b>Visitas al consultorio:</b> \$35 de copago, no se aplica el deducible, hasta \$200 por visita; luego 20% de coseguro, no se aplica el deducible  <b>Todos los demás servicios:</b> 20% de coseguro	40% de coseguro	_____ninguna_____	
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	40% de coseguro	<b>Se necesita precertificación.</b> La falta de certificación previa puede reducir los beneficios en un 50% por ocurrencia.	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	20% de coseguro	40% de coseguro	Sin cobertura para embarazo de una hija a cargo.	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un	

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.ecsd.myameriben.com](http://www.ecsd.myameriben.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 hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	copago, coseguro, o un deducible. La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía). <b>Se requiere precertificación para estadía como paciente hospitalizado superior a cuarenta y ocho (48) horas para un parto vaginal o noventa y seis (96) horas para un parto por cesárea.</b> La falta de certificación previa puede reducir los beneficios en un 50% por ocurrencia.
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de coseguro	40% de coseguro	<b>Máximo por año calendario:</b> cuarenta (40) visitas por participante del plan.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<b>Fisioterapia:</b> \$25 de copago, no se aplica el deducible	40% de coseguro	<b>Máximo por año calendario para fisioterapia:</b> veinte (20) visitas por participante del plan. Después de veinte (20) visitas, las visitas adicionales están sujetas a una revisión de necesidad médica.
	Servicios de habilitación	<b>Terapia ocupacional y terapia del lenguaje:</b> 20% de coseguro		
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	<b>Calendar Year Maximum:</b> sesenta (60) visitas por participante del plan. Este máximo no se aplica a los centros de rehabilitación. <b>Se necesita precertificación.</b> La falta de certificación previa puede reducir los beneficios en un 50% por ocurrencia.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	————ninguna————
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro	40% de coseguro	————ninguna————

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.ecsd.myameriben.com](http://www.ecsd.myameriben.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)	
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo*		*No se aplica el deducible para los beneficios de la vista. <b>Máximo por año calendario:</b> \$245 por participante del plan para todos los cargos de atención de la vista elegibles combinados.
	Anteojos para niños	Sin cargo*		Incluye marcos, lentes, lentes de contacto y exámenes de la vista.
	Control dental para niños	Sin cargo, no se aplica el deducible		<b>Máximo por año calendario:</b> Dos (2) por participante del plan.

#### 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 estética</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> <li>• Audífonos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de infertilidad</li> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortodoncia</li> <li>• Servicios de enfermería privada (pacientes ambulatorios)</li> <li>• Atención de la vista de rutina (adultos)</li> <li>• Atención de los pies de rutina</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).**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado quiropráctico (limitado a \$1,000 por año calendario)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de pérdida de peso (limitados a clínicas supervisadas por médicos)</li> </ul> |
|--|---|--|

**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 el Administrador de COBRA del Plan en AmeriBen, P.O. Box 7565, Boise, ID 83707, 1-833-951-1376. 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.

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

**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:

AmeriBen  
Attention: Appeals Coordination  
P.O. Box 7186  
Boise, ID 83707  
1-833-951-1376

### ¿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.

### Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-951-1376.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-951-1376.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-951-1376.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-951-1376.

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente*

**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.

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO

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



**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. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**

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

- El deducible general del plan \$600
- Copago al especialista \$50
- Hospital (instalaciones) *costo compartido* 20%
- Otro *costo compartido* 20%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de instalaciones de partos profesionales  
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$610*
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,300
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,930</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El deducible general del plan \$600
- Copago al especialista \$50
- Hospital (instalaciones) *costo compartido* 20%
- Otro *costo compartido* 20%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos por recetas  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$5,600</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$100*
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,200</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El deducible general del plan \$600
- Copago al especialista \$50
- Hospital (instalaciones) *costo compartido* 20%
- Otro *costo compartido* 20%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$600*
Copagos	\$300
Coseguro	\$300
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,200</b>

\*Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay otros deducibles para servicios?"

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