



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, [insert contact information]. 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.\[insert\].com](#) o llamar al 1-800-[insert] para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$0 | Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan empezar a pagar. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | No. | No debe pagar deducibles por servicios específicos. |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No | No tienes que cumplir los deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | \$3,000 Beneficio médico dentro de la red \$3,600 Beneficio de medicamentos con receta dentro de la red | El límite de gastos de su bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tienes otros miembros de la familia en este plan , deben cumplir con sus propios límites de desembolso personal hasta cumplir el límite familiar de desembolso. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Cualquier cantidad no pagada por el plan para cargos fuera de la red, sin cobertura cargos o penalidades | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo . |
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ? | Sí. La red es Carle Health Physician Partners 1-309-671-8231 www.healthpluspeoria.org | Este plan usa una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan . Pagará más si usa 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 paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ? | No. Usted puede ver los doctores y especialistas de Carle Health Physician Partners sin referido. | Usted puede ver el especialista que usted elija sin referido . |

⚠ 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 | \$0 | No está cubierto | |
| | Consulta con un especialista | \$0 | No está cubierto | |
| | Atención preventiva/ evaluación/vacunas | Sin cargo | No está cubierto | |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | 10% coseguro | No está cubierto | |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 10% coseguro | No está cubierto | |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://www.seiuhcbenfund.org/>.

| 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 necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en OptumRx 1-888-354-0090 | Medicamentos genéricos Costo de medicamentos en el punto de venta de \$0-\$15 mayor que \$15 | \$1 copago 40% coseguro | No está cubierto | Debe usar su receta de prescripción Optum para recibir estos descuentos. |
| | Medicamentos de marcas preferidas Costo de medicamentos en el punto de venta de \$0 - \$30 más de \$30 | \$8 copago 40% coseguro | No está cubierto | Debe usar su receta de prescripción Optum para recibir estos descuentos. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | 40% coseguro | No está cubierto | Debe usar su receta de prescripción Optum para recibir estos descuentos. |
| | Medicamentos de especialidad | No está cubierto | No está cubierto | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 10% coseguro | No está cubierto | Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . Multa de \$100 si no tiene autorización previa |
| | Tarifas del médico/cirujano | 10% coseguro | No está cubierto | Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . Multa de \$100 si no tiene autorización previa |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | \$200 copago | \$200 copago | Copago de \$200 es perdonado si es ingresado en el hospital. |
| | Transporte médico de emergencia | 10% coseguro | 10% coseguro | |
| | Atención de urgencia | \$25 copago | No está cubierto | |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 10% coseguro | No está cubierto | Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://www.seiuhcbenfund.org/>.

| 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) | |
| | Tarifas del médico/cirujano | 10% coseguro | No está cubierto | Multa de \$100 si no tiene autorización previa Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . Multa de \$100 si no tiene autorización previa |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | 10% coseguro | No está cubierto | Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . Multa de \$100 si no tiene autorización previa |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 10% coseguro | No está cubierto | Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . Multa de \$100 si no tiene autorización previa |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$0 | No está cubierto | |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 10% coseguro | No está cubierto | Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . Multa de \$100 si no tiene autorización previa |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 10% coseguro | No está cubierto | Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . Multa de \$100 si no tiene autorización previa |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://www.seiuhcbenfund.org/>.

| 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 necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | 10% coseguro | No está cubierto | Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . Multa de \$100 si no tiene autorización previa |
| | Servicios de rehabilitación | 10% coseguro | No está cubierto | Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . Multa de \$100 si no tiene autorización previa |
| | Servicios de habilitación | 10% coseguro | No está cubierto | Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . Multa de \$100 si no tiene autorización previa |
| | Atención de enfermería especializada | 10% coseguro | No está cubierto | Sujeto a un máximo de 90 días del año calendario. Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . Multa de \$100 si no tiene autorización previa. |
| | Equipo médico duradero | 10% coseguro | No está cubierto | Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | 10% coseguro | No está cubierto | Comuníquese con Hines & Associates, Inc. al 888-827-7926 o visite la pagina www.precertcare.com para preautorización . Multa de \$100 si no tiene autorización previa |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | No está cubierto | No está cubierto | |
| | Anteojos para niños | No está cubierto | No está cubierto | |
| | Control dental para niños | No está cubierto | No está cubierto | |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://www.seiuhcbenfund.org/>.

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">• Acupuntura• Cirugía cosmética• Cuidado dental (Adulto)• Audífonos | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de infertilidad• Cuidado médico a largo plazo• Atención médica que no sea de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none">• Enfermería privada• Cuidado ocular de rutina (Adulto)• Cuidado rutinario de los pies• Programas de pérdida de peso |
|--|--|---|

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

- Cirugía Bariátrica (debe cumplir con todos los criterios: su médico de atención primaria ha recomendado el tratamiento, su médico de atención primaria afirma que usted está por lo menos 100 libras sobre su peso médicamente deseable, usted tiene un índice de masa corporal de 45 o más, la obesidad es una amenaza a su vida debido a las comorbilidades potencialmente mortales, como diabetes, enfermedades del corazón, hipertensión, etc., usted tiene un historial documentado de intentos fallidos de reducir el peso por medidas más conservadoras, usted ha completado con éxito un psiquiátrico evaluación y no tienen condiciones psiquiátricas que pueden reducir las posibilidades de que la cirugía tenga éxito a largo plazo, usted participa activamente en un programa de Manejo de Enfermedades con Hines & Associates durante seis meses antes de la cirugía que incluye consejería y un programa de reducción de peso, y usted no ha tenido ningún tipo de cirugía bariátrica en el pasado. Las cirugías bariátricas de revisión no están cubiertas por el Plan.)
- Atención quiropráctica (la atención quiropráctica está cubierta al 50% con un calendario máximo de 20 visitas).

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. 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: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or 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](#).

Servicio de acceso a idiomas:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 773-385-9300.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 773-385-9300.]

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://www.seiuhcbenfund.org/>.

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 773-385-9300.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 773-385-9300.]

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 **0.02** 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 deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialistas [costo compartido] | \$0 |
| ■ Hospital (establecimiento) [costo compartido] | 10% |
| ■ Otros [costo compartido] | 10% |

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 | \$0 |
| Copagos | \$2 |
| Coseguro | \$1300 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$1400 |

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 | \$0 |
| ■ Especialistas [costo compartido] | \$0 |
| ■ Hospital (establecimiento) [costo compartido] | 10% |
| ■ Otros [costo compartido] | 10% |

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:

| | |
|------------------------------------|---------------|
| <i>Costos compartidos</i> | |
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$30 |
| Coseguro | \$1700 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$1800 |

Fractura simple de Mía

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

| | |
|---|-----|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialistas [costo compartido] | \$0 |
| ■ Hospital (establecimiento) [costo compartido] | 10% |
| ■ Otros [costo compartido] | 10% |

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:

| | |
|------------------------------------|--------------|
| <i>Costos compartidos</i> | |
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$200 |
| Coseguro | \$200 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$400 |

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