



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, llamen a 773-385-9300. 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 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 773-385-9300 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$100	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Si. Cuidado preventivo y servicios de atención primaria están cubiertos antes de cumplir con su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de alcanzar su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$3,500 Beneficio médico dentro de la red \$2,100 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 Union Medical Center 1-312-829-1134	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 ?	Si	Este plan pagará parte o la totalidad de los costos para ver a un especialista de los servicios cubiertos, pero solo si usted tiene una referencia antes de ver al especialista .

⚠ 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	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.

* 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 plan 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 plan de prescripción Optum para recibir estos descuentos.
	Medicamentos de marca no preferidos	40% coseguro	No está cubierto	Debe usar su plan 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% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
	Tarifas del médico/cirujano	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$200 copago	\$200 copago	Copago de \$200 es perdonado si es ingresados en el hospital. DEBE notificarse a UMC antes de 48 horas tras la admisión o el tratamiento de urgencia
	Transporte médico de emergencia	10% de coseguro ; deducible aplica	10% de coseguro ; deducible aplica	Se requiere referido de UMC.
	Atención de urgencia	\$25 copago	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
	Tarifas del médico/cirujano	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.

* 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 salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
	Servicios para pacientes hospitalizados	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	0%	No está cubierto	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
	Servicios de rehabilitación	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
	Servicios de habilitación	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
	Atención de enfermería especializada	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Sujeto a 90 días del año calendario Se requiere referido de UMC.
	Equipo médico duradero	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	10% de coseguro ; deducible aplica	No está cubierto	Se requiere referido de UMC.
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	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

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. asesoramiento nutricional 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:

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

[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.]

[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](#) \$100
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$10
- 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	\$100
Copagos	\$2
Coseguro	\$1200
<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](#) \$100
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$10
- 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	\$100
Copagos	\$30
Coseguro	\$1700
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1900

Fractura simple de Mía

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$100
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$10
- 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	\$100
Copagos	\$200
Coseguro	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$500

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