

 El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, vaya a www.uhh.org/alaska o llame a 844-427-8501. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 844-427-8501 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Proveedor PPO: \$500 por persona / \$1,000 por familia Proveedor que no es PPO: \$1,000 por persona / \$2,000 por familia	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe cumplir con su propio deducible hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia cumplan con el deducible por familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. El cuidado preventivo , los exámenes físicos de rutina, los análisis de preadmisión, las 2das opiniones quirúrgicas, el cuidado de salud en el hogar, y el confinamiento en una instalación de enfermería especializada están cubiertos antes de que cumpla con su deducible .	Este plan cubre algunas de las cosas y servicios aunque todavía no haya cumplido con el monto de su deducible . Pero puede haber un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin compartir costos y antes de que usted cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Médico: Para Proveedores PPO: \$3,500 por persona / \$7,000 por familia; Proveedores que no son PPO: \$10,000 por persona / \$20,000 por familia. Medicamentos recetados : \$2,350 por persona / \$4,700 por familia.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directo del bolsillo hasta que se cumpla el límite de gastos directo del bolsillo total por familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas , cargos de facturación de saldo , penalidades, copagos para servicios que no son PPO y cuidado de salud que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .

¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Vaya a www.multiplan.com ó llame al 1-888-636-7427 para ver una lista de proveedores PPO. Para una lista de proveedores PPO en la municipalidad de Anchorage vaya a www.uhh.org/alaska ó llame al 844-427-8501.	Este plan usa una red de proveedores PPO. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor PPO podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	30% de coseguro	30% de coseguro	\$20 de copago para las visitas del Programa de Cuidados Menores y Bienestar. \$0 de copago en el Centro de Salud de la Coalición. La terapia de masaje no está cubierta.
	Visita al especialista	30% de coseguro	30% de coseguro	
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo; el deducible no aplica	Sin cargo; el deducible no aplica	Cuidado preventivo en base a las normas del gobierno. Usted quizás deberá pagar por servicios que no son preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos . Después averigüe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	30% de coseguro	Fuera de un hospital 30% de coseguro ;	El monto permitido para los servicios en un centro que no es PPO en Anchorage será la tarifa del hospital proveedor PPO .
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)		Paciente ambulatorio en un hospital 40% de coseguro en centros que no son PPO en la municipalidad de Anchorage	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	Minorista: 40% de coseguro con un mínimo de \$5. Orden por correo: 40% de coseguro con un mínimo de \$10. El deducible no aplica.	Minorista: 40% de coseguro con un mínimo de \$5. Orden por correo: 40% de coseguro con un mínimo de \$10. El deducible no aplica.	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta minorista); un suministro de 31-90 días (receta de orden por correo). Para los medicamentos de marca cuando hay un genérico disponible, el plan paga 60% del costo del genérico equivalente; usted paga el costo total de la diferencia entre el de marca y el genérico. Los medicamentos compuestos arriba de \$500 requieren autorización previa . Los medicamentos especializados tienen un límite de un surtido (un suministro de 30 días) por mes y requieren autorización previa .
	Medicamentos de marcas preferidas			
	Medicamentos de marcas no preferidas			
	Medicamentos especializados			
	Medicamentos orales para la diabetes, insulina y suministros	Minorista: \$5 de copago Orden por correo: \$10 de copago	Minorista: \$5 de copago Orden por correo: \$10 de copago	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de coseguro	30% de coseguro / 40% de coseguro para centros que no son PPO en la municipalidad de Anchorage.	Se requiere autorización previa . La cantidad permitida para servicios en un centro que no es PPO en Anchorage será la tarifa del hospital proveedor PPO .
	Honorarios del médico/cirujano	30% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$100 de copago más 30% de coseguro	\$100 de copago más 30% de coseguro	No se cobran los \$100 de copago si es hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	30% de coseguro	30% de coseguro	Solo cubre en el hospital más cercano que esté equipado para tratar su condición.
	Atención de urgencia	30% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna

[* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.uhh.org/alaska.]

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$350 de copago más 30% de coseguro	\$350 de copago más 30% de coseguro / 40% de coseguro en centros que no son PPO en la municipalidad de Anchorage.	Se requiere autorización previa . El monto permitido para servicios en un centro que no es PPO en Anchorage será la tarifa del hospital proveedor PPO . No se cobrará el copago después de 4 hospitalizaciones por persona por año calendario.
	Honorarios del médico/cirujano	30% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	30% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna
	Servicios internos	\$350 de copago más 30% de coseguro	\$350 de copago más 30% de coseguro	Se requiere autorización previa .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	30% de coseguro	30% de coseguro	Compartir costos no aplica a ciertos servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, podría haber coseguro o copago .
	Servicios de parto profesionales	\$350 de copago más 30% de coseguro	\$350 de copago más 30% de coseguro / 40% de coseguro en centros que no son PPO en la municipalidad de Anchorage.	No se brinda cobertura para el embarazo de una hija dependiente más que cuidado preventivo. Los beneficios de hospitalización pueden ser negados si no sigue el programa de autorización previa. Compartir costos no aplica a ciertos servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, puede haber un copago o coseguro. El cuidado de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej. ultrasonidos). La cantidad permitida para servicios en un centro que no es PPO en Anchorage será la tarifa del hospital proveedor PPO .
	Servicios de instalaciones de partos profesionales			

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No tiene cobertura; no aplica el deducible .	No tiene cobertura; no aplica el deducible .	Límite de 100 visitas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	30% de coseguro	30% de coseguro / 40% de coseguro para centros que no son PPO en la municipalidad de Anchorage.	Se requiere autorización previa . El monto permitido para servicios en un centro que no es PPO en Anchorage será la tarifa del hospital proveedor PPO .
	Servicios de habilitación	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Ninguna
	Cuidado de enfermería especializada	No tiene cobertura; no aplica el deducible .	No tiene cobertura; no aplica el deducible .	Límite de 100 visitas por periodo de confinamiento.
	Equipo médico duradero	30% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	30% de coseguro	30% de coseguro	Servicios de hospitalización se limitan a 30 días. Debe estar en etapa terminal con una expectativa de vida de menos de 6 meses. Se requiere autorización previa .
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía cosmética (al menos que sea para la corrección de algún desorden funcional o como resultado de una lesión accidental) • Terapia de masaje | <ul style="list-style-type: none"> • Lentes (adultos y niños) • Servicios de habilitación • Aparatos auditivos • Tratamiento de infertilidad • Cuidado de salud por tiempo prolongado | <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo de una hija dependiente o hija de un(a) hijo(a) dependiente. • Cuidado de rutina de la vista (adultos) • Programas para bajar de peso |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Cuidado quiropráctico
- Cuidado dental (adultos – solamente el empleado)
- Cuidado que no es de emergencia cuando viaja fuera de Estados Unidos, el cual es medicamente necesario y común en Estados Unidos
- Cuidado privado de enfermería
- Cuidados podiátricos de rutina

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: la Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al 1-866-444-3372 ó www.dol.gov/ebsa/healthreform y el Centro para Información del Consumidor y Control de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 ó www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: la Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al 1-866-444-3372 ó www.dol.gov/ebsa/healthreform. Usted también puede contactar a la Oficina de Administración del Fideicomiso al 1-800-331-6158.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-331-6158.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-331-6158.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-331-6158.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-331-6158.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada (nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$500
- [Especialista \[costo compartido\]](#) 30%
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) \$350 de copago + 30%
- Otro [\[costo compartido\]](#) 30%

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*)

Costo total hipotético	\$12,800
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$400
Coseguro	\$2,700
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,660

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](#) \$500
- [Especialista \[costo compartido\]](#) 30%
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) \$350 de copago + 30%
- Otro [\[costo compartido\]](#) 30%

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*)

Costo total hipotético	\$7,400
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$200
Coseguro	\$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,020

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$500
- [Especialista \[costo compartido\]](#) 30%
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) \$350 de copago + 30%
- Otro [\[costo compartido\]](#) 30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$1,900
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$100
Coseguro	\$400
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,000

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