



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.culinaryhealthfund.org ó llame al 702-733-9938 ó al 1-800-457-8512. 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 www.dol.gov/ebsa/healthreform ó www.cciio.cms.gov ó <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> ó llame al 1-800-457-8512 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0.00	Vea la tabla abajo de Eventos Médicos Comunes para sus costos por servicios que este plan cubre.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	No aplica	No aplica
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No	Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$6,350 individuo / \$12,700 familia	El <u>límite en sus gastos de bolsillo</u> es lo más que usted va a pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en el plan, ellos tienen que llegar a su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que el <u>límite de gastos de bolsillo</u> por familia se haya cubierto.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	<u>Copagos</u> dentales, gastos incurridos fuera de la red al menos que el Administrador del Plan permita cobertura con tarifas de PPO siempre y cuando la persona elegible obtenga autorización previa y el procedimiento médico no esté disponible en el área de Las Vegas, <u>primas</u> , el recibo de <u>cobros del balance</u> , y cuidados de salud que el plan no cubre.	Aunque usted paga estos costos, no cuentan hacia el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Vea www.culinaryhealthfund.org ó llame al 702-733-9938 ó 1-800-457-8512.	Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> en la <u>red</u> PPO del plan. Usted pagará más si va a un <u>proveedor</u> que no es PPO, y puede recibir un cobro del <u>proveedor</u> que no es PPO por la diferencia entre lo que el <u>proveedor</u> que no es PPO cobra y lo que su plan paga (<u>cobros del balance</u>). Esté consciente de que su <u>proveedor</u> PPO de la <u>red</u>

		puede utilizar un <u>proveedor</u> que no es PPO para algunos servicios (como de laboratorio). Verifique con su <u>proveedor</u> antes de que reciba los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No	Usted puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin necesidad de un <u>referido</u> .



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 PPO (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es PPO (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor</u> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$15 / consulta	No se cubre	No hay <u>copago</u> para consultas en el Centro de Salud de la Culinaria.
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$30 / consulta	No se cubre	————ninguna————
	<u>Atención preventiva/examen colectivo</u> /vacuna	No hay cobro	No se cubre	Vaya a www.healthcare.gov para una lista completa de los servicios preventivos de salud que están cubiertos.
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	RAYOS-X: <u>Copago</u> de \$20 en un centro independiente <u>Copago</u> de \$30 en el consultorio del médico <u>Copago</u> de \$45 en la unidad de pacientes ambulatorios de un hospital ANÁLISIS DE SANGRE: <u>Copago</u> de \$0 en un centro independiente No hay cobro si es en la oficina del doctor <u>Copago</u> de \$15 en la unidad de pacientes ambulatorios de un hospital	No se cubre	Algunos servicios requieren autorización previa y no se cubrirán sin dicha autorización. Los <u>copagos</u> por servicio de laboratorio realizados en el departamento ambulatorio de un hospital aplican a los servicios diagnósticos o previos a una operación en el hospital. No hay <u>copago</u> para radiografías o exámenes de laboratorio en el Centro de Salud de la Culinaria.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor PPO (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es PPO (Usted pagará lo máximo)	
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	CT/MRI: <u>Copago</u> de \$125 por visita PET: <u>Copago</u> de \$175 en un centro independiente <u>Copago</u> de \$225 en un consultorio o la unidad de pacientes ambulatorios de un hospital	No se cubre	Algunos servicios requieren autorización previa y no se cubrirán sin dicha autorización.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.culinaryhealthfund.org	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	<u>Copago</u> de \$10 / receta (farmacia comercial y por correo)	No se cubre	No hay costo por las recetas surtidas en la Farmacia de la Culinaria. Pueden aplicar límites en las cantidades, requisitos de autorización previa, y otros programas de contención de costos.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	<u>Copago</u> de \$20 / receta (farmacia comercial y por correo)	No se cubre	
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	<u>Copago</u> de \$35 / receta (farmacia comercial y por correo)	No se cubre	
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	<u>Coseguro</u> de 25%	No se cubre	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Copago</u> de \$150/cirugía (centro ambulatorio de cirugías); <u>Copago</u> de \$250/cirugía (hospital)	No se cubre	Los beneficios pueden ser rechazados si no se sigue el programa de autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	No hay cobro	No se cubre	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	<u>Copago</u> de \$350 por ida	<u>Copago</u> de \$350 por ida	No hay cobertura para cuidado que no sea una emergencia en una sala de emergencias que no sea PPO en el área geográfica de Las Vegas.
	Transporte médico de emergencia	<u>Coseguro</u> de 25% (por tierra); <u>Copago</u> de \$500/persona/incidente (aérea)	<u>Coseguro</u> de 25% (por tierra); <u>Copago</u> de \$500/persona/incidente (aérea)	————ninguna————

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor PPO (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es PPO (Usted pagará lo máximo)	
	Cuidados Urgentes	<u>Copago</u> de \$40 por ida	<u>Copago</u> de \$40 por ida	No hay cobertura para servicios en un centro de Cuidados Urgentes que no sea PPO en el área geográfica de Las Vegas. El <u>copago</u> incluye todos los gastos cubiertos relacionados a la visita. No hay <u>copago</u> para consultas en el Centro de Salud de la Culinaria.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	<u>Copago</u> de \$250 por admisión	<u>Copago</u> de \$2,000 por hospitalización + <u>coseguro</u> de 40% de los Cobros Aprobados	Los beneficios pueden ser rechazados si no se sigue el programa de autorización previa para <u>proveedores</u> que no son PPO.
	Honorarios del médico/cirujano	No hay cobro	No se cubre	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	TERAPIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS: Ningún <u>copago</u> por las primeras 5 visitas. Después un <u>copago</u> de \$15 por visita. INTERNACIÓN PARCIAL: <u>Copago</u> de \$150 por plan de tratamiento PROGRAMA INTENSIVO PARA PACIENTES AMBULATORIOS: No hay cobro.	No se cubre	Algunos servicios requieren autorización previa y no serán cubiertos sin dicha autorización.
	Servicios internos	<u>Copago</u> de \$250 por internación	<u>Copago</u> de \$2,000 por hospitalización + <u>coseguro</u> de 40% de los Cobros Aprobados	Los beneficios pueden ser negados si no se sigue el programa de autorización previa para los <u>proveedores</u> que no son PPO.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No hay cobro	No se cubre	No se da cobertura por el embarazo de una hija dependiente, excepto como se requiere bajo la

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor PPO (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es PPO (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de parto profesionales	No hay cobro	No se cubre	Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Se podrían aplicar <u>copagos</u> adicionales por servicios adicionales. Los beneficios pueden ser rechazados si no se sigue el programa de autorización previa.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	<u>Copago</u> de \$250 por admisión	<u>Copago</u> de \$2,000 por hospitalización + <u>coseguro</u> 40% de los Cobros Aprobados	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	No hay cobro	No se cubre	La cobertura se limita a 60 días por año. Los beneficios pueden ser rechazados si no se sigue el programa de autorización previa.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Copago</u> de \$250 por admisión	No se cubre	La cobertura para pacientes internados se limita a 60 días por año. Los beneficios pueden ser rechazados si no se sigue el programa de autorización previa.
		En un centro independiente: - No hay cobro por fisioterapia sin cirugía y posoperatoria <u>Copago</u> de \$20 por terapia ocupacional o del habla <u>Copago</u> de \$30 por rehabilitación cardíaca Para ambulatorios en un hospital después de un ingreso: <u>Copago</u> de \$30 por terapia física, ocupacional, del habla <u>Copago</u> de \$40 por rehabilitación cardíaca	No se cubre	En un centro independiente: - Terapia ocupacional o del habla: se limita a 30 visitas por cada tipo de servicio por año para individuos de 18 años y mayores - Terapia ocupacional o del habla: se limita a 60 visitas por cada tipo de servicio por año para individuos menores de 18 años - Fisioterapia posoperatoria: se limita a 30 visitas por evento. Para ambulatorios en un hospital después del ingreso: - La terapia física, ocupacional, o del habla se limita a 30 visitas por cada tipo de terapia por año Rehabilitación cardíaca: se limita a 30 visitas por año en un centro independiente o para ambulatorios en hospital.
	<u>Servicios de habilitación</u>			

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor PPO (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es PPO (Usted pagará lo máximo)	
				Algunos servicios requieren autorización previa y no serán cubiertos sin dicha autorización.
	Cuidado de enfermería especializada	<u>Copago</u> de \$250 por admisión	No se cubre	Limitado a 60 días por año calendario. Los beneficios pueden ser rechazados si no se sigue el programa de autorización previa.
	Equipo médico duradero	<u>Coseguro</u> del 10%	No se cubre	El Fondo paga 100% por fórmula y alimentos médicos para servicios médicos enteros. Se requiere autorización previa para artículos de más de \$500.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No hay cobro	No se cubre	————ninguna————
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	<u>Copago</u> de \$20 por examen	No se cubre	Hay un <u>copago</u> de \$10 si se hace el examen en el Centro de Salud de la Culinaria.
	Anteojos para niños	Cristales básicos de los lentes (no incluye actualizaciones o añadiduras opcionales) – No hay cobro	No se cubre	La cobertura para armazones y lentes de contacto se limitará a un beneficio máximo de \$150 cada 24 meses.
		Armazón y lentes de contacto – No hay cobro	No se cubre	Hay un beneficio adicional de \$150 por vida para lentes después de una cirugía de cataratas.
	Chequeo dental pediátrico	No hay cobro	Varía dependiendo del costo	Un niño es una persona eligible menor de 19 años. La cobertura se limita a \$1,500 por año por un <u>proveedor</u> que no es PPO.

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"> • Cirugía Bariátrica • Cirugía Cosmética | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de Infertilidad • Cuidados a largo plazo • Atención no urgente al viajar fuera de los EE.UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería privada • Programas para pérdida 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 | • Acupuntura | • Cuidado de la vista (adulto) |
| • Cuidado dental (adulto) | • Aparatos Auditivos | • Cuidado rutinario de los pies |

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando ésta termine. La información de contacto de estas agencias es: El [Plan](#) al 702-733-9938 ó 1-800-457-8512, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) ó en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o el Departamento de Salud y de Servicios Humanos, Centro para Información del Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323, x61565 ó en 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 Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) ó en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿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 1-800-457-8212.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-457-8212.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-457-8212.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-800-457-8212.

—————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	\$0
■ Copago del especialista	\$0
■ Copagos del hospital (instalaciones)	\$250
■ Otros [costos compartidos]	\$70

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	\$0
Copagos	\$280
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Peg pagaría es	\$320

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	\$0
■ Copago del especialista	\$50
■ Copago del hospital (instalaciones)	\$0
■ Otros copagos	\$130

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	\$0
Copagos	\$180
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$180

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copagos del especialista	\$60
■ Copagos del hospital (instalaciones)	\$350
■ Otros copagos y coseguro	\$130

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	\$0
Copagos	\$440
Coseguro	\$100
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$540

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