

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que Cubre y Cuesta este Plan

Cobertura: Individual y Familiar | Tipo de Plan: EPO

Esto es sólo un resumen. Si desea más detalles sobre su cobertura y costo, usted puede recibir los términos completos en la póliza de seguro o documento del plan en el www.trselectivecareetna.com o llamando al 1-800-222-9205.

| Preguntas Importantes | Respuestas | Por qué Es Esto Importante: |
|--|--|---|
| ¿Cuál es el deducible en general? | Para cada Año del Plan, Dentro de la Red: \$1,200 Individual / \$3,600 Familia. No se aplica a las visitas al consultorio médico, medicinas recetadas, cuidado urgente ni al cuidado preventivo dentro de la red. | Usted deberá pagar todos los costos hasta cubrir la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos que usted utilice. Revise su póliza de seguro o documento del plan para ver cuando inicia otra vez el deducible (por lo general, aunque no siempre, el 1ro de enero). Consulte la gráfica que inicia en la página 2 para saber cuánto tiene que pagar por los servicios cubiertos después de haber satisfecho el deducible . |
| ¿Existen otros deducibles para servicios específicos? | Sí. \$200 para gastos de medicinas recetadas. No se aplica a los genéricos. No existen otros deducibles específicos. | Usted debe pagar todos los costos para estos servicios hasta por una cantidad de deducible específica antes de que este plan comience a pagar por estos servicios. |
| ¿Existe un límite de desembolso personal para mis gastos? | Sí. Dentro de la Red: \$6,600 Individual / \$13,200 Familia. | El límite de desembolso personal es lo máximo que podría usted pagar durante un período de cobertura (por lo general, un año) por su cuota del costo de los servicios cubiertos. Este límite lo ayuda a usted a planificar sus gastos de asistencia médica. |
| ¿Qué se excluye del límite de desembolso personal? | Primas, cargos por saldos facturados, sanciones por no haber obtenido autorización previa para los servicios y los gastos de la asistencia médica no cubierta por este plan. | Aun cuando pague estos gastos, los mismos no cuentan contra el límite de desembolso personal . |
| ¿Existe un límite anual general en cuanto a lo que paga el plan? | No. | La gráfica que comienza en la página 2 describe todo límite en cuanto a lo que pagará el plan por servicios cubiertos <i>específicos</i> , tales como las visitas al consultorio médico. |
| ¿Utiliza este plan una red de proveedores médicos? | Sí. Visite el www.trselectivecareetna.com o llame al número del Departamento de Servicios al Cliente de TRS-ActiveCare al 1-800-222-9205 para obtener una lista de proveedores médicos dentro de la red. | Si usted utiliza un doctor u otro proveedor médico dentro de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Esté consciente de que su médico u hospital dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red, preferido o participante para referirse a los proveedores dentro de la red . Consulte la gráfica que comienza en la página 2 para aprender sobre cómo este plan les paga a los diferentes tipos de proveedores . |
| ¿Necesito remisión médica para ver a un especialista? | No. | Usted puede ver al especialista que seleccione sin autorización de este plan. |
| ¿Existen servicios que no cubra este plan? | Sí. | Algunos de los servicios que no cubre este plan se enumeran en la página 5. Consulte su póliza de seguro o documento del plan para información adicional sobre los servicios excluidos . |

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que Cubre y Cuesta este Plan

Cobertura: Individual y Familiar | Tipo de Plan: EPO

Copagos: son cantidades fijas en dólares (por ejemplo \$15) que paga usted por la asistencia médica cubierta generalmente cuando recibe el servicio.

Coseguro: es *su* cuota compartida de los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la **cantidad permitida** por el servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** del plan para una hospitalización de una noche es \$1,000, su pago del 20% del **coseguro** sería de \$200. Esto podría cambiar si usted no ha satisfecho su **deducible**.

La cantidad que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida**. Si el **proveedor** no pertenece a la red cobra más allá de la **cantidad permitida**, usted podría tener que pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital no pertenece a la red cobra \$1,500 por una hospitalización de una noche y la **cantidad permitida** es \$1,000, usted podría tener que pagar los \$500 de diferencia. (Esto es lo que se conoce como **facturación de saldo**.)

Este plan podría animarlo a utilizar **proveedores** pertenecientes a la red, cobrándole **deducibles**, **copagos** y **coseguros** más bajos.

| Situación Médica Común | Servicios que Podría Necesitar | Lo que le Costará a Usted si Utiliza un Proveedor Dentro de la Red | Lo que le Costará a Usted si Utiliza un Proveedor Fuera de la Red | Límites y Excepciones |
|---|--|---|---|--|
| Si usted visita el consultorio o clínica de un proveedor médico | Visita de asistencia primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$30 copago/visita, excepto un 20% coseguro por cirugías ambulatorias realizadas en el consultorio médico | No se cubre | Incluye Internistas, médicos de Medicina General, Profesionales Médicos de Práctica Familiar, Pediatras o Ginecólogos. |
| | Visita al especialista | \$60 copago/visita, excepto un 20% coseguro por cirugías ambulatorias realizadas en el consultorio médico | No se cubre | ———— Ninguno ———— |
| | Visita al consultorio de otro profesional médico especializado | \$60 copago/visita | No se cubre | La cobertura se limita a 35 visitas por año del plan para asistencia Quiropráctica. |
| | Cuidado preventivo / examen médico / inmunización | Sin cargo, excepto por \$60 copago / visita para los exámenes de audición | No se cubre | Podrían aplicar programas relacionados con la edad y frecuencia. |
| Si tiene que realizarse un examen médico | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | 20% coseguro, excepto sin cargos para los realizados en un laboratorio Quest | No se cubre | ———— Ninguno ———— |
| | Exámenes radiológicos con imágenes (tomografía computarizada [CT]/ tomografía por emisión de positrones [PET scans], imágenes de resonancia magnética [MRI]) | 20% coseguro después de \$100 de copago /visita | No se cubre | Podría requerirse autorización previa para la asistencia recibida. |

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que Cubre y Cuesta este Plan

Cobertura: Individual y Familiar | Tipo de Plan: EPO

| Situación Médica Común | Servicios que Podría Necesitar | Lo que le Costará a Usted si Utiliza un Proveedor Dentro de la Red | Lo que le Costará a Usted si Utiliza un Proveedor Fuera de la Red | Límites y Excepciones |
|--|---|--|--|---|
| <p>Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o padecimiento, la cobertura para medicinas recetadas la administra CVS/Caremark</p> <p>Hay más información sobre la cobertura para medicinas recetadas disponible en el www.cvscaremark.com</p> | Medicamentos genéricos | Copago /medicinas recetadas: \$20 (primer suministro farmacia regular), \$25 (otros suministros farmacia regular), \$45 copago (órdenes por correo o Retail-Plus) | Copago /medicinas recetadas: \$20 (primer suministro farmacia regular), \$25 (otros suministros de farmacia regular), \$45 copago (órdenes por correo o Retail-Plus) | <p>Cubre un suministro máximo de 31 días en una Farmacia Regular, hasta un suministro de 90 días (a través del servicio de órdenes por correo o [Retail-Plus]). Incluye medicamentos para mejorar el desempeño, con un límite de 8 tabletas por mes, anticonceptivos en medicamentos y dispositivos que se pueden adquirir a través de una farmacia. No se cobrará por los anticonceptivos genéricos de la farmacopea (<i>formulary</i>) adquiridos dentro de la red, aprobados por la FDA para pacientes del sexo femenino. Requiere de certificación previa. Requiere de terapia de incremento gradual. El costo suyo será mayor al seleccionar Medicamentos de Marca en vez de Genéricos, a menos que se los recete el médico con la inscripción “Despachar según se ha escrito”. Fuera de la Red: El reembolso corresponde a la cantidad que le habría cobrado una farmacia dentro de la red menos el copago, después de haberse satisfecho el deducible para los medicamentos.</p> |
| | Medicamentos de marca preferida | Copago /medicinas recetadas: \$40 (primer suministro farmacia regular), \$50 (otros suministros farmacia regular), \$105 copago (órdenes por correo o Retail-Plus) | Copago /medicinas recetadas: \$40 (primer suministro farmacia regular), \$50 (otros suministros farmacia regular), \$105 (órdenes por correo o Retail-Plus) | |
| | Medicamentos de marca no preferida | 50% coseguro / medicinas recetadas (Farmacias Regulares y Órdenes por Correo o Retail-Plus) | 50% coseguro / medicinas recetadas (Farmacias Regulares y Órdenes por Correo o Retail-Plus) | |
| | Medicamentos de especialidad | 20% coseguro / medicinas recetadas | No se cubre | |
| <p>Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio</p> | Honorario por instalaciones médicas (por ejemplo, el centro de cirugía ambulatoria) | 20% coseguro después de \$150 copago/visita | No se cubre | ———— Ninguno ———— |
| | Honorarios del médico /cirujano | 20% coseguro | No se cubre | ———— Ninguno ———— |
| <p>Si necesita asistencia médica inmediata</p> | Servicios de la sala de emergencia | 20% coseguro después de \$150 copago/visita | 20% coseguro después de \$150 copago/visita | ———— Ninguno ———— |
| | Traslado médico de emergencia | 20% coseguro | 20% coseguro | ———— Ninguno ———— |
| | Cuidado urgente | \$50 copago/visita | No se cubre | ———— Ninguno ———— |

Preguntas: Llame al 1-800-222-9205 o visítenos en el www.tractivecareatna.com para preguntas sobre beneficios o para solicitar una copia de este formulario. Si no comprende bien alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Usted podrá ver el Glosario en el www.HealthReformPlanSBC.com o llamando al 1-800-370-4526 para preguntas relacionadas con el Glosario.



Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que Cubre y Cuesta este Plan

Cobertura: Individual y Familiar | Tipo de Plan: EPO

| Situación Médica Común | Servicios que Podría Necesitar | Lo que le Costará a Usted si Utiliza un Proveedor Dentro de la Red | Lo que le Costará a Usted si Utiliza un Proveedor Fuera de la Red | Límites y Excepciones |
|--|---|--|---|---|
| Si lo hospitalizan | Honorarios del hospital (por ejemplo, la habitación en el hospital) | 20% coseguro después de \$150 copago por día | No se cubre | \$750 copago máximo por persona y hospitalización. |
| | Honorarios del médico /cirujano | 20% coseguro | No se cubre | ———— Ninguno ————— |
| Si necesita asistencia médica para la salud mental, del comportamiento o drogadicción | Servicios ambulatorios para la salud mental /del comportamiento | \$60 copago /visita | No se cubre | Se requiere de autorización previa para la asistencia médica. |
| | Servicios de paciente interno para la salud mental /del comportamiento | 20% coseguro después de \$150 copago por día | No se cubre | \$750 copago máximo por persona y por hospitalización. |
| | Servicios ambulatorios para trastornos relacionados con el uso de sustancias | \$60 copago /visita | No se cubre | Se requiere de autorización previa para la asistencia médica. |
| | Servicios de paciente interno para trastornos relacionados con el uso de sustancias | 20% coseguro después de \$150 copago por día | No se cubre | \$750 copago máximo por persona y por hospitalización. |
| Si está embarazada | Cuidado prenatal y posnatal | No se cobra | No se cubre | ———— Ninguno ————— |
| | Parto y todos los servicios para pacientes hospitalizadas | 20% coseguro después de \$150 copago por día | No se cubre | \$750 copago máximo por persona y por hospitalización. Incluye el cuidado ambulatorio posnatal. |
| Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades médicas especiales | Asistencia médica a domicilio | 20% coseguro | No se cubre | La cobertura se limita a 60 visitas por año del plan. |
| | Servicios de rehabilitación | 20% coseguro, excepto \$60 copago /visita si la realiza un médico | No se cubre | ———— Ninguno ————— |

Preguntas: Llame al 1-800-222-9205 o visítenos en el www.trselectivecare.aetna.com para preguntas sobre beneficios o para solicitar una copia de este formulario. Si no comprende bien alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Usted podrá ver el Glosario en el www.HealthReformPlanSBC.com o llamando al 1-800-370-4526 para preguntas relacionadas con el Glosario.

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que Cubre y Cuesta este Plan

Cobertura: Individual y Familiar | **Tipo de Plan:** EPO

| Situación Médica Común | Servicios que Podría Necesitar | Lo que le Costará a Usted si Utiliza un Proveedor Dentro de la Red | Lo que le Costará a Usted si Utiliza un Proveedor Fuera de la Red | Límites y Excepciones |
|--|--|--|---|--|
| Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades médicas especiales (Cont.) | Servicios de habilitación | \$60 copago /visita | No se cubre | La cobertura se limita al tratamiento del Autismo. |
| | Asistencia médica ofrecida por Centros de Rehabilitación (<i>Skilled Nursing Care</i>) | 20% coseguro | No se cubre | La cobertura se limita a 25 días por año del plan. |
| | Equipo médico duradero | 20% coseguro | No se cubre | ———— Ninguno ———— |
| | Servicio de hospicio | 20% coseguro | No se cubre | ———— Ninguno ———— |
| Si su hijo necesita asistencia dental u oftalmológica | Examen de la vista | \$60 copago /visita | No se cubre | La cobertura se limita a 1 examen de rutina de la vista por año calendario. Realizado por un oftalmólogo o especialista en optometría, utilizando instrumentos calibrados. |
| | Anteojos | No se cubre | No se cubre | No se cubre |
| | Examen médico dental | No se cubre | No se cubre | No se cubre |

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

| | |
|---|--|
| <p>Los Servicios que NO Cubre su Plan (Esta no es una lista completa. Revise su póliza de seguro o documento del plan para más información sobre otros <u>servicios excluidos</u>.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acupuntura ▪ Cirugía bariátrica ▪ Cirugía cosmética ▪ Cuidado dental (para Adultos y Niños) ▪ Anteojos (para Niños) ▪ Asistencia médica a largo plazo ▪ Asistencia médica que no sea de emergencia para viajes al exterior (fuera de los Estados Unidos) ▪ Servicios privados de enfermería ▪ Cuidado podiátrico de rutina ▪ Programas para perder de peso | |
| <p>Otros Servicios Cubiertos (Esta no es una lista completa. Revise su póliza de seguro o documento del plan para más información sobre otros servicios cubiertos y sus costos para estos servicios.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidado quiropráctico: La cobertura se limita a 35 visitas por año del plan. ▪ Dispositivos para la audición: La cobertura se limita a un máximo de \$1,000 por 36 meses. ▪ Tratamiento para la Infertilidad: La cobertura se limita al diagnóstico y tratamiento de la condición médica subyacente. ▪ Examen de rutina de la vista (para adultos): La cobertura se limita a 1 examen de rutina por año calendario. | |

Preguntas: Llame al 1-800-222-9205 o visítenos en el www.trselectivecare.aetna.com para preguntas sobre beneficios o para solicitar una copia de este formulario. Si no comprende bien alguno de los términos subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Usted podrá ver el Glosario en el www.HealthReformPlanSBC.com o llamando al 1-800-370-4526 para preguntas relacionadas con el Glosario.

Sus Derechos de Recibir Continuidad de la Cobertura:

Si usted pierde cobertura bajo el plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales podrían proporcionar protecciones que le permitan mantener la cobertura médica. Tales derechos podrían limitarse en cuanto a su duración y requerirán que usted pague una **prima**, la cual podría ser significativamente más elevada que la **prima** que usted paga estando cubierto bajo el plan. Podrían aplicar además otras limitaciones a sus derechos a recibir continuidad de la cobertura.

Para más información sobre sus derechos a recibir continuidad de la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-222-9205. Usted podría también comunicarse con el departamento de seguros de su estado (*state insurance department*), departamento del trabajo (*U.S. Department of Labor*), administración de la seguridad de beneficios del empleado (*Employee Benefits Security Administration*) al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa o bien con el departamento de sanidad y servicios humanos (*U.S. Department of Health and Human Services*) al 1-877-267-2323, extensión 61565 o en el www.cciio.cms.gov.

Sus Derechos de Apelación y Presentación de Quejas:

Si tiene alguna queja o si se siente insatisfecho por una denegación de cobertura para reclamaciones bajo su plan, usted podría presentar una apelación o queja. Para preguntas relacionadas con sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, usted puede comunicarse con nosotros, llamando gratis al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación médica. Si su plan médico de grupo está sujeto a ERISA, usted puede comunicarse además con The Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3272 (EBSA) o en el www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Además, el programa de asistencia al consumidor podría ayudarlo a presentar una **apelación**. Puede comunicarse con ellos en el <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

¿Proporciona esta la Cobertura Esencial Mínima?

La ley de Asistencia Médica Asequible (*Affordable Care Act*) exige que la mayoría de las personas cuenten con una cobertura médica elegible como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza de seguro proporciona cobertura esencial mínima.**

¿Cumple esta Cobertura con la Norma de Valor Mínimo?

La ley de asistencia asequible establece una norma de valor mínimo de beneficios para el plan médico. La norma de valor mínimo 60% (valor actuarial). **Esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo para los beneficios que proporciona.**

Servicios de Acceso a Otros Idiomas:

Para recibir ayuda en español, llame al 1-800-222-9205.

Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-222-9205.

如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-222-9205.

Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-800-222-9205.

-----Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos para una situación médica, pase a la próxima página.-----

Ejemplos de Estas Coberturas:

Estos ejemplos muestran cómo este plan podría cubrir la asistencia médica en una situación dada. Utilice estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera podría obtener el paciente si estuviera cubierto bajo diferentes planes.



Este no es un calculador de costos.

No utilice estos ejemplos para calcular sus costos reales bajo este plan. La asistencia médica que reciba en realidad será diferente a estos ejemplos y también lo será el costo de la misma.

Pase a la próxima página para información importante sobre estos ejemplos.

Para Tener un Bebé (Parto normal)

- Cantidad que debe a los proveedores: \$7,540
- El plan paga: \$3,960
- El paciente paga: \$3,580

Ejemplos del costo de asistencia médica:

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| Cargos del hospital (madre) | \$2,700 |
| Asistencia obstétrica de rutina | \$2,100 |
| Cargos del hospital (bebé) | \$900 |
| Anestesia | \$900 |
| Análisis de laboratorio | \$500 |
| Recetas médicas | \$200 |
| Radiología | \$200 |
| Vacunas, otras formas de prevención | \$40 |
| Total | \$7,540 |

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,100 |
| Copagos | \$340 |
| Coseguro | \$940 |
| Límites o exclusiones | \$200 |
| Total | \$3,580 |

Para Controlar la Diabetes Tipo 2 (Mantenimiento de rutina de la enfermedad bien controlada)

- Cantidad que debe a los proveedores: \$5,400
- El plan paga: \$2,820
- El paciente paga: \$2,580

Ejemplos del costo de asistencia médica:

| | |
|--|----------------|
| Recetas médicas | \$2,900 |
| Equipo y suministros médicos | \$1,300 |
| Visitas al consultorio, procedimientos | \$700 |
| Educación | \$300 |
| Análisis de laboratorio | \$100 |
| Vacunas, otras formas de prevención | \$100 |
| Total | \$5,400 |

El paciente paga:

| | |
|-----------------------|----------------|
| Deducibles | \$1,400 |
| Copagos | \$900 |
| Coseguro | \$200 |
| Límites o exclusiones | \$80 |
| Total | \$2,580 |

Preguntas y Respuestas sobre los Ejemplos de Cobertura:

¿Cuáles son algunas de las suposiciones que yacen detrás de los Ejemplos de Cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los costos de asistencia se basan en los promedios nacionales suministrados por The U.S. Department of Health and Human Services y no se refieren a un área geográfica o plan médico en particular.
- La enfermedad del paciente no era una condición preexistente ni estaba excluida.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y terminaron dentro del mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto bajo este plan.
- Los gastos de desembolso personal se basan solamente en el tratamiento de la enfermedad mencionada en el ejemplo.
- El paciente recibió toda la asistencia médica a través de **proveedores** pertenecientes a la red. Si el paciente hubiera recibido la asistencia a través de **proveedores** no pertenecientes a la red, los costos habrían sido mayores.

¿Qué muestra el Ejemplo de Cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el Ejemplo de Cobertura lo ayuda a ver cómo los **deducibles**, **copagos** y **coseguros** pueden acumularse. También lo ayuda a ver cuáles gastos podrían quedar para que usted los pague porque el servicio o tratamiento no esté cubierto o porque esté limitado el pago.

¿Predice el Ejemplo de Cobertura mis propias necesidades de asistencia médica?

* **No.** Los tratamientos que se muestran son sólo ejemplos. La asistencia médica que usted recibiría para esta enfermedad podría ser diferente, basada en el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su enfermedad y muchos otros factores.

¿Predice el Ejemplo de Cobertura mis gastos futuros?

* **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son calculadores de costo. Usted no puede utilizarlos para calcular los costos de una enfermedad real. Los mismos son para fines de comparación solamente. Los costos suyos serán diferentes, dependiendo de la asistencia médica que reciba, los precios que le cobren los **proveedores** y el reembolso que le permita obtener su plan médico.

¿Puedo utilizar los Ejemplos de Cobertura para comparar los planes?

✓ **Sí.** Cuando vea el Resumen de Beneficios y Cobertura para los otros planes, usted encontrará los mismos Ejemplos de Cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en la porción “El Paciente Paga” de cada ejemplo. Mientras menor sea el número, mayor será la cobertura que proporcione el plan.

¿Existen otros costos que debería yo considerar al comparar los planes?

✓ **Sí.** Un costo importante es la **prima** que usted paga. Por lo general, mientras menor sea la **prima**, mayores serán los costos de desembolso personal, tales como **copagos**, **deducibles** y **coseguros**. Usted debería considerar también las contribuciones, tales como las realizadas a las cuentas de ahorros médicos (*health savings accounts* o HSA por sus siglas en inglés), arreglos de gastos flexibles (*flexible spending arrangements* o FSA) o a las cuentas de reembolso médico (*health reimbursement accounts* o HRA), las cuales lo ayudan a cubrir sus gastos de desembolso personal.