



**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.trselectivecare.com](http://www.trselectivecare.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: <b>\$1,200</b> por persona / <b>\$3,600</b> por familia. No se aplica a las visitas al consultorio médico, medicinas recetadas, ni al cuidado preventivo dentro de la red.	Usted deberá pagar todos los costos hasta cubrir la cantidad del <b>deducible</b> 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 <b>deducible</b> (por lo general, aunque no siempre, el 1º 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 <b>deducible</b> .
¿Existen otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	Sí. <b>\$200</b> para gastos de medicinas recetadas. No se aplica a los medicamentos genéricos. No hay otros <b>deducibles</b> específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta por la cantidad del <b>deducible</b> específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Existe un <b>límite de desembolso personal</b> para mis gastos?	Sí. Dentro de la Red: <b>\$6,850</b> por persona / <b>\$13,700</b> por familia.	El <b>límite de desembolso personal</b> 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 <b>límite de desembolso personal</b> ?	Primas, cargos por saldos de cuentas facturados, sanciones por no haber obtenido autorización previa para un servicio y gastos de asistencia médica no cubiertos por este plan.	Aun cuando usted los pague, estos gastos no cuentan contra el <b>límite de desembolso personal</b> .
¿Existe un límite anual general en cuanto a lo que paga el plan?	No.	La gráfica que comienza en la página 2 describe cualquier 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 <b>red de proveedores</b> ?	Sí. Para una lista de <b>proveedores</b> pertenecientes a la red, visite <a href="http://www.trselectivecare.com">www.trselectivecare.com</a> o llame al 1-800-222-9205.	Si usted utiliza un doctor u otro <b>proveedor</b> médico perteneciente a la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Esté consciente de que su médico u hospital perteneciente a la red podría utilizar un <b>proveedor</b> no perteneciente a la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término perteneciente a la red, <b>preferido</b> o participante para referirse a los <b>proveedores pertenecientes a su red</b> . Consulte la gráfica que comienza en la página 2 para aprender sobre cómo este plan les paga a los diferentes tipos de <b>proveedores</b> .
¿Necesito remisión médica para ver a un <b>especialista</b> ?	No.	Usted puede ver al <b>especialista</b> que seleccione sin la 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 <b>servicios excluidos</b> .

- **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 recomendarle que utilice **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 por visita, excepto un 20% de coseguro para la cirugía efectuada 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 por visita, excepto un 20% de coseguro para la cirugía efectuada en el consultorio médico	No se cubre	———— Ninguno ————
	Visita al consultorio de otro profesional médico especializado	\$60 copago por visita	No se cubre	La cobertura se limita a 35 visitas por año del plan para asistencia quiropráctica.
	Cuidado preventivo / exámenes médicos /inmunización	No se cobra, excepto por \$60 copago por visita para el examen de la 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. La excepción es que no se cobra por el 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 copago por visita	No se cubre	Podría requerirse autorización previa.

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><b>Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o padecimiento, la cobertura para <u>medicinas recetadas</u> la administra CVS/Caremark</b></p> <p><b>La cobertura para <u>medicinas recetadas</u> está disponible en <a href="http://www.cvscaremark.com">www.cvscaremark.com</a></b></p>	Medicamentos genéricos	Copago/medicina recetada: \$20 (Primer abastecimiento en farmacia regular), \$35 (Reabastecimiento [ <i>refill</i> ] en farmacia regular), \$45 copago (orden por correo o en una farmacia Retail <i>Plus</i> )	Copago/medicina recetada: \$20 (Primer abastecimiento en farmacia regular), \$35 (Reabastecimiento [ <i>refill</i> ] en farmacia regular), \$45 copago (orden por correo o en una farmacia Retail- <i>Plus</i> )	<p>Cubre un suministro máximo de 31 días (en una farmacia regular), un suministro de hasta 90 días (orden por correo o abastecimiento en una farmacia Retail <i>Plus</i>). Incluye medicamentos anticonceptivos y dispositivos que pueden obtenerse en una farmacia. No se cobrará por los anticonceptivos genéricos de formulario aprobados por la FDA para uso de pacientes del sexo femenino dentro de la red. Requiere de certificación previa y terapia escalonada. 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 es la cantidad permitida por lo que habría cobrado una farmacia perteneciente a la red menos el copago después de haberse satisfecho el deducible del medicamento.</p> <p>Todos los medicamentos de especialidad deberán adquirirse en una Farmacia de Especialidad. No se cubren los adquiridos en una farmacia regular.</p>
	Medicamentos de marca preferida	Copago/medicina recetada: \$40 (Primer abastecimiento en farmacia regular), \$60 (Reabastecimiento [ <i>refill</i> ] en farmacia regular), \$105 copago (orden por correo o en una farmacia Retail <i>Plus</i> )	Copago/medicina recetada: \$40 (Primer abastecimiento en farmacia regular), \$60 (Reabastecimiento [ <i>refill</i> ] en farmacia regular), \$105 copago (orden por correo o en una farmacia Retail- <i>Plus</i> )	
	Medicamentos de marca no preferida	50% de coseguro (en Farmacias Regulares y a través del servicio de Órdenes por Correo o en una farmacia Retail- <i>Plus</i> )	50% de coseguro (en Farmacias Regulares y a través del servicio de Órdenes por Correo o en una farmacia Retail- <i>Plus</i> )	
	Medicamentos de especialidad	20% coseguro	No se cubre	
<p><b>Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio</b></p>	Honorario de la instalación médica (por ejemplo, el centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro después del copago de \$150 por visita	No se cubre	———— Ninguno ————
	Honorarios del médico /cirujano	20% coseguro	No se cubre	———— Ninguno ————
<p><b>Si necesita asistencia médica inmediata</b></p>	Servicios de la sala de emergencia	20% coseguro después del copago de \$150 por visita	20% coseguro después del copago de \$150 por visita	———— Ninguno ————
	Traslado médico de emergencia	20% coseguro	20% coseguro	———— Ninguno ————
	Cuidado urgente	\$50 copago por visita	No se cubre	———— Ninguno ————

**Preguntas:** Llame al 1-800-222-9205 o visítenos en el [www.trselectivecare.com](http://www.trselectivecare.com). Si no comprende alguno de los términos que aparecen subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Usted podrá ver el Glosario en el [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com) o llamando al 1-800-222-9205 para solicitar una copia.



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 (se requiere autorización previa)	Honorarios de la instalación médica (por ejemplo, la habitación de hospital)	20% coseguro después de un copago de \$150 por día	No se cubre	\$750 copago máximo por persona y hospitalización, \$2,250 copago máximo por persona y año del plan.
	Honorarios del médico /cirujano	20% coseguro	No se cubre	———— Ninguno ————
Si necesita asistencia médica para la salud mental, del comportamiento o drogadicción (se requiere de autorización previa)	Servicios ambulatorios para la salud mental o comportamiento	\$60 copago por visita	No se cubre	Requiere de autorización previa.
	Servicios de paciente interno para la salud mental o comportamiento	20% coseguro después de \$150 de copago por día	No se cubre	\$750 copago máximo por persona y hospitalización, \$2,250 copago máximo por persona y por año del plan.
	Servicios ambulatorios para trastornos relacionados con la drogadicción	\$60 copago por visita	No se cubre	Requiere de autorización previa.
	Servicios de paciente interno para trastornos relacionados con la drogadicción	20% coseguro después de \$150 de copago por día	No se cubre	\$750 copago máximo por persona y hospitalización, \$2,250 copago máximo por persona y año del plan.
Si está embarazada	Cuidado prenatal y posnatal	No se cobra	No se cubre	———— Ninguno ————
	Parto y todos los servicios para pacientes internas	20% coseguro después de \$150 de copago por día	No se cubre	\$750 copago máximo por persona y hospitalización, \$2,250 copago máximo por persona y por año del plan.
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades médicas especiales (se requiere autorización previa)	Asistencia médica a domicilio	20% coseguro	No se cubre	La cobertura se limita a 60 visitas por año del plan.
	Servicios de rehabilitación	\$60 copago por visita	No se cubre	———— Ninguno ————

**Preguntas:** Llame al 1-800-222-9205 o visítenos en el [www.trselectivecareetna.com](http://www.trselectivecareetna.com). Si no comprende alguno de los términos que aparecen subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Usted podrá ver el Glosario en el [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com) o llamando al 1-800-222-9205 para solicitar una copia.



**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
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades médicas especiales (se requiere autorización previa) (Cont.)</b>	Servicios de habilitación	\$60 copago por visita	No se cubre	La cobertura se limita al tratamiento del autismo.
	Centro de rehabilitación	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 para Convalecientes (Hospice)	20% coseguro	No se cubre	———— Ninguno ————
<b>Si su hijo necesita asistencia dental u oftalmológica</b>	Examen de la vista	\$60 copago por visita	No se cubre	La cobertura se limita a 1 examen de rutina de la vista por año del plan. Realizado por un oftalmólogo u optometrista, 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:**

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

**Preguntas:** Llame al 1-800-222-9205 o visítenos en el [www.trselectivecareetna.com](http://www.trselectivecareetna.com). Si no comprende alguno de los términos que aparecen subrayados en este formulario, consulte el Glosario. Usted podrá ver el Glosario en el [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com) o llamando al 1-800-222-9205 para solicitar una copia.

## Sus Derechos de Recibir Continuidad de la Cobertura:

Si 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 bajo el plan. Podrían aplicarse 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](http://www.dol.gov/ebsa) o bien con el departamento de salud 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](http://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, puede comunicarse con nosotros, llamando gratis al número de teléfono que aparece en su tarjeta médica de identificación. Si su plan de seguro médico de grupo está sujeto a ERISA, usted puede comunicarse además con El Departamento de Administración de Seguridad de Beneficios Laborales del Empleado, (The Department of Labor's Employee Benefits Security Administration, EBSA por sus siglas en inglés) al 1-866-444-3272 o en el [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://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 asequible (*Affordable Care Act*) exige que la mayoría de las personas posean una cobertura médica elegible como “cobertura esencial mínima”. Este plan o póliza de seguro **proporciona** cobertura esencial mínima.

## ¿Proporciona esta Cobertura 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, kwijigo 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 en este ejemplo 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
<b>Total</b>	<b>\$7,540</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$2,100
Copagos	\$340
Coseguro	\$940
Límites o exclusiones	\$200
<b>Total</b>	<b>\$3,580</b>

### Para Controlar la Diabetes Tipo 2

(Mantenimiento de rutina para una condición bien controlada)

- Cantidad que debe a los proveedores: **\$5,400**
- El plan paga: **\$3,020**
- El paciente paga: **\$2,380**

#### Ejemplos del costo de asistencia médica:

Recetas médicas	\$2,900
Equipo y suministros médicos	\$1,300
Visitas al consultorio, procedimientos	\$700
Información educativa	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas, otras formas de prevención	\$100
<b>Total</b>	<b>\$5,400</b>

#### El paciente paga:

Deducibles	\$1,200
Copagos	900
Coseguro	\$200
Límites o exclusiones	\$80
<b>Total</b>	<b>\$2,380</b>

## 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 **primas**.
- Los ejemplos de 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 o 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 del ejemplo.
- El paciente recibió toda la asistencia médica a través de **proveedores** pertenecientes a la red. Si el paciente hubiera recibido asistencia a través de **proveedores** no pertenecientes a la red, los costos habrían sido mayores.

### ¿Qué es lo que muestra el Ejemplo de Cobertura?

En cada situación de tratamiento, el Ejemplo de Cobertura lo ayuda a ver cómo pueden acumularse los **deducibles**, **copagos** y **coseguros**. También lo ayuda a ver cuáles gastos tendría usted que pagar, ya sea porque el servicio o tratamiento no esté cubierto o porque se limite el pago.

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

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

### ¿Es el Ejemplo de Cobertura una predicción de lo que serán mis gastos futuros?

- \* **No.** Los ejemplos de cobertura no son calculadoras de costo. Usted no puede utilizarlos para calcular los costos de una enfermedad real. Se usan para fines de comparación solamente. Los costos suyos serán diferentes, dependiendo de la asistencia médica que reciba, los precios que le cobren sus 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 más pequeño 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**, más elevados 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.