



El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información relacionada con el costo de este [plan](#) (denominado la [prima](#)) se proporcionará por separado.

Esto es solamente un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.apehp.com o llame al 1-888-670-8135. Para consultar las definiciones generales de términos comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otro término subrayado consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o llame al 1-888-670-8135 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|--|---|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | Dentro de la red: \$3,000 por persona/\$6,000 por grupo familiar | Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de su familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible hasta que el monto total de gastos del deducible pagado por todos los miembros de la familia alcance el deducible general del grupo familiar. |
| ¿Están cubiertos estos servicios antes de que alcance su deducible ? | Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de que alcance su deducible . | Este plan cubre algunos productos y servicios incluso si todavía no alcanzó el monto del deducible . Sin embargo, se puede aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Existen otros deducibles por servicios específicos? | No | No es necesario que alcance los deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ? | Para proveedores dentro de la red : \$6,000 por persona/\$12,000 por grupo familiar | El límite de desembolso es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este plan , estos deben alcanzar su propio límite de desembolso hasta que se haya alcanzado el límite de desembolso general del grupo familiar. |
| ¿Qué conceptos no están incluidos en el límite de desembolso ? | Las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso . |
| ¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ? | Sí. Visite www.qualcareinc.com/FindADoctor/FindADoctor_QCGeneric.aspx o llame al 1-888-670-8135 para obtener una lista de los proveedores de la red . Fuera de NJ, visite www.sarhpcdir.cigna.com/mcoap o llame al 1-888-670-8135. | Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan. Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |

| | | |
|---|----|--|
| ¿Necesita una referencia para consultar a un especialista ? | No | Puede consultar al especialista que usted elija sin una referencia . |
|---|----|--|



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se refieren a después de que alcanza su [deducible](#) si se aplica un [deducible](#).

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|--|
| | | Proveedor de la red (Pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Pagará más) | |
| Si visita la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Copago de \$30/visita al consultorio | Sin cobertura | Ninguna |
| | Visita a un especialista | Copago de \$50/visita | Sin cobertura | Ninguna |
| | Atención preventiva/exámenes de detección/ inmunizaciones | Sin cargo | Sin cobertura | Es posible que deba pagar los servicios que no sean preventivos . Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará. |
| Si se realiza una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | Coseguro del 20 % | Sin cobertura | Ninguna |
| | Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI) | Coseguro del 20 % | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la cantidad permitida del servicio. |

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|------------------------------------|--|--|---|
| | | Proveedor de la red (Pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Pagará más) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos que requieren receta médica , visite www.Express-Scripts.com and www.apehp.com/forms-documents | Medicamentos genéricos | RX1: copago de \$6/receta (farmacia minorista), copago de \$15/receta (pedido por correo) RX2: copago de \$20/receta (farmacia minorista), copago de \$50/receta (pedido por correo) RX3: copago de \$15/receta (farmacia minorista), copago de \$37.50/receta (pedido por correo) RX6: sin cobertura | Sin cobertura | Se cubre un suministro para 30 días como máximo (receta en farmacia minorista); suministro para 90 días (receta de pedido por correo); asignación de renovación en farmacia minorista; se puede aplicar tratamiento escalonado o administración según lo especificado. |
| | Medicamentos de marca preferida | RX1: copago de \$25/receta (farmacia minorista), copago de \$62.50/receta (pedido por correo) RX2: copago de \$40/receta (farmacia minorista), copago de \$100/receta (pedido por correo) RX3: coseguro del 50 %/receta (farmacia minorista y pedido por correo) RX6: sin cobertura | Sin cobertura | Se cubre un suministro para 30 días como máximo (receta en farmacia minorista); suministro para 90 días (receta de pedido por correo); asignación de renovación en farmacia minorista; se puede aplicar tratamiento escalonado o administración según lo especificado. RX3: (farmacia minorista) el mínimo para un suministro para 30 días es de \$25; el máximo es de \$500. (Pedido por correo) el mínimo para un suministro para 90 días es de \$62.50; el máximo es de \$1,250. Se aplica a medicamentos preferidos, no preferidos y medicamentos de especialidad . |
| | Medicamentos de marca no preferida | RX1: copago de \$40/receta (farmacia minorista), copago de \$100/receta (pedido por correo) RX2: copago de \$70/receta (farmacia minorista), copago de \$175/receta (pedido por correo) RX3: coseguro del 50 %/receta (farmacia minorista y pedido por correo) RX6: sin cobertura | Sin cobertura | Se cubre un suministro para 30 días como máximo (receta en farmacia minorista); suministro para 90 días (receta de pedido por correo); asignación de renovación en farmacia minorista; se puede aplicar tratamiento escalonado o administración según lo especificado. RX3: (farmacia minorista) el mínimo para un suministro para 30 días es de \$25; el máximo es de \$500. (Pedido por correo) el mínimo para un suministro para 90 días es de \$62.50; el máximo es de \$1,250. Se aplica a medicamentos preferidos, no preferidos y medicamentos de especialidad . |
| | Medicamentos de | RX1: copago de \$25 - \$40/receta | Sin cobertura | Se cubre un suministro para 30 días como máximo |

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|---|
| | | Proveedor de la red (Pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Pagará más) | |
| | especialidad | (farmacia minorista), copago de \$62.50 - \$100/receta (pedido por correo) RX2: copago de \$40 - \$70/receta (farmacia minorista), copago de \$100 - \$175/receta (pedido por correo) RX3: coseguro del 50 %/receta (farmacia minorista y pedido por correo) RX6: sin cobertura | | (receta en farmacia minorista); suministro para 90 días (receta de pedido por correo); asignación de renovación en farmacia minorista; se puede aplicar tratamiento escalonado o administración según lo especificado. RX3: (farmacia minorista) el mínimo para un suministro para 30 días es de \$25; el máximo es de \$500. (Pedido por correo) el mínimo para un suministro para 90 días es de \$62.50; el máximo es de \$1,250. Se aplica a medicamentos preferidos, no preferidos y medicamentos de especialidad . |
| Si se realiza una cirugía para pacientes en consulta externa | Tarifa de las instalaciones (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio) | Coseguro del 20 % | Sin cobertura | Es posible que se requiera autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la cantidad permitida del servicio. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Coseguro del 20 % | Sin cobertura | Ninguna |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | Copago de \$100/visita | Copago de \$100/visita | Ninguna |
| | Transporte médico de emergencia | Coseguro del 20 % | Coseguro del 20 % | Ninguna |
| | Atención de urgencia | Copago de \$50/visita | Copago de \$50/visita | Ninguna |
| Si necesita una estadía en el hospital | Tarifa de las instalaciones (p. ej., habitación del hospital) | Copago de \$500/admisión | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la cantidad permitida del servicio. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Coseguro del 20 % | Sin cobertura | Ninguna |

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|---|--|---|
| | | Proveedor de la red (Pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Pagará más) | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o alcoholismo/farmacodependencia | Servicios para pacientes en consulta externa | Copago de \$50/visita al consultorio o centro independiente Coseguro del hospital del 20 % | Sin cobertura | Ninguna |
| | Servicios para pacientes internados | Copago de \$500/admisión | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la cantidad permitida del servicio. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Copago de \$30 (visita inicial únicamente); luego, sin cargo | Sin cobertura | El costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un coseguro . |
| | Parto/servicios profesionales para el parto | Coseguro del 20 % | Sin cobertura | Ninguna |
| | Parto/servicios en centros para el parto | Copago de \$500/admisión | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la cantidad permitida del servicio. |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | Atención médica en el hogar | Coseguro del 20 % | Sin cobertura | 60 visitas/año Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la cantidad permitida del servicio. |
| | Servicios de rehabilitación | Copago de \$50/visita al consultorio o centro independiente Coseguro del hospital del 20 % | Sin cobertura | 60 visitas/año combinadas. Se incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la cantidad permitida del servicio. |
| | Servicios de habilitación | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| | Atención de enfermería especializada | Coseguro del 20 % | Sin cobertura | 60 visitas/incidente Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la cantidad permitida del servicio. |
| | Equipo médico duradero | Coseguro del 20 % | Sin cobertura | No se incluyen modificaciones de vehículos, hogares, equipos de ejercicios. Es posible que se |

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que deberá pagar | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|------------------------------------|--|---|
| | | Proveedor de la red (Pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Pagará más) | |
| | | | | requiera autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la cantidad permitida del servicio. |
| | Servicios para enfermos terminales | Coseguro del 20 % | Sin cobertura | Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total del costo del servicio. |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cargo | Sin cobertura | La cobertura tiene un límite de un examen/año. |
| | Anteojos para niños | Coseguro del 50 % | Sin cobertura | La cobertura tiene un límite de un par de anteojos/año. |
| | Chequeo dental para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del [plan](#) para obtener más información y una lista completa de cualquier otro [servicio excluido](#)).

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de habilitación • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia durante un viaje fuera de EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de rutina de los pies • Programas para bajar de peso |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones para estos servicios. Esta lista no es una lista completa. Consulte los documentos de su [plan](#)).

| | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (en lugar de anestesia) • Cirugía bariátrica • Atención quiropráctica | <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos (niños) • Tratamiento para la infertilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermera privada • Atención de la vista de rutina (adultos) |
|--|--|---|

Su derecho a continuar la cobertura: existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura una vez que haya terminado. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, al número 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede tener otras opciones de cobertura disponibles para usted, que incluyen cobertura de seguro personal a través del [Mercado](#) de seguros de salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal o apelación: existen agencias que pueden ayudarlo si tiene algún reclamo contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la Explicación de beneficios que recibirá para ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también le proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier

motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o para obtener ayuda, comuníquese con: el plan al 1-888-670-8135 o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el Departamento de Banca y Seguros de New Jersey al 1-800-446-7467 o en www.state.nj.us/dobi/consumer.htm.

¿Este plan ofrece cobertura esencial mínima? Sí.

Si usted no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, deberá realizar un pago cuando presente la declaración de impuestos, a menos que califique para una exención al requisito que debe tener cobertura de salud durante ese mes.

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted puede cumplir con los requisitos para recibir [crédito fiscal por las primas](#) que lo ayude a pagar el [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de idioma:

Spanish (Español): para obtener asistencia en español, llame al 1-888-670-8135.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-670-8135.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-888-670-8135.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-670-8135.

—————*Para ver ejemplos del modo en que este plan podría cubrir los costos de una supuesta situación médica, consulte la siguiente sección.*—————

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de estimación de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención médica real que usted reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y [servicios excluidos](#) en este [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted debería pagar en distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura individual únicamente.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de atención médica prenatal y parto en el hospital dentro de la red)

- [Deducible general del plan](#) \$3,000
- [Copago del especialista](#) \$50
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Parto/servicios profesionales para el parto
 Parto/servicios en centros para el parto
 Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visitas al especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$13,211

En este ejemplo, Peg debería pagar:

| <i>Costo compartido</i> | |
|--|----------------|
| Deducibles | \$3,000 |
| Copagos | \$1094 |
| Coseguro | \$33 |
| <i>¿Qué es lo que no está cubierto?</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg debería pagar es | \$4,187 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina de una afección bien controlada dentro de la red)

- [Deducible general del plan](#) \$3,000
- [Copago del especialista](#) \$50
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos que requieren receta médica
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo \$7,389

En este ejemplo, Joe debería pagar:

| <i>Costo compartido</i> | |
|--|----------------|
| Deducibles* | \$3,000 |
| Copagos | \$851 |
| Coseguro | \$346 |
| <i>¿Qué es lo que no está cubierto?</i> | |
| Límites o exclusiones | \$55 |
| El total que Joe debería pagar es | \$4,252 |

Fractura simple de Mia

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

- [Deducible general del plan](#) \$3,000
- [Copago del especialista](#) \$50
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
 Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$1,934

En este ejemplo, Mia debería pagar:

| <i>Costo compartido</i> | |
|--|----------------|
| Deducibles* | \$1,133 |
| Copagos | \$350 |
| Coseguro | \$283 |
| <i>¿Qué es lo que no está cubierto?</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia debería pagar es | \$1,766 |