



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](http://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](http://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 <a href="#">deducible</a> general?	Para <a href="#">proveedores dentro de la red</a> : \$2,000 por persona/\$4,000 por grupo familiar	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si hay otros miembros de su familia en la póliza, se debe alcanzar el <a href="#">deducible</a> general del grupo familiar antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar.
¿Están cubiertos estos servicios antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> están cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios incluso si todavía no alcanzó el monto del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de los <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Existen otros <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos?	No	No es necesario que alcance los <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Para <a href="#">proveedores dentro de la red</a> : \$6,550 por persona/\$13,100 por grupo familiar	El <a href="#">límite de desembolso</a> es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este <a href="#">plan</a> , estos deben alcanzar su propio <a href="#">límite de desembolso</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de desembolso</a> general del grupo familiar.
¿Qué conceptos no están incluidos en el <a href="#">límite de desembolso</a> ?	Las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">facturación de saldos</a> y la atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de desembolso</a> .
¿Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.qualcareinc.com/FindADoctor/FindADoctor_QCGeneric.aspx">www.qualcareinc.com/FindADoctor/FindADoctor_QCGeneric.aspx</a> o llame al 1-888-670-8135 para obtener una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> . Fuera de NJ, visite <a href="http://www.sarhpcdir.cigna.com/mcoap">www.sarhpcdir.cigna.com/mcoap</a> o llame al 1-888-670-8135.	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red</a> del plan. Pagará más si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldos</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.

¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?	No	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">referencia</a> .
---	----	--



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)	
<b>Si visita la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<a href="#">Copago</a> de \$30/visita al consultorio	Sin cobertura	Ninguna
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita	Sin cobertura	Ninguna
	<a href="#">Atención preventiva/exámenes de detección/inmunizaciones</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar los servicios que no sean <a href="#">preventivos</a> . Consulte con su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
<b>Si se realiza una prueba</b>	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo del consultorio <a href="#">Copago</a> de \$200/visita al hospital o centro independiente	Sin cobertura	Ninguna
	Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	Sin cargo del consultorio <a href="#">Copago</a> de \$200/visita al hospital o centro independiente	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Para obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos que requieren receta médica</a> , visite <a href="#">www.Express-Scripts.com</a> and <a href="#">www.apehp.com/for-ms-documents</a>	Medicamentos genéricos	<b>RX4:</b> <a href="#">copago</a> de \$15/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$35/receta (pedido por correo) <b>RX5:</b> <a href="#">copago</a> de \$15/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$37.50/receta (pedido por correo)	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	<b>RX4:</b> <a href="#">copago</a> de \$35/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$82.50/receta (pedido por correo) <b>RX5:</b> <a href="#">coseguro</a> del 50 %/receta (farmacia minorista y pedido por correo)	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 no preferida	<b>RX4:</b> <a href="#">copago</a> de \$50/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$120/receta (pedido por correo) <b>RX5:</b> <a href="#">coseguro</a> del 50 %/receta (farmacia minorista y pedido por correo)	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.
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	<b>RX4:</b> <a href="#">copago</a> de \$35 - \$50/receta (farmacia minorista), <a href="#">copago</a> de \$82.50 -	Sin cobertura	Se cubre un suministro para 30 días como máximo (receta en farmacia minorista); suministro para 90

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)	
		\$120/receta (pedido por correo) <b>RX5:</b> <a href="#">coseguro</a> del 50 %/receta (farmacia minorista y pedido por correo)		días (receta de pedido por correo); asignación de renovación en farmacia minorista; se puede aplicar tratamiento escalonado o administración según lo especificado.
<b>Si se realiza una cirugía para pacientes en consulta externa</b>	Tarifa de las instalaciones (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	Sin cargo del centro quirúrgico ambulatorio independiente <a href="#">Copago</a> de \$200 del hospital	Sin cobertura	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	<a href="#">Copago</a> de \$100/visita	<a href="#">Copago</a> de \$100/visita	Ninguna
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita	Ninguna
<b>Si necesita una estadía en el hospital</b>	Tarifa de las instalaciones (p. ej., habitación del hospital)	<a href="#">Copago</a> de \$500/admisión	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o alcoholismo/farmacodependencia</b>	Servicios para pacientes en consulta externa	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita al consultorio <a href="#">Copago</a> de \$200/visita al hospital o centro independiente	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes internados	<a href="#">Copago</a> de \$500/admisión	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<a href="#">Copago</a> de \$30 (visita inicial únicamente); luego, sin cargo	Sin cobertura	El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <a href="#">coseguro</a> .
	Parto/servicios profesionales para el parto	Sin cargo	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)	
	Parto/servicios en centros para el parto	<a href="#">Copago</a> de \$500/admisión	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	Sin cargo	Sin cobertura	60 visitas/año Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	<a href="#">Copago</a> de \$50/visita al consultorio <a href="#">Copago</a> de \$500/visita al hospital Sin cargo del centro independiente	Sin cobertura	60 visitas/año combinadas. Se incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	<a href="#">Copago</a> de \$500/admisión	Sin cobertura	60 visitas/incidente Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargo	Sin cobertura	No se incluyen modificaciones de vehículos, hogares, equipos de ejercicios. Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
	<a href="#">Servicios para enfermos terminales</a>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podrían reducir los beneficios en un 50 %, hasta \$10,000 del total de la <a href="#">cantidad permitida</a> del servicio.
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura tiene un límite de un examen/año.
	Anteojos para niños	<a href="#">Coseguro</a> 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](#)).

- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)
- Servicios de habilitación
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante un viaje fuera de EE. UU.
- 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](#)).

- Acupuntura (en lugar de anestesia)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- audífonos (niño)
- Tratamiento para la infertilidad
- 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](http://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](http://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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo 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](http://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, kwijijigo 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](#) \$2,000
- [Copago del especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 0 %
- Otro [coseguro](#) 0 %

**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	\$176
Copagos	\$1,094
Coseguro	\$0
<i>¿Qué es lo que no está cubierto?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg debería pagar es</b>	<b>\$1,330</b>

**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](#) \$2,000
- [Copago del especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 0 %
- Otro [coseguro](#) 0 %

**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*	\$2,000
Copagos	\$851
Coseguro	\$0
<i>¿Qué es lo que no está cubierto?</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que Joe debería pagar es</b>	<b>\$2,906</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- [Deducible](#) general del [plan](#) \$2,000
- [Copago del especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 0 %
- Otro [coseguro](#) 0 %

**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*	\$1,416
Copagos	\$350
Coseguro	\$0
<i>¿Qué es lo que no está cubierto?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia debería pagar es</b>	<b>\$1,766</b>