

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, visite catholicbenefits.org. 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 el Glosario en bluecrossma.com/sbcglossary o llamar al 1-800-832-3871 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$4,000 miembro / \$8,000 familia en red; \$8,000 miembro / \$16,000 familia fuera de la red	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u>?	Sí. Atención prenatal y <u>preventiva</u> en la red.	Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en <u>gastos directos del bolsillo</u> de este plan?	\$7,000 miembro / \$14,000 familia en red; \$14,000 miembro / \$28,000 familia fuera de la red	El <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites a los gastos directos del bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no incluyen los <u>gastos directos del bolsillo</u>?	Las <u>primas</u> , los <u>cargos por facturación del saldo</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red médica</u>?	Sí. Vea bluecrossma.com/findadoctor o llame al número de Servicios al miembro que está en su tarjeta de identificación para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> tiene una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red del plan</u> . Usted pagará lo máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u>?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin 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 pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		En la red (Usted pagará lo mínimo)	Fuera de la red (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	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	El <u>deducible</u> se aplica primero
	<u>Visita un especialista</u>	20% de coseguro; 20% de coseguro por visita a quiropráctico; 20% de coseguro por visita de acupuntura	40% de coseguro; 40% de coseguro por visita a quiropráctico; 40% de coseguro por visita de acupuntura	El deducible se aplica primero; limitado a 18 visitas al quiropráctico por año de plan; limitado a 12 visitas de acupuntura por año de plan. Un costo compartido de telesalud podría ser aplicable
	<u>Atención preventiva / examen colectivo / vacuna</u>	Sin cargo	40% <u>de coseguro</u>	El deducible se aplica primero para fuera de la red basados en la edad; limitado a horario o frecuencia; un costo compartido de telesalud podría ser aplicable. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. A continuación, compruebe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	El <u>deducible</u> se aplica primero; una <u>autorización previa</u> puede ser necesaria
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	El <u>deducible</u> se aplica primero; una <u>autorización previa</u> puede ser necesaria
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición, puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta catholicbenefits.org/health en Cobertura de recetas medicas o llamando al 877-430-8633.	Medicamentos genéricos	20% <u>de coseguro</u>	No cubierto	Si el medicamento es preventivo, sin cargos. De lo contrario, el deducible se aplica primero.
	Medicamentos de marcas preferidas	20% <u>de coseguro</u>	No cubierto	Si el medicamento es preventivo, sin cargos. De lo contrario, el deducible se aplica primero.
	Medicamentos de marcas no preferidas	20% <u>de coseguro</u>	No cubierto	Si el medicamento es preventivo, sin cargos. De lo contrario, el deducible se aplica primero.
	<u>Medicamentos especializados</u>	20% de coseguro	No cubierto	Si el medicamento es preventivo, sin cargos. De lo contrario, el deducible se aplica primero.
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	El deducible se aplica primero; una <u>autorización previa</u> puede ser necesaria
	Honorarios del médico o cirujano	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	El deducible se aplica primero; una <u>autorización previa</u> puede ser necesaria

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		En la red (Usted pagará lo mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencia</u>	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	El deducible dentro de la red se aplica primero para la red y servicios fuera de la red
	<u>Transporte medico de emergencia</u>	Sin cargo	Sin cargo	El deducible dentro de la red se aplica primero para la red y servicios fuera de la red
	<u>Atención urgente</u>	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	El deducible se aplica primero; Un costo compartido de telesalud podría ser aplicable
Si tiene una hospitalización	Tarifa del hospital (por ejemplo, habitación del hospital)	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	El deducible se aplica primero; una <u>autorización previa</u> puede ser necesaria
	Honorarios del médico o cirujano	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	El deducible se aplica primero; una <u>autorización previa</u> puede ser necesaria
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	Fuera de la red se aplica primero el <u>deducible</u> ; se <u>requiere autorización previa</u> para ciertos servicios.
	Servicios de hospitalización	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	El deducible se aplica primero; una <u>autorización previa</u> puede ser necesaria
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo para atención prenatal; 20% de coseguro para la atención postparto	40% <u>de coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> a excepción de la atención prenatal dentro de la red; el <u>costo compartido</u> no se aplica para los <u>servicios preventivos</u> dentro de la red; la atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (por ej., ultrasonido), puede que aplique un costo compartido por el servicio <i>Telehealth</i> .
	Servicios de parto profesionales	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		En la red (Usted pagará lo mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se requiere <u>autorización previa</u>
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% <u>de coseguro</u> para servicios ambulatorios; 20% <u>de coseguro</u> por servicios para los servicios internos	40% <u>de coseguro</u> para servicios ambulatorios; 40% <u>de coseguro</u> por servicios para los servicios internos	El <u>deducible</u> se aplica primero; limitado a 60 visitas por año de plan (excepto para autismo, atención médica en el hogar y terapia; limitado a 100 días (combinado con hospitales de enfermedades crónicas y los centros de enfermeros especializados) por año del plan; podría ser aplicable un costo de salud telesalud; se requiere la <u>autorización previa</u> para ciertos servicios
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	El <u>deducible</u> se aplica primero; un costo compartido de telesalud podría ser aplicable
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	El <u>deducible</u> se aplica primero; limitado a 100 días (combinado con enfermedades crónicas y hospitales de rehabilitación) por año de plan; <u>autorización previa</u> necesaria
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% <u>de coseguro</u>	40% <u>de coseguro</u>	El <u>deducible</u> se aplica primero; los <u>costos compartidos</u> en la red no aplican para un sacaleches por nacimiento
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin cargo	20% <u>de coseguro</u>	El <u>deducible</u> se aplica primero; <u>autorización previa</u> necesaria para ciertos servicios
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	40% <u>de coseguro</u>	El <u>deducible</u> se aplica primero para fuera de la red; limitado a un examen por año de plan
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguno
	Chequeo dental pediátrico	Sin cargo para miembros con fisura palatina / labio leporino	40% <u>de coseguro</u> para miembros con fisura palatina / labio leporino	El <u>deducible</u> se aplica primero para fuera de la red; limitado a miembros menores de 18 años

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).

- Servicios de aborto y otros servicios que no concuerdan con las enseñanzas de la Iglesia Católica
- Anteojos para niños
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- Cirugía estética
- Servicios de enfermería privada
- Programas de pérdida de peso y medicamentos

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Acupuntura (12 visitas por año del plan)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico (18 visitas por año del plan)
- Audífonos (\$2,000 por cada oído cada 36 meses para miembros hasta los 21 años)
- Tratamiento de infertilidad (cobertura para diagnóstico y algún tratamiento según las pautas)
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención oftalmológica de rutina para adultos (un examen por año del plan)
- Cuidado de los pies de rutina (solo para pacientes con enfermedad circulatoria sistémica)

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en dol.gov/ebsa/healthreform y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o cciio.cms.gov. Su Departamento Estatal de Seguros también puede ayudarle. Si es un residente de Massachusetts, puede comunicarse con División de Seguros de Massachusetts al 1-877-563-4467 o en mass.gov/doi. 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 CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información acerca de la posible compra de la cobertura individual a través del intercambio estatal, puede comunicarse con el mercado de su estado, si corresponde. Si es un residente de Massachusetts, comuníquese con el Conector de Salud de Massachusetts al visitar mahealthconnector.org. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura de su empleador, comuníquese con el patrocinador del plan. (El patrocinador del plan es generalmente el empleador del miembro o la organización que brinda cobertura médica grupal al miembro).

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 obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o asistencia, llame al 1-800-832-3871 o contáctese con el patrocinador de su plan. (El patrocinador del plan es generalmente el empleador del miembro o la organización que brinda cobertura médica grupal al miembro).

¿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.

Aviso de exención: este documento contiene solo una descripción parcial de los beneficios, las limitaciones, exclusiones y otras disposiciones de este plan de atención médica. No es una póliza. Es una visión general solamente. No brinda todos los detalles de la cobertura, incluidos los beneficios, las exclusiones y limitaciones de la póliza. En caso de que haya discrepancias entre este documento y la póliza, regirán los términos y condiciones de la póliza.

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 otros factores. Enfóquese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos 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	\$4,000
■ Coseguro de arancel por parto	20%
■ Coseguro de cargo de instalaciones	20%
■ Copago de pruebas de diagnóstico	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
<u>Deducibles</u>	\$4,000
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,400
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$5,460

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	\$4,000
■ Copago por visita al especialista	20%
■ Copago por consulta con el médico principal	20%
■ Copago de pruebas de diagnóstico	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta
 Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total hipotético	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
<u>Deducibles</u>	\$4,000
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$4,320

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$4,000
■ Copago por visita al especialista	20%
■ Copago de la sala de emergencia	20%
■ Copago de servicios de ambulancia	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencia (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
<u>Deducibles</u>	\$2,800
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,800