



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se brindará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711). Para las definiciones de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otro término [subrayado](#), consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.metroplus.org o llamar al 1-800-303-9626 (TTY: 711) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué esto es importante: |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el total deducible ? | \$1,875 individual o \$3,750 familiar | Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto deducible antes de que este plan empiece a pagar. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ? | Sí. Sus 3 primeras visitas a un proveedor de atención primaria, por trastornos por consumo de sustancias o de salud mental como paciente ambulatorio o cualquier combinación de tales visitas están cubiertas antes de que usted alcance su deducible. | Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no ha alcanzado el monto deducible. Pero es posible que se aplique un copago o coseguro. |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | No tiene que alcanzar el deducible para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de desembolso personal para este plan ? | \$8,500 individual o \$17,000 familiar | El límite de desembolso personal es el monto máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este plan, se debe alcanzar el límite de desembolso general familiar. |
| ¿Qué conceptos no están incluidos en el límite de desembolso personal ? | Primas, cargos por facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, ellos no se contabilizan para su límite de desembolso personal. |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ? | Sí. Visite www.metroplus.org/member-services/provider-directories o llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711) para obtener una lista de los proveedores de la red. | Este plan usa una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Usted pagará más si usa un proveedor fuera de la red, y usted podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (tal como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir estos servicios. |
| ¿Necesita una remisión para ver a un especialista ? | Sí. | El plan pagará la totalidad o parte de los costos para ver a un especialista por los servicios cubiertos, pero únicamente si usted cuenta con una remisión antes de ver al especialista. |



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguro](#) que aparecen en este cuadro son después de que ha alcanzado su [deducible](#), si el [deducible](#) aplica.

| Evento médico común | Servicios que usted puede necesitar | Qué pagará usted | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si usted visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica | Visita al médico de atención primaria por una lesión o enfermedad | \$35 por visita (las 3 primeras visitas al PCP, al centro de atención de salud mental ambulatorio o para servicios por el consumo de sustancias como paciente ambulatorio no están sujetas al Deducible) Después de 3 visitas, \$35 por visita después del deducible | Sin cobertura | |
| | Visita a un especialista | \$55 por visita después del deducible | Sin cobertura | |
| | Atención preventiva/examen de detección/ Vacunas | Cobertura completa | Sin cobertura | Es posible que deba pagar por cualquier servicio que no sea preventivo. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego consulte qué pagará el plan. |
| Si se somete a una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | \$55 por visita después del deducible | Sin cobertura | |
| | Imágenes (tomografías CT/PET, MRI) | \$75 por visita después del deducible | Sin cobertura | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Si desea obtener más información sobre la cobertura de | Medicamentos genéricos | \$10/suministro para 30 días | Sin cobertura | |
| | Medicamentos de marca | \$40/suministro para 30 días | Sin cobertura | |
| | Medicamentos | \$80/suministro para 30 | Sin cobertura | |

* Para más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.metroplus.org.

| Evento médico común | Servicios que usted puede necesitar | Qué pagará usted | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| medicamentos recetados , visite www.metroplus.org/member/pharmacy | especializados | días | | |
| Si se somete a una cirugía como paciente ambulatorio | Tarifa del centro (ej., centro quirúrgico ambulatorio) | \$150 por visita después del deducible | Sin cobertura | |
| | Honorarios del médico o cirujano | \$150 por visita después del deducible | Sin cobertura | |
| Si necesita atención médica de inmediato | Atención de la sala de emergencias | \$300 por visita después del deducible | \$300 por visita después del deducible | |
| | Transporte médico de emergencia | \$150 por visita después del deducible | \$150 por visita después del deducible | |
| | Atención de urgencia | \$70 por visita después del deducible | Sin cobertura | |
| En caso de estancia hospitalaria | Tarifa del centro (por ejemplo, una habitación de hospital) | \$1,500 por ingreso después del deducible | Sin cobertura | |
| | Honorarios del médico o cirujano | \$150 por visita después del deducible | Sin cobertura | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias | Servicios ambulatorios | \$35 por visita (las 3 primeras visitas al PCP, al centro de atención de salud mental ambulatorio o para servicios por el consumo de sustancias como paciente ambulatorio no están sujetas al Deducible) Después de 3 visitas, \$35 por visita después del deducible | Sin cobertura | Se pueden usar hasta 20 consultas por Año del Plan para terapia familiar |

* Para más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.metroplus.org.

| Evento médico común | Servicios que usted puede necesitar | Qué pagará usted | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | \$1,500 por ingreso después del deducible | Sin cobertura | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Cobertura completa | Sin cobertura | |
| | Servicios profesionales para el nacimiento/parto | \$150 por visita después del deducible | Sin cobertura | |
| | Servicios del centro para el nacimiento/parto | \$1,500 por ingreso después del deducible | Sin cobertura | |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otros tipos de necesidades de salud especiales | Atención médica a domicilio | \$35 por visita después del deducible | Sin cobertura | 40 visitas por Año del Plan. |
| | Servicios de rehabilitación | Paciente ambulatorio: \$35 por visita después del deducible Paciente hospitalizado: \$1,500 por ingreso después del deducible | Sin cobertura | Paciente ambulatorio: 60 visitas por afección por terapias combinadas por Año del Plan Paciente hospitalizado: 60 días por terapias combinadas por Año del Plan |
| | Servicios de habilitación | Paciente ambulatorio: \$35 por visita después del deducible Paciente hospitalizado: \$1,500 por ingreso después del deducible | Sin cobertura | Paciente ambulatorio: 60 visitas por afección por terapias combinadas por Año del Plan Paciente hospitalizado: 60 días por terapias combinadas por Año del Plan |
| | Atención de enfermería especializada | \$1,500 por ingreso después del deducible | Sin cobertura | Ilimitado Se exige del copago para cada ingreso si lo trasladan directamente de un entorno hospitalario como paciente hospitalizado a un centro de enfermería especializada |
| | Equipo médico duradero | Coseguro del 30% después del deducible | Sin cobertura | |
| | Servicios en un centro de cuidados paliativos | Paciente ambulatorio: \$35 por visita después del deducible Paciente hospitalizado: \$1,500 por ingreso | Sin cobertura | Paciente ambulatorio: 5 visitas de orientación sobre el proceso de duelo de un familiar. Paciente hospitalizado: 210 días por Año del Plan. |

* Para más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.metroplus.org.

| Evento médico común | Servicios que usted puede necesitar | Qué pagará usted | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará menos) después del deducible | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si su hijo necesita atención oftalmológica u odontológica | Examen oftalmológico de niños | \$35 por visita después del deducible | Sin cobertura | |
| | Anteojos para niños | Coseguro del 30% después del deducible | Sin cobertura | |
| | Chequeo odontológico de niños | \$35 por visita después del deducible | Sin cobertura | |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que Su [Plan](#) por lo general NO cubre (Consulte la póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

- Cirugía cosmética
- Atención a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Atención podológica de rutina
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta lista no está completa. Consulte su documento del [plan](#)).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Atención odontológica (adultos)
- Audífonos
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención oftalmológica de rutina (adultos)

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si usted desea continuar con la cobertura después de que esta finaliza. La información de contacto de estas agencias es la siguiente: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Usted también puede tener a su disposición otras opciones de cobertura, incluso comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). Para más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelación: Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene un reclamo contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Los documentos del [plan](#) también proveen información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Si desea más información sobre sus derechos, sobre este aviso, o si necesita asistencia, contacte a: MetroPlus Health Plan al 1-800-303-9626 (TTY:711) o a la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan ofrece Cobertura Mínima Esencial? Sí

La [Cobertura Mínima Esencial](#) por lo general incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y cierta otra cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Mínima Esencial](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal sobre la prima](#).

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), usted puede ser elegible para un [crédito fiscal sobre la prima](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso a idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-303-9626 (TTY:711)

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-303-9626 (TTY:711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-303-9626 (TTY:711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-303-9626 (TTY:711).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los gastos de una situación médica, vea la siguiente sección.

Declaración de divulgaciones de la PRA: Según la Ley de Reducción de Papeleo (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, no se exige a nadie que responda a una recolección de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto de los Estados Unidos (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para la recolección de esta información es **0938-1146**. El tiempo necesario para realizar la recolección de esta información es de aproximadamente **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, como recursos de datos existentes, para reunir los datos necesarios, y para completar y revisar la recolección de la información. Si tiene comentarios sobre la exactitud del cálculo de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Céntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar bajo [planes](#) de salud diferentes. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

| | |
|---------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El deducible total del plan | \$1,875 |
| ■ Copago del especialista | \$55 |
| ■ Copago del hospital (centro) | \$1,500 |
| ■ Otro coseguro | 30% |

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas con el [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento/parto
 Servicios del centro para el nacimiento/parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita a un [especialista](#) (*anestesia*)

| | |
|-----------------------------------|-----------------|
| Total del costo de ejemplo | \$12,700 |
|-----------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$1,875 |
| Copagos | \$3,535 |
| Coseguros | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$5,470 |

Tratamiento para la diabetes tipo 2 de Joe

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

| | |
|---------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El deducible total del plan | \$1,875 |
| ■ Copago del especialista | \$55 |
| ■ Copago del hospital (centro) | \$1,500 |
| ■ Otro coseguro | 30% |

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluso educación sobre la enfermedad*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

| | |
|-----------------------------------|----------------|
| Total del costo de ejemplo | \$5,600 |
|-----------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$1,875 |
| Copagos | \$2,100 |
| Coseguros | \$518 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$55 |
| El total que Joe pagaría es | \$4,548 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El deducible total del plan | \$1,875 |
| ■ Copago del especialista | \$55 |
| ■ Copago del hospital (centro) | \$1,500 |
| ■ Otro coseguro | 30% |

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención de la sala de emergencias](#) (*incluso suministros médicos*)
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

| | |
|-----------------------------------|----------------|
| Total del costo de ejemplo | \$2,800 |
|-----------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$966 |
| Copagos | \$1,205 |
| Coseguros | \$11 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,182 |

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.