



El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (RBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El RBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen.** Para información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, comuníquese con **Assured Benefits Administrators** al 1-866-231-5589. definiciones generales de términos comunes como: monto permitido, facturación de saldo, coaseguro, copago, deducible, proveedor y otros términos subrayados, consulte el Puede ver el Glosario en [www.abadmin.com](http://www.abadmin.com) o llamar al 1-866-231-5589 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué importa:
¿Cuál es el deducible general?	\$3,000 individual / \$6,000 familia dentro la red; \$6,000 individual / \$12,000 familiar fuera de Red	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de familia en el plan, cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de gastos de deducible pagados por todos los miembros alcancen el deducible familiar general.
¿Estos servicios están cubiertos antes de alcanzar el deducible?	Sí. Los Cuidados preventivos y servicios de cuidado primario son cubiertos antes de alcanzar su deducible.	Este plan cubre algunos ítems y servicios inclusive si usted no ha alcanzado el monto de deducible. Pero un copago o coaseguro puede aplicar. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin compartir costos y antes de alcanzar su deducible. Vea la lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto del deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el límite de desembolso de este plan?	\$7,900 individual / \$15,800 familiar para dentro de Red; \$15,800 individual / \$31,600 familiar para fuera de Red	El límite de desembolso es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de familia en este plan, ellos deben alcanzar su propio límite de desembolso hasta que el deducible familiar general sea cubierto.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso?	Copagos para ciertos servicios, primas, cargos por facturación de saldo y cuidado de salud que este plan no cubre y penalidades por incumplimiento.	Aunque usted pague estos gastos, estos no cuentan hacia el límite de desembolso.
¿Se pagará menos si se usa un proveedor de la red?	Sí. Para ver la lista de proveedores de la red, visite <a href="http://www.cigna.com">www.cigna.com</a> o llame al 1-866-231-5589.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Usted pagará más si usa un proveedor fuera de la red, y usted pudiera recibir una factura del proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga cuidado, su proveedor de la red pudiera utilizar a otro proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios). Consulte con su proveedor antes de recibir estos servicios.
¿Se necesita un referido para ver un especialista?	No.	Usted puede ver el especialista que elija sin un referido.



Todos los costos de copago y coaseguro que se muestran en este cuadro, son después de haber alcanzado el deducible, si aplica un deducible, a menos que se indique lo contrario.

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Usted pudiera necesitar	¿Qué Pagará Usted?		Limitaciones, Excepciones y Otras Informaciones Importantes
		Proveedor de la Red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la Red (usted pagará más)	
<b>Si usted visita el consultorio o clínica de un proveedor médico</b>	Visita de atención primaria para tratar una herida o enfermedad	\$30 <a href="#">copago</a> /visita, sin deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	\$60 <a href="#">copago</a> /visita, sin deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
	Cuidado preventivo/ exámenes médicos/ vacunas	Sin cargos	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Es posible que deba pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan.
<b>Si usted se hace un examen</b>	Exámenes de diagnóstico (Rayos X, laboratorio)	\$0 <a href="#">copago</a> /visita, sin deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
	Imagenología (Tomografías, resonancias magnéticas)	20% <a href="#">coaseguro</a>	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
<b>Si usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Más información sobre la cobertura de medicamentos por prescripción está disponible en <a href="http://www.verus-rx.com">www.verus-rx.com</a>	Medicamentos genéricos	<u>Minorista:</u> \$10 <a href="#">copago</a> <u>Correo:</u> \$25 <a href="#">copago</a>	No cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días (suscripción minorista); Suministro para 31-90 días (pedido por correo con receta)
	Medicamentos de marcas preferidas	<u>Minorista:</u> \$35 <a href="#">copago</a> <u>Correo:</u> \$87.50 <a href="#">copago</a>	No cubierto	
	Medicamentos de marcas no preferidas	<u>Minorista:</u> \$70 <a href="#">copago</a> <u>Correo:</u> \$175 <a href="#">copago</a>	No cubierto	
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	No cubierto	No cubierto	
<b>Si usted tiene una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa de las instalaciones (ej: centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo después del deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo después del deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
<b>Si usted necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en sala de emergencia</a>	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Debe ser una real emergencia. De lo contrario, no hay cobertura.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo después del deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Debe ser una real emergencia. De lo contrario, no hay cobertura.
	<a href="#">Atención de Urgencia</a>	\$75 <a href="#">copago</a> /visita sin <a href="#">deducible</a>	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna

Para más información acerca de limitaciones y excepciones, vea el documento del plan o póliza en [www.abadmin.com](http://www.abadmin.com).

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Usted pudiera necesitar	¿Qué pagará usted?		Limitaciones, Excepciones y Otras Informaciones Importantes
		Proveedor de la Red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la Red (Usted pagará más)	
<b>Si usted es hospitalizado</b>	Tarifa de las instalaciones (ej: cuarto de hospital)	Sin cargo después del deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
	Honorarios del medico/Cirujano	Sin cargo después del deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
<b>Si usted necesita servicios de salud mental, conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	\$30 <a href="#">copago</a> / sin deducible de visita al consultorio	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
	Servicios de hospitalización	Sin cargo después del deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
<b>Si usted está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Primera visita: \$30 copago Todas las demás visitas: Sin cargo después del deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
	Servicios profesionales del parto	Sin cargo después del deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
	Servicios de parto/ instalaciones de parto	Sin cargo después del deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
<b>Si usted necesita ayuda para recuperarse o tiene otra necesidad especial de salud</b>	<a href="#">Cuidados de salud en el hogar</a>	Sin cargo después del deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Limitado a 20 visitas todos los años
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$30 copago	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Limitado a 20 visitas por terapia
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$30 copago	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Limitado a 60 días
	<a href="#">Cuidado de enfermera especializada</a>	Sin cargo después del deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
	<a href="#">Equipo médico durable</a>	Sin cargo después del deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	Sin cargo después del deducible	50% <a href="#">coaseguro</a> , después del <a href="#">deducible</a>	Ninguna
<b>Si su niño necesita</b>	Examen & Anteoios	Sin Cargo	No cubierto	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin Cargo	No cubierto	Examen solo

Para más información acerca de limitaciones y excepciones, vea el documento del plan o póliza en [www.abadmin.com](http://www.abadmin.com).

Este plan incluye servicios de Telemedicina 24/7 sin costo para Usted. Doctores y Enfermeras con Licencia están disponibles para Usted y su familia 24/7. Para hablar con un Doctor, llame al 800-611-5601 o visite [www.mytelemedicine.com](http://www.mytelemedicine.com).

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

#### Servicios que generalmente su Plan no cubre (Revise su póliza o documento del Plan para más información y para la lista de cualquier otro servicio excluido)

- |                           |   |  |
|---------------------------|---|--|
| • Acupuntura              | • Aparatos auditivos  | • Cuidado de rutina de los ojos (Adulto) |
| • Cirugía bariátrica      | • Tratamiento de fertilidad   | • Cuidado de rutina de los pies          |
| • Cirugía cosmética       | • Cuidado de largo plazo  | • Programa de pérdida de peso            |
| • Cuidado dental (Adulto) | • Atención que no es de emergencia, cuando viaja fuera de los EE. UU. |  |

#### Otros servicios cubiertos (Pudieran aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor revise el documento de su Plan)

- |   |  |
|---|--|
| • Cuidado quiropráctico (25 visitas/año calendario) | • Enfermera privada (Únicamente durante hospitalización si es médicamente necesario) |
|---|--|

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. Para comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU., llame al 1-866-444-EBSA (3272) o visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Es posible que también tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado de seguros](#) de salud. Para obtener más información sobre el [Mercado de seguros](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de reclamo y apelaciones:** Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la negación de un reclamo. Esta queja se llama **queja** o **apelación**. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para recibir asistencia, comuníquese con su empleador o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí.**

**Cobertura Esencial Mínima** generalmente incluye planes, seguro de salud disponible a través del Mercado de Salud u otras pólizas individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial mínima, usted podría no ser elegible para el crédito fiscal de primas.

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

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal de prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado de Seguros.

#### Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 855-615-6705.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 855-615-6705. Chinese (中文):

如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 855-615-6705.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 855-615-6705.

***Para ver ejemplos de cómo este plan pudiera cubrir una situación médica, vea la siguiente sección.***

#### **Declaración de Ley de Reducción de Trámites (PRA por sus siglas en inglés):**

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1146. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 0.08 horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado 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.

El plan sería responsable de los otros costos por los servicios cubiertos de estos EJEMPLOS.

## Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos mostrados son sólo ejemplos de cómo este plan pudiera cubrir un cuidado médico. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, el precio que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Céntrese en el monto de los costos compartidos (deducibles, copagos y coaseguros) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

### Peg esta teniendo un bebé (9 meses de cuidado prenatal dentro de la red de proveedores y parto en el hospital)

■ Deducible general del Plan	\$3,000
■ Coaseguro al especialista	20%
■ Coaseguro por Hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coaseguro	20%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)  
Servicios profesionales de parto  
Servicios de instalaciones de parto  
Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre)  
Visita de especialista (anestesia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$7,540</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$20
Coaseguro	\$2,180
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	\$150
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,350</b>

### Manejo de Diabetes tipo 2 de Joe (un año de cuidados de rutina dentro de la red, de una condición bien controlada)

■ Deducible general del plan	\$3,000
■ Coaseguro al especialista	20%
■ Coaseguro por Hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coaseguro	20%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluida educación sobre enfermedades)  
Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre) Medicamentos con receta  
Equipo médico durable (medidor de glucosa)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,400</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coaseguro	\$730
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	\$80
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,210</b>

### Fractura simple de Mia (Visita a la sala de emergencia dentro de la red, y cuidados de seguimiento)

■ Deducible general del plan	\$3,000
■ Coaseguro al especialista	20%
■ Coaseguro por Hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coaseguro	20%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$75
Coaseguro	\$730
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$805</b>

El plan sería responsable de los otros costos por los servicios cubiertos de estos EJEMPLOS.