



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](http://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 <a href="#">deducible</a> ?	\$600/individual o \$1,200/familiar	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> empiece a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?	No.	Usted tendrá que alcanzar el deducible antes de que el plan pague por cualquier servicio.
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar el deducible para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso personal</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$7,900/individual o \$15,800/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 <a href="#">límite de desembolso personal</a> ?	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 <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.metroplus.org/member-services/provider-directories">www.metroplus.org/member-services/provider-directories</a> o llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711) para obtener una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este plan usa una red de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red del plan</a> . Usted pagará más si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y usted podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga el plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (tal como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir estos servicios.
¿Necesita una <a href="#">remisión</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	Sí.	El plan pagará la totalidad o parte de los costos para ver a un <a href="#">especialista</a> por los servicios cubiertos, pero únicamente si usted cuenta con una <a href="#">remisión</a> antes de ver al <a href="#">especialista</a> .

 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)	
<b>Si usted visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica</b>	Visita al médico de atención primaria por una lesión o enfermedad	\$25 por visita después del deducible	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.
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	\$40 por visita después del deducible	Sin cobertura	
	<a href="#">Atención preventiva/examen de detección/</a> inmunización	Cobertura completa	Sin cobertura	
<b>Si se somete a una prueba</b>	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	\$40 por visita después del deducible	Sin cobertura	
	Imágenes (tomografías CT/PET, MRI)	\$40 por visita después del deducible	Sin cobertura	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> disponible en <a href="http://www.metroplus.org/member/pharmacy">www.metroplus.org/member/pharmacy</a>	Medicamentos genéricos	\$10/suministro para 30 días	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 por un suministro para 30 días	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$70 por un suministro para 30 días	Sin cobertura	
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	\$70 por un suministro para 30 días	Sin cobertura	
<b>Si se somete a una cirugía como paciente ambulatorio</b>	Tarifa del centro (ej., centro quirúrgico ambulatorio)	\$100 por visita después del deducible	Sin cobertura	
	Honorarios del médico o cirujano	\$100 por visita después del deducible	Sin cobertura	
<b>Si necesita atención</b>	<a href="#">Atención de la sala de</a>	\$150 por visita después del	\$150 por visita después	

\* Para más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.metroplus.org](http://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)	
médica de inmediato	<a href="#">emergencias</a>	deducible	del deducible	
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$150 por visita después del deducible	\$150 por visita después del deducible	
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$60 por visita después del deducible	Sin cobertura	
En caso de estancia hospitalaria	Tarifa del centro (por ejemplo, una habitación de hospital)	\$1,000 por ingreso después del deducible	Sin cobertura	
	Honorarios del médico o cirujano	\$100 por visita después del deducible	Sin cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$25 por visita después del deducible	Sin cobertura	Se pueden usar hasta 20 consultas por Año del Plan para terapia familiar
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$1,000 por ingreso después del deducible	Sin cobertura	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Cobertura completa	Sin cobertura	
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	\$100 por visita después del deducible	Sin cobertura	
	Servicios del centro para el nacimiento/parto	\$1,000 por ingreso después del deducible	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otros tipos de necesidades de salud especiales	<a href="#">Atención médica a domicilio</a>	\$25 por visita después del deducible	Sin cobertura	40 visitas por Año del Plan.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Paciente ambulatorio: \$30/por visita después del Deducible Paciente hospitalizado: \$1,000/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
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Paciente ambulatorio: \$30/por visita después del Deducible Paciente hospitalizado:	Sin cobertura	Paciente ambulatorio: 60 visitas por afección por terapias combinadas por Año del Plan

\* Para más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.metroplus.org](http://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)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otros tipos de necesidades de salud especiales		\$1,000/por ingreso después del Deducible		Paciente hospitalizado: 60 días por terapias combinadas por Año del Plan
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	\$1,000 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
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Coseguro del 20% después del deducible	Sin cobertura	
	<a href="#">Servicios en un centro de cuidados paliativos</a>	Paciente ambulatorio: \$25 por visita después del deducible	Sin cobertura	Paciente ambulatorio: 5 visitas de orientación sobre el proceso de duelo de un familiar. Paciente hospitalizado: 210 días por Año del Plan.
		Paciente hospitalizado: \$1,000/por ingreso después del Deducible		
Si su hijo necesita atención oftalmológica u odontológica	Examen oftalmológico de niños	\$25 por visita después del deducible	Sin cobertura	
	Anteojos para niños	Coseguro del 20% después del deducible	Sin cobertura	
	Chequeo odontológico de niños	\$25 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](#)).

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Atención odontológica (adultos)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención a largo plazo</li> <li>• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> <li>• Enfermería privada</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención oftalmológica de rutina (adultos)</li> <li>• Atención podológica de rutina</li> <li>• Programas para bajar de peso</li> </ul> |
|--|--|---|

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

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Atención quiropráctica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para la infertilidad</li> </ul> |
|--|---|--|

**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](http://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](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de queja y apelación:** Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [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](http://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 ciertas otras coberturas. 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](#) del [Mercado](#).

#### Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (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](#) \$600
- Copago de [especialista](#) \$40
- Copago del hospital (centro) \$1,000
- Otro coseguro 20%

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*)  
 Consultas con el [especialista](#) (*anestesia*)

**Total del costo de ejemplo \$12,700**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$600
<a href="#">Copagos</a>	\$1,630
<a href="#">Coseguros</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,290</b>

**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](#) \$600
- Copago de [especialista](#) \$40
- Copago del hospital (centro) \$1,000
- Otro coseguro 20%

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:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$600
<a href="#">Copagos</a>	\$1,525
<a href="#">Coseguros</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,180</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$600
- Copago de [especialista](#) \$40
- Copago del hospital (centro) \$1,000
- Otro coseguro 20%

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:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$600
<a href="#">Copagos</a>	\$720
<a href="#">Coseguros</a>	\$7
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,327</b>

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