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, vaya a www.chftoo.org ó llame al 702-733-9938 ó al 1-800-457-8512. 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 una copia del glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform ó www.cciio.cms.gov ó https://www.healthcare.gov/sbc-glossary ó llame al 1-800-457-8512 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	$0.00	Vea la tabla abajo de Eventos Médicos Comunes para sus costos por servicios que este plan cubre.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	No aplica	No aplica
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No	Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	$6,350 individuo / $12,700 familia	El límite de gastos de bolsillo es lo más que usted va a pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en el plan, ellos tienen que llegar a su propio límite de gastos de bolsillo hasta que el límite de gastos de bolsillo por familia se haya cubierto.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Copagos dentales, gastos incurridos fuera de la red al menos que el Administrador del Plan permita cobertura con tarifas de PPO siempre y cuando la persona elegible obtenga autorización previa y el procedimiento médico no esté disponible en el área de Las Vegas, primas, el recibo de cobros del balance, y cuidados de salud que el plan no cubre.	Aunque usted paga estos costos, no cuentan hacia el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Sí. Vea www.chftoo.org ó llame al 702-733-9938 ó 1-800-457-8512.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor en la red PPO del plan. Usted pagará más si va a un proveedor que no es PPO, y puede recibir un cobro del proveedor que no es PPO por la diferencia entre lo que el proveedor que no es PPO cobra y lo que su plan paga (cobros del balance). Esté consciente de que su proveedor PPO de la red puede utilizar un proveedor que no es PPO para algunos servicios (como de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de que reciba los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No	Usted puede ver al especialista que usted elija sin necesidad de un referido.

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 Usted Paga		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor PPO (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es PPO (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	$25 de copago/consulta	No se cubre	No hay copago para consultas en el Centro de Salud de la Culinaria.
	Visita al especialista	$40 de copago/consulta	No se cubre	——————ninguna——————
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	No hay cobro	No se cubre	Vaya a www.healthcare.gov para una lista completa de los servicios preventivos de salud que están cubiertos.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	**RADIOGRAFÍAS:** $20 de copago/visita en un centro independiente $30 de copago/visita en el consultorio del médico $45 de copago/visita en la unidad de pacientes ambulatorios de un hospital **ANÁLISIS DE SANGRE:** $0 de copago/visita en un centro independiente o en el consultorio del doctor $15 de copago/visita en la unidad de pacientes ambulatorios de un hospital	No se cubre	Algunos servicios requieren autorización previa y no se cubrirán sin dicha autorización. Los copagos por servicio de laboratorio realizados en el departamento ambulatorio de un hospital aplican a los servicios diagnósticos o previos a una operación en el hospital. No hay copago para radiografías o exámenes de laboratorio en el Centro de Salud de la Culinaria.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	**CT/MRI/MRA:** $125 de copago/visita **PET/PET CT:** $175 de copago/visita en un centro independiente **PET/PET CT:** $225 de copago/visita en un consultorio o la unidad de pacientes ambulatorios de un hospital	No se cubre	Algunos servicios requieren autorización previa y no se cubrirán sin dicha autorización. No hay copago para ultrasonidos, pruebas de densidad ósea y tomografías con contraste realizadas en el Centro de Salud de la Culinaria.

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Usted Paga		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor PPO (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es PPO (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos recetados en www.chftoo.org	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	$10 de copago/receta (farmacia comercial y por correo)	No se cubre	No hay copago por las recetas surtidas en la Farmacia de la Culinaria o en el Centro de Salud de la Culinaria. Pueden aplicar límites en las cantidades, requisitos de autorización previa, y otros programas de contención de costos.
	Medicamentos de la lista de medicamentos preferidos (Nivel 2)	$20 de copago/receta (farmacia comercial y por correo)	No se cubre	
	Medicamentos fuera de la lista de medicamentos preferidos (Nivel 3)	$35 de copago/receta (farmacia comercial y por correo)	No se cubre	
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	25% de coseguro	No se cubre	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	$150 de copago/cirugía (centro ambulatorio de cirugías); $250 de copago/ cirugía (hospital)	No se cubre	Los beneficios pueden ser rechazados si no se sigue el programa de autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	No hay cobro	No se cubre	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$300 de copago/visita	$300 de copago/visita	No hay cobertura para cuidado que no sea una emergencia en una sala de emergencias que no sea PPO en el área geográfica de Las Vegas.
	Atención en la sala de emergencias independiente	$750 de copago/visita	$750 de copago/visita	
	Transporte médico de emergencia	25% de coseguro (por tierra); $500 de copago/ persona/incidente (aérea)	25% de coseguro (por tierra); $500 de copago/ persona/incidente (aérea)	——————ninguna——————
	Cuidados Urgentes	$50 de copago/visita	$50 de copago/visita	No hay cobertura para servicios en un centro de Cuidados Urgentes que no sea PPO en el área geográfica de Las Vegas. El copago incluye todos los gastos cubiertos relacionados a la visita.

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Usted Paga		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor PPO (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es PPO (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	$250 de copago/admisión	$2,000 de copago/ hospitalización + 40% de coseguro de los Cobros Permitidos	Los beneficios pueden ser rechazados si no se sigue el programa de autorización previa para proveedores que no son PPO.
	Honorarios del médico/cirujano	No hay cobro	No se cubre	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Terapia para Pacientes Ambulatorios: Ningún copago por las primeras 5 visitas/asunto, después $15 de copago/ visita Internación Parcial: $150 de copago/plan de tratamiento Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios: No hay cobro	No se cubre	Algunos servicios requieren autorización previa y no serán cubiertos sin dicha autorización. No hay copago por terapia ambulatoria en el Centro de Salud de la Culinaria.
	Servicios de internado	$250 de copago/admisión	$2,000 de copago/ hospitalización + 40% de coseguro de los Cobros Permitidos	Los beneficios pueden ser negados si no se sigue el programa de autorización previa para los proveedores que no son PPO.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No hay cobro	No se cubre	No se da cobertura por el embarazo de una hija dependiente, excepto como se requiere bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Se podrían aplicar copagos adicionales por servicios adicionales. Los beneficios pueden ser rechazados si no se sigue el programa de autorización previa.
	Servicios de parto profesionales	No hay cobro	No se cubre	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	$250 de copago/admisión	$2,000 de copago/ hospitalización + 40% de coseguro de los Cobros Permitidos	

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Usted Paga		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor PPO (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es PPO (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No hay cobro	No se cubre	La cobertura se limita a 60 días por año. Los beneficios pueden ser rechazados si no se sigue el programa de autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	$250 de copago/admisión hospitalaria En una instalación independiente: • $20 de copago/visita de terapia ocupacional/del habla, mayores de 18 años • $10 de copago/visita de terapia ocupacional/del habla, menores de 18 años	No se cubre	Límite anual de 80 visitas por tipo de terapia para menores de 18 años. Límite anual de 30 visitas por tipo de terapia para personas de 18 años o más. La cobertura para pacientes internados se limita a 60 días por año. Los límites de visitas no se aplican a las visitas destinadas principalmente al tratamiento de salud mental o abuso de sustancias. Los beneficios pueden ser rechazados si no se sigue el programa de autorización previa.
	Servicios de habilitación	En un centro independiente: • No hay cobro por fisioterapia sin cirugía y posoperatoria • No hay copago por fisioterapia recibida en el Centro de Salud de la Culinaria • $30 de copago/visita para rehabilitación cardiaca Paciente ambulatorio en un hospital después de un ingreso: • $30 de copago/visita por terapia física, ocupacional, del habla • $40 de copago/visita por rehabilitación cardiaca	No se cubre	Para ambulatorios en un hospital después del ingreso: la terapia física, ocupacional, o del habla se limita a 30 visitas por cada tipo de terapia por año. Los límites de visitas no se aplican a las visitas destinadas principalmente al tratamiento de salud mental o abuso de sustancias. Rehabilitación cardiaca: se limita a 30 visitas por año en un centro independiente o para ambulatorios en hospital. Los beneficios pueden ser rechazados si no se sigue el programa de autorización previa.

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Usted Paga		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor PPO (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor que no es PPO (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales (continuado)	Cuidado de enfermería especializada	$250 de copago/admisión	No se cubre	Limitado a 60 días por año calendario. Los beneficios pueden ser rechazados si no se sigue el programa de autorización previa.
	Equipo médico duradero	10% de coseguro	No se cubre	El Fondo paga 100% por fórmula y alimentos médicos para servicios médicos enteros. Se requiere autorización previa para artículos de más de $500.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No hay cobro	No se cubre	——————ninguna——————
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No se cubre	No se cubre	Los beneficios de la vista pueden proporcionarse por separado.
	Anteojos para niños			
	Chequeo dental pediátrico	No hay cobro	No se cubre	——————ninguna——————

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.)

- Cirugía cosmética
- Tratamientos de infertilidad
- Cuidado dental (Adulto) (se pude proporcionar por separado)
- Cuidado dental (Niño) (se pude proporcionar por separado)
- Cuidados a largo plazo
- Atención no urgente al viajar fuera de los EE.UU.
- Atención oftalmológica de rutina (Adulto y Niño) (puede proporcionarse por separado)
- Enfermería privada
- Programas para pérdida de peso
- Lentes (Adulto y Niño) (puede proporcionarse por separado)

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

- Cuidado quiropráctico
- Aparatos auditivos
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cuidado rutinario de los pies

Sus Derechos para Continuar con su Cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando ésta termine. La información de contacto de estas agencias es: El Plan al 702-733-9938 ó 1-800-457-8512, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) ó en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o el Departamento de Salud y de Servicios Humanos, Centro para Información del Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323, x61565 ó en www.cciio.cms.gov. 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 www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

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 más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) ó en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí
La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de Estándares de Valor Mínimo, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para primas.

¿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.

Servicios lingüísticos:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-457-8212.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-457-8212.
Chinese [(中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-457-8212.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-457-8212.
Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-457-8212 uff.
Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-457-8212.
Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-457-8212.
Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, å'gang 1-800-457-8212.

————————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.————————

Declaración de Divulgación de PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo 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, incluyendo 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 usted tiene comentarios en relación a la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

*Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.chftoo.org

Acerca de estos 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 muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y 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 cuidado prenatal en la red y parto en el hospital)

El deducible general del plan	$0
Copago del especialista	$0
Copago del hospital (las instalaciones)	$250
Otro copago	$10

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista (cuidado prenatal)
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre)
Visita al especialista (anestesia)

Costo Total Hipotético	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$260
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$320**

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	$0
Copago del especialista	$80
Copago del hospital (las instalaciones)	$0
Otro copago	$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo Total Hipotético	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$80
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$80**

Fractura Simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

El deducible general del plan	$0
Copago del especialista	$40
Copago de la Sala de Emergencias	$300
Otro coseguro	$330

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Sala de emergencias (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	
Deducibles	$0
Copagos	$385
Coseguro	$330
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$715**

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.