



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan médico. El Resumen de Beneficios y Cobertura le muestra cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (conocida como la prima) se proporciona por separado. **Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos de cobertura completos, visite www.tractivecareetna.com o llame al 1-800-222-9205. Para las definiciones generales de términos comunes, tales como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, véase el Glosario. Usted encontrará el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llame al 1-800-222-9205 para solicitar una copia

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué Es Esto Importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Por cada Año del <u>Plan</u> , <u>Dentro de la Red</u> : \$1,000 por persona / \$3,000 por familia. Fuera de la Red: \$2,000 por persona - \$6,000 por familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada uno de sus familiares deberá satisfacer su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos por <u>deducible</u> para todos los familiares haya satisfecho el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay algunos servicios que se cubren antes de que usted haya satisfecho su <u>deducible</u> ?	Sí, las <u>medicinas recetadas</u> más las visitas al consultorio médico efectuadas <u>dentro de la red</u> , las visitas por cuidado de urgencia y las del <u>cuidado preventivo</u> se cubren antes de que haya satisfecho su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aún antes de que usted haya satisfecho aún el <u>deducible</u> , pero podría aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costo compartido</u> y antes de que usted satisfaga su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en el www.tractivecareetna.com .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$200 para gastos de <u>medicinas recetadas</u> . No se aplica a las medicinas genéricas. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios, usted deberá pagar todos los costos de estos servicios hasta que haya alcanzado la cantidad específica del <u>deducible</u> .
¿Cuál es el <u>límite de desembolso personal</u> de este <u>plan</u> ?	<u>Dentro de la Red</u> : \$7,900 por persona / \$15,800 por familia. Fuera de la Red: \$23,700 por persona / \$47,400 por familia.	El <u>límite de desembolso personal</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos tendrán que satisfacer sus propios límites de <u>desembolso personal</u> hasta que se haya satisfecho el <u>desembolso personal</u> de la familia en general.
¿Qué se excluye del límite de <u>desembolso personal</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldo</u> , los <u>copagos</u> por cirugía bariátrica, el cuidado médico que no esté cubierto por este <u>plan</u> y las sanciones por no haber obtenido <u>autorización previa</u> para servicios.	Aun cuando usted pague por estos cargos, sepa que ellos no cuentan contra el límite de <u>desembolso personal</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.tractivecareetna.com o llame al 1-800-222-9205.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza a un <u>proveedor de la red del plan</u> . Usted pagará más si utiliza a un <u>proveedor fuera de la red</u> y es posible que hasta reciba una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre los cargos del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> pague (<u>facturación de saldo</u>). Esté consciente de que el <u>proveedor de la red</u> bien podría utilizar a un <u>proveedor fuera de la red</u> para otros servicios (tales como para análisis de laboratorio). Pregúntele a su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesito <u>remisión médica</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede ver al <u>especialista</u> que elija sin necesidad de <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son los obtenidos después de haberse satisfecho el **deducible**, de aplicarse un **deducible**

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Límites, Excepciones y Demás Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted Pagará Menos)	Proveedor Fuera de la Red (Usted Pagará Más)	
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor médico	Visita de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	\$30 <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; excepto un 20% de <u>coseguro</u> por cirugía ambulatoria realizada en el consultorio médico	40% <u>coseguro</u>	Incluye internistas, médicos de medicina general, profesionales médicos de práctica familiar, pediatras o ginecólogos.
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor médico	Visita al <u>especialista</u>	\$70 <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; excepto un 20% de <u>coseguro</u> por cirugía ambulatoria realizada en el consultorio médico	40% <u>coseguro</u>	Ninguno
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor médico	<u>Cuidado preventivo / prueba de detección de enfermedades / inmunización</u>	No se cobra, excepto por \$70 <u>copago</u> por visita. No se aplica el <u>deducible</u> para el examen auditivo o el examen de la vista	40% <u>coseguro</u>	Usted podría tener que pagar por servicios no <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Después, revise bien qué es lo que pagará su <u>plan</u> .
Si visita a TRS Virtual Health	Consulta de video/teléfono de TRS Virtual Health	No se cobra	No se aplica	
Si tiene que realizarse un examen médico	<u>De diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguno
Si tiene que realizarse un examen médico	<u>Con imágenes</u> (tomografía computarizada [<i>CT scan</i>] tomografía con positrones [<i>PET scan</i>], imágenes de resonancia magnética [<i>MR/I</i>])	20% <u>coseguro</u> después de \$100 <u>copago</u> por visita	40% <u>coseguro</u> después de \$100 <u>copago</u> por visita	Podría requerir autorización previa.

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Límites, Excepciones y Demás Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted Pagará Menos)	Proveedor Fuera de la Red (Usted Pagará Más)	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica</p> <p>La cobertura para medicinas recetadas la administra CVS/Caremark</p> <p>Hay más información sobre la cobertura para medicinas recetadas disponible en www.cvscaremark.com</p>	Medicamentos genéricos	<p><u>Copago</u> por medicina recetada. No se aplica el <u>deducible</u>: <u>Copagos</u> de \$20 (1er abastecimiento en farmacia regular), \$35 (reabastecimiento en farmacia regular), \$45 (Orden efectuada por correo o adquirida en una farmacia Retail-Plus)</p>	<p><u>Copago</u> por medicina recetada. No se aplica el <u>deducible</u>. <u>Copagos</u> de: \$20 (1er abastecimiento en farmacia regular), \$35 (reabastecimiento en farmacia regular), \$45 (Orden efectuada por correo o adquirida en una farmacia Retail-Plus)</p>	<p>Cubre suministros de 31 días (Farmacia regular), suministros de 60 a 90 días (Orden por correo o Retail Plus). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos adquiridos en una farmacia. No se cobra por anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres, los cuales cuenten con aprobación de la FDA y se adquieran <u>dentro de la red</u>. Se requiere certificación previa y terapia escalonada. El costo suyo será mayor si selecciona Medicamentos de Marca en vez de Genéricos, a menos que en la receta se indique "Despachar conforme a lo prescrito". Fuera de la Red: El reembolso es la <u>cantidad permitida</u> por lo que le habría cobrado una farmacia de la red, menos el <u>copago</u> después de haberse satisfecho el <u>deducible de medicamento</u>.</p>
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica</p> <p>La cobertura para medicinas recetadas la administra CVS/Caremark</p> <p>Hay más información sobre la cobertura para medicinas recetadas disponible en www.cvscaremark.com</p>	Medicamentos de marca preferida	<p><u>Copago</u> por medicina recetada. 25% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> específico: \$40 mínimo / \$80 máximo (1er abastecimiento en farmacia regular), \$60 mínimo / \$120 máximo (reabastecimiento en farmacia regular), \$105 mínimo / \$210 máximo (Orden efectuada por correo o adquirida en una farmacia Retail-Plus)</p>	<p><u>Copago</u> por medicina recetada. 25% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> específico: \$40 mínimo / \$80 máximo (1er abastecimiento en farmacia regular), \$60 mínimo / \$120 máximo (reabastecimiento en farmacia regular), \$105 mínimo / \$210 máximo (Orden efectuada por correo o adquirida en una farmacia Retail-Plus)</p>	<p>Cubre suministros de 31 días (Farmacia regular), suministros de 60 a 90 días (Orden por correo o Retail Plus). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos adquiridos en una farmacia. No se cobra por anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres, los cuales cuenten con aprobación de la FDA y se adquieran <u>dentro de la red</u>. Se requiere certificación previa y terapia escalonada. El costo suyo será mayor si selecciona Medicamentos de Marca en vez de Genéricos, a menos que en la receta se indique "Despachar conforme a lo prescrito". Fuera de la Red: El reembolso es la <u>cantidad permitida</u> por lo que le habría cobrado una farmacia de la red, menos el <u>copago</u> después de haberse satisfecho el <u>deducible de medicamento</u>.</p>

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Límites, Excepciones y Demás Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted Pagará Menos)	Proveedor Fuera de la Red (Usted Pagará Más)	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica</p> <p>La <u>cobertura para medicinas recetadas</u> la administra CVS/Caremark</p> <p>Hay más información sobre la <u>cobertura para medicinas recetadas</u> disponible en www.cvscaremark.com</p>	Medicamentos de marca no preferida	<p><u>Copago</u> por medicina recetada. 50% coseguro después del <u>deducible</u> específico: \$100 mínimo / \$200 máximo (1er abastecimiento en farmacia regular), \$105 mínimo / \$210 máximo (reabastecimiento en farmacia regular), \$215 mínimo / \$430 máximo (Orden efectuada por correo o adquirida en una farmacia Retail-Plus)</p>	<p><u>Copago</u> por medicina recetada. 50% coseguro después del <u>deducible</u> específico: \$100 mínimo / \$200 máximo (1er abastecimiento en farmacia regular), \$105 mínimo / \$210 máximo (reabastecimiento en farmacia regular), \$215 mínimo / \$430 máximo (Orden efectuada por correo o adquirida en una farmacia Retail-Plus)</p>	Cubre suministros de 31 días (Farmacia regular), suministros de 60 a 90 días (Orden por correo o Retail Plus). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos adquiridos en una farmacia. No se cobra por anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres, los cuales cuenten con aprobación de la FDA y se adquieran <u>dentro de la red</u> . Se requiere certificación previa y terapia escalonada. El costo suyo será mayor si selecciona Medicamentos de Marca en vez de Genéricos, a menos que en la receta se indique "Despachar conforme a lo prescrito". Fuera de la Red: El reembolso es la <u>cantidad permitida</u> por lo que le habría cobrado una farmacia de la red, menos el <u>copago</u> después de haberse satisfecho el <u>deducible de medicamento</u> .
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica</p> <p>La <u>cobertura para medicinas recetadas</u> la administra CVS/Caremark</p> <p>Hay más información sobre la <u>cobertura para medicinas recetadas</u> disponible en www.cvscaremark.com</p>	Medicamentos de especialidad	20% <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> específico, \$200 mínimo / \$900 máximo	20% <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> específico, \$200 mínimo / \$900 máximo	Todos los <u>medicamentos de especialidad</u> deben adquirirse en una <u>Farmacia de Especialidad</u> . No se cubren los adquiridos en una farmacia regular. El límite de suministro es 31 días.
Si tiene que realizarse una cirugía ambulatoria	Cuota de Instalación Médica (por ejemplo, un centro de cirugía ambulatoria)	20% <u>coseguro</u> después de \$150 <u>copago</u> por visita	40% <u>coseguro</u> después de \$150 <u>copago</u> por visita	Ninguno
Si tiene que realizarse una cirugía ambulatoria	Honorarios del médico / cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguno

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Límites, Excepciones y Demás Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted Pagará Menos)	Proveedor Fuera de la Red (Usted Pagará Más)	
Si necesita asistencia médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencia (Sala de emergencia afiliada a un hospital)</u> <u>(Sala de emergencia independiente)</u>	20% <u>coseguro</u> \$250 <u>copago</u> por visita \$500 <u>copago</u> por visita	20% <u>coseguro</u> \$250 <u>copago</u> por visita \$500 <u>copago</u> por visita	40% <u>coseguro</u> por servicios que no sean de emergencia prestados fuera de la red.
Si necesita asistencia médica inmediata	<u>Traslado médico de emergencia</u>	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	No se cubre el traslado que no sea de emergencia, a menos que cuente con autorización previa.
Si necesita asistencia médica inmediata	<u>Cuidado en la sala de urgencias</u>	\$50 <u>copago</u> por visita; no se aplica el deducible	40% <u>coseguro</u>	Ninguno
Si tiene que hospitalizarse	Cargo de centro médico (por ejemplo, cargos por la habitación de hospital)	20% <u>coseguro</u> después de \$150 <u>copago</u> por día por los primeros 5 días	40% <u>coseguro</u> . El miembro del plan paga la cantidad que exceda el saldo cubierto de \$500 por día después del <u>deducible</u> .	Máximo por año del <u>plan</u> por persona: Copago por instalación médica dentro de la red: \$2,250. Una sanción de \$250 por no haber obtenido <u>autorización previa</u> para el cuidado médico fuera de la red.
Si tiene que hospitalizarse	Honorarios del médico / cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguno
Si necesita servicios para la salud mental, el comportamiento o la drogadicción	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio médico y demás servicios de paciente ambulatorio \$70 <u>copago</u> por visita. No se aplica el deducible	Visitas al consultorio médico y demás servicios de paciente ambulatorio: 40% <u>coseguro</u>	Podría requerirse <u>autorización previa</u> para el cuidado.
Si necesita servicios para la salud mental, el comportamiento o la drogadicción	Consulta de vídeo de TRS Virtual Health	\$70 <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	No se aplica	Las consultas pueden ser con un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico con licencia, consejero o terapeuta
Si necesita servicios para la salud mental, el comportamiento o la drogadicción	Servicios para pacientes hospitalizados	20% <u>coseguro</u> después de \$150 <u>copago</u> por día por los primeros 5 días	40% <u>coseguro</u> . El miembro del plan paga la cantidad que exceda el saldo cubierto de \$500 por día después del <u>deducible</u> .	Máximo por año del <u>plan</u> por persona, en instalación médica dentro de la red \$2,250. Podría aplicarse una sanción de \$250 por no haber obtenido <u>autorización</u> previa para el cuidado médico fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio médico	No se cobra	40% <u>coseguro</u>	El <u>costo compartido</u> no se aplica a ciertos <u>servicios preventivos</u> . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el Resumen de Beneficios y Cobertura (por ejemplo, los sonogramas).

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Límites, Excepciones y Demás Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted Pagará Menos)	Proveedor Fuera de la Red (Usted Pagará Más)	
Si está embarazada	Parto / servicios de partero o profesional	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	El <u>costo compartido</u> no se aplica a ciertos <u>servicios preventivos</u> . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el Resumen de Beneficios y Cobertura (por ejemplo, los sonogramas).
Si está embarazada	Parto / servicios de centro de maternidad	20% <u>coseguro</u> después de \$150 <u>copago</u> por día por los primeros 5 días	40% <u>coseguro</u> . El miembro del plan paga la cantidad que exceda el saldo cubierto de \$500 por día después del <u>deducible</u>	El <u>costo compartido</u> no se aplica a ciertos <u>servicios preventivos</u> . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el Resumen de Beneficios y Cobertura (por ejemplo, los sonogramas). Copago máximo de instalación médica por año del <u>plan</u> y por persona: \$2,250. Podría aplicarse una sanción de \$250 por no haber obtenido <u>autorización</u> previa para el cuidado médico fuera de la red.
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Asistencia médica a domicilio</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	60 visitas por año del <u>plan</u> . Podría requerirse <u>autorización previa</u> para el cuidado médico fuera de la red.
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$70 copago por visita; no se aplica el <u>deducible</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguno
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Servicios de adiestramiento para incapacitados</u>	\$70 copago por visita; no se aplica el <u>deducible</u>	40% <u>coseguro</u>	Se limita al tratamiento del autismo y a la terapia del habla para retrasos del desarrollo.
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Centro de rehabilitación con enfermeros especializados (skilled nursing care)</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	25 días/por año del <u>plan</u> . Podría aplicarse una sanción de \$250 por no haber obtenido <u>autorización previa</u> para el cuidado médico fuera de la red.
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Equipo médico duradero</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se limita a 1 <u>equipo médico duradero</u> para igual o similar propósito. Se excluyen las reparaciones por abuso o uso indebido.

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Límites, Excepciones y Demás Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted Pagará Menos)	Proveedor Fuera de la Red (Usted Pagará Más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades médicas especiales	<u>Servicios para pacientes desahuciados (hospice)</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Podría aplicarse una sanción de \$250 por no haber obtenido <u>autorización previa</u> para el cuidado médico fuera de la red.
Si su hijo necesita asistencia dental u oftalmológica	Examen de la vista para menores de edad	\$70 <u>copago</u> por visita; no se aplica el <u>deducible</u>	40% <u>coseguro</u>	1 examen oftalmológico de rutina por año del <u>plan</u> si lo realiza un oftalmólogo u optómetra.
Si su hijo necesita asistencia dental u oftalmológica	Anteojos para menores de edad	No se cubre	No se cubre	No se cubre
Si su hijo necesita asistencia dental u oftalmológica	Children's dental check-up	No se cubre	No se cubre	No se cubre

Servicios Excluidos y Demás Servicios Cubiertos:

Servicios que Generalmente NO Cubre su Plan (Revise su póliza o documentos del plan para obtener más información y una lista de todos los servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Asistencia dental (para adultos y menores de edad)
- Anteojos (para menores de edad)
- Asistencia médica a largo plazo
- Asistencia médica que no sea de emergencia fuera de los Estados Unidos
- Servicios privados de enfermería
- Cuidado podiátrico de rutina
- Programas para la pérdida de peso – excepto para los servicios preventivos requeridos

Otros Servicios Cubiertos. (Podrían aplicarse limitaciones para estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte los documentos de su plan).

- Cirugía bariátrica. Se limita solo a los centros médicos identificados como *Institutes of Quality* si los servicios se prestan dentro de la red. Copago: \$5000
- Asistencia quiropráctica. 35 visitas por año del plan.
- Dispositivos auditivos: Máximo \$1,000 para 36 meses
- Tratamiento para la infertilidad. Se limita al diagnóstico y tratamiento de enfermedades subyacentes.
- Examen oftalmológico de rutina (adultos): 1 examen por año del plan

Sus Derechos a Recibir Continuidad de la Cobertura

Existen agencias que podrían ayudarle si desea usted continuar su cobertura después de haberse terminado. A continuación, encontrará información sobre tales agencias.

Para más información sobre sus derechos a continuar su cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-222-9205.

- Si su plan de seguro médico de grupo está sujeto a ERISA, puede comunicarse además con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado - Departamento del Trabajo (*Department of Labor's Employee Benefits Security Administration*) llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando el sitio web <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>.
- Para los planes médicos de grupo gubernamentales y no federales, puede comunicarse también con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*), con el Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (*Center for Consumer Information and Insurance Oversight*) llamando al 1-877-267-2323, ext. 61565 o visitando el sitio web www.cciio.cms.gov.

- Si su cobertura es más bien un plan eclesiástico (church plan), tenga presente que los planes eclesiásticos no están cubiertos por las reglas federales de continuidad de la cobertura COBRA. De estar asegurada la cobertura, las personas interesadas deberán comunicarse con su regulador de seguros estatales con respecto a sus posibles derechos a recibir continuidad de la cobertura bajo las leyes estatales.

Podría haber además otras opciones de cobertura a su disposición, incluyendo la compra de cobertura de seguro médico individual a través de The Health Insurance Marketplace. Para más información sobre el Mercado de Seguro, visite el www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos a la Presentación de Quejas y Apelación:

Existen agencias que podrían ayudarle en caso de que tenga usted una queja contra su plan por habersele denegado una reclamación. Esta queja es lo que se conoce como querrela o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también le proporcionan información completa sobre cómo presentar, contra su plan, una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita usted ayuda, puede:

Comunicarse directamente con Aetna llamando gratis al número que aparece en su tarjeta de identificación de seguro (*Medical ID Card*) o comunicándose gratis a nuestro número general, llamado al 1-800-222-9205.

- Si su plan de seguro médico de grupo está sujeto a ERISA, puede comunicarse además con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado - Departamento del Trabajo (*Department of Labor's Employee Benefits Security Administration*) llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando el sitio web www.dol.gov/agencies/ebsa.
- Para los planes médicos de grupo gubernamentales y no federales, puede comunicarse también con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*), con el Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (*Center for Consumer Information and Insurance Oversight*), llamando al 1-877-267-2323, ext. 61565 o visitando el sitio web www.cciio.cms.gov.
- Por otra parte, un programa de ayuda al consumidor podría también ayudarle a presentar su apelación. La información de contacto se encuentra en el <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

¿Proporciona este plan la Cobertura Mínima Esencial? Sí.

De no poseer usted Cobertura Mínima Esencial durante un mes, tendrá que efectuar un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que sea elegible para excepción del requisito que le exige tener cobertura médica para ese mes.

¿Cumple este plan con las Normas de Valor Mínimo? Sí.

De no cumplir su plan con las Normas de Valor Mínimo (Minimum Value Standards), usted podría ser elegible para recibir un crédito fiscal en cuanto a la prima de seguro (premium tax credit) que le ayude a pagar por un plan del Mercado de Seguro.

----- Remítase a la siguiente sección, para ver ejemplos sobre cómo podría este plan cubrir los costos de ciertas circunstancias médicas.-----

Información acerca de Estos Ejemplos de Cobertura:



Esta no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran a continuación son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la asistencia médica. Los costos suyos serán diferentes, dependiendo de la asistencia médica que reciba realmente, de los precios que cobre su proveedor, así como de muchos otros factores. Enfóquese en las cantidades correspondientes a los costos compartidos (es decir, los deducibles, los copagos y el coseguro) y en los servicios excluidos bajo el plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que tendría que pagar usted bajo los diferentes planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos se basan en la cobertura de empleado solamente.

Rosa va a tener un bebé
(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red con parto en el hospital)

- **Deducible general del plan** \$1,000
- **Coseguro visita al consultorio del especialista** \$70
- **Coseguro hospital (instalación médica)** 20%
- **Otro tipo de coseguro** 20

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:
 Visitas al consultorio de un especialista (*cuidado prenatal*) Parto / Servicios de Partero o Profesional Parto / Servicios de Centro de Maternidad Pruebas Diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre)
 Visita al consultorio del especialista (*anestesia*)

Costo Total del Ejemplo	\$12,800
En este ejemplo, Rosa pagaría:	
<i>Costo Compartido</i>	
Deducibles*	\$1,000
Copagos	\$100
Coseguro	\$2,300
<i>Lo Que No Se Cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Rosa es:	\$3,460

Controlando la Diabetes Tipo 2 de José
(Un año de asistencia médica de rutina dentro de la red para un buen control de la enfermedad)

- **Deducible general del plan** \$1,000
- **Coseguro visita al consultorio del especialista** \$70
- **Coseguro hospital (instalación médica)** 20%
- **Otro tipo de coseguro** 20%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:
 Visitas al consultorio del médico primario (*PCP*) (*incluyendo recursos educativos sobre la enfermedad*) Pruebas Diagnósticas (*análisis de sangre*) Medicinas recetadas Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo Total del Ejemplo	\$7,400
En este ejemplo, José pagaría:	
<i>Costo Compartido</i>	
Deducibles*	\$300
Copagos	\$1,900
Coseguro	\$0
<i>Lo Que No Se Cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría José es:	\$2,220

La Fractura Simple de María
(Visita a la sala de emergencias dentro de la red con seguimiento médico)

- **Deducible general del plan** \$1,000
- **Coseguro visita al consultorio del especialista** \$70
- **Coseguro hospital (instalación médica)** 20%
- **Otro tipo de coseguro** 20%

This EXAMPLE event includes services like:
 Asistencia médica en sala de emergencias (*incluyendo los suministros médicos*) Pruebas de Diagnóstico (*radiografías*) Equipo médico duradero (*muletas*) Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Total Example Cost	\$1,900
En este ejemplo, María pagaría:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deducibles*	\$1,000
Copagos	\$300
Coseguro	\$70
<i>Lo Que No Se Cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría María es:	\$1,370

Nota: Si su plan tiene un programa de bienestar físico y usted decide participar en el mismo, es posible que pueda reducir sus costos.
 *Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Vea "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?"

El plan sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos presentados como

Tecnología de Asistencia

Las personas que utilizan la tecnología de asistencia podrían no tener acceso completo a la siguiente información. Para recibir ayuda llame al 1-800-222-9205.

Teléfono Inteligente o Tableta

Para poder ver los documentos en su teléfono inteligente o tableta, se requiere que tenga la aplicación gratis de WinZip. Podría estar disponible a través de su Tienda de Aplicaciones "App Store".

No Discriminación

Aetna cumple con las leyes federales aplicables en materia de derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata a nadie de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, ni incapacidad.

Aetna proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con impedimentos de comunicación y a personas que necesiten asistencia con el idioma.

Si usted necesita servicios de un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción o de otro tipo, sírvase llamar al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

Si considera que hemos fallado al no proporcionarle estos servicios o que le hemos discriminado de otra manera basándose en una de las clases protegidas mencionadas anteriormente, puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles (*Civil Rights Coordinator*) escribiendo a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (Los clientes de HMO en California pueden dirigirse al PO Box 24030 Fresno, CA 93779)

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379 (Los clientes de HMO en California pueden llamar al 1-860-262-7705).

Correo electrónico: CRCoordinator@aetna.com

Usted puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o al U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201 o al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es la marca utilizada para productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, incluyendo Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus afiliados.

- Hawaiian - No ke kōkua ma ka ‘ōlelo Hawai‘i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-800-222-9205. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
- Hindi - **हन्दि में भाषा सहायता के लएि, 1-800-222-9205 पर मुफ्त कॉल करें।**
- Hmong - Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-800-222-9205.
- Ibo - **Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-800-222-9205 na akwụghị ụgwọ ọ bụla**
- Ilocano - Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-800-222-9205 nga awan ti bayadanyo.
- Italian - Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-800-222-9205.
- Japanese - **日本語で援助をご希望の方は、1-800-222-9205 まで無料でお電話ください。**
- Karen - လာဝတ်မတၢလာဝတ်ကတိလ်ကိၣ်အိၣ်ကိၣ် ကိၣ် ကိၣ်: 1-800-222-9205 လာဝတ်အိၣ်ဒီးတၢ်လာဝတ်ၣ်လၢဝတ်ၣ်စ့ၣ်
- Korean - **한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-800-222-9205 번으로 전화해 주십시오.**
- Kru-Bassa - **Be`m`ké gbo-kpá-kpá dyé pídyi dé Bāsów`wuḍuūn wēē, dǎ 1-800-222-9205**
- Kurdish - **برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-222-9205 به خورایی یه یومندی بکسن.**
- Laotian - **ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ1-800-222-9205 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.**
- Marathi - **तीलभाषा (मराठी) सहाय्यासाठी 1-800-222-9205 क्रमांकावरकोणत्याहीखर्चाशिवायकॉलकरा.**
- Marshallese - Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-800-222-9205 ilo ejjelok wōnān.
- Micronesian-Pohnpeyan - **Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-800-222-9205 ni sohte isais.**
- Mon-Khmer, Cambodian - **សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-222-9205 ដោយឥតគិតថ្លៃ។**
- Navajo - T'áá shi shizaad k'ehjí bee shík'a a'doowol nínizingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólne' 1-800-222-9205
- Nepali - **(नेपाली) मा निःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-800-222-9205 मा फोन गर्नुहोस् ।**
- Nilotic-Dinka - Tën kuwoṅy ë thok ë Thuonjāṅ cōl 1-800-222-9205 kecīn ayōc.
- Norwegian - For språkassistanse på norsk, ring 1-800-222-9205 kostnadsfritt.
- Panjabi - **ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, 1-800-222-9205 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।**
- Pennsylvania Dutch - Fer Hefle in Deitsch, ruf: 1-800-222-9205 aa. Es Aaruf koschtet nix.
- Persian - **برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-222-9205 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی**
- Polish - Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-800-222-9205.

