

Este documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudara a elegir un plan de salud. El SBC le 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 (llamado the premium) se proporcionará separadamente. Este documento 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 1-800-792-3666 o visítenos en [www.ieshaffer.com](http://www.ieshaffer.com). Para obtener información general sobre términos comunes, tales como la cantidad permitida, la facturación del saldo, el co-seguro, el co-pago, el deducible, el proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario.

Preguntas Importantes	Respuestas	Su Importancia:
¿Cual es el <u>deducible total</u> ?	\$0	Mire la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para los costos de servicios cubiertos por este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con su deducible?	No aplica.	
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Para los <u>proveedores dentro de la red</u> : \$6,000 individual/\$12,000 familiar; para <u>proveedores fuera de la red</u> : no límite. Para <u>farmacias dentro de la red</u> /gastos de medicamentos: \$2,500 individual / \$5,000 familiar.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que le correspondería pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan, estos deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué no se incluye el desembolso?	<u>Prima</u> , <u>el balance de cuentas</u> y cuidado de salud no cubierto por este <u>plan</u> .	A pesar de que Ud. Paga por estos gastos, no cuentan para cumplir su límite de <u>gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> , vaya a <a href="http://www.horizonblue.com">www.horizonblue.com</a> o llame a 1-800-355-2583.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del plan. Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y puede recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener estos servicios.
¿Necesita <u>una referencia</u> para ver a <u>un especialista</u> ?	No.	Usted podrá ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</u> .

Todos los costos de co-pago y co-seguro que se muestran en esta tabla son después de que se haya completado su deducible, si aplica un deducible.

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Ud. Pueda necesitar	Cuanto Será Tu Pago		Límites y Excepciones
		Proveedor dentro de la Red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará más)	
<b>Si acude la oficina o clínica de <u>un proveedor de salud</u></b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Co-pago</u> de \$25/visita	Sin cobertura	Ninguna
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Co-pago</u> de \$25/visita	Sin cobertura	La cobertura quiropráctica limitada a 25 visitas por persona por año del calendario.
	Atención preventiva/examen colectivo / vacuna	Sin cargo		Ninguna
<b>Si Ud. Tiene un examen</b>	<u>Examen diagnóstico</u> (rayos X, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes (CT, PET, MRIs)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si necesita medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b>  Más información sobre la <u>cobertura para medicamento de receta</u> esta disponible en <a href="http://www.horizonblue.com">www.horizonblue.com</a>	Nivel 1 – Normalmente medicamentos de genéricos	\$5 <u>co-pago</u> al menudeo, abastecimiento de 30 días, \$10 <u>co-pago</u> compra por correo, abastecimiento de 90 días	Sin cobertura	El máximo <u>gasto de bolsillo</u> de los gastos de prescripción es \$2,500 por persona/\$5,000 por familia. Este es un límite separado del plan médico.
	Nivel 2- Normalmente Medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos	20% <u>co-pago</u> (al menudeo mínimo <u>co-pago</u> de \$20, <u>co-pago</u> máximo de \$50/ compra por correo <u>co-pago</u> mínimo de \$40 y <u>co-pago</u> máximo de \$100	Sin cobertura	El máximo <u>gasto de bolsillo</u> de los gastos de prescripción es \$2,500 por persona/\$5,000 por familia. Este es un límite separado del plan médico.
	Nivel 3- Normalmente medicamentos de marca no preferidos	No hay genérico disponible-30% <u>co-pago</u> (al menudeo mínimo <u>co-pago</u> de \$35, <u>co-pago</u>	Sin cobertura	El Plan es mandatorio genérico. La penalidad por recibir un medicamento de marca que tiene un sustituto genérico aprobado por el FDA es el <u>co-pago</u>

[\* Para más información sobre limitaciones y excepciones, mire el plan o la póliza de este documento en [www.ieshaffer.com](http://www.ieshaffer.com).]

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Ud. Pueda necesitar	Cuanto Será Tu Pago		Límites y Excepciones
		Proveedor dentro de la Red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará más)	
		máximo de 75/ compra por correo <u>co-pago</u> mínimo de \$70, <u>co-pago</u> máximo de \$150 Si hay genérico disponible- al menudeo \$5 más la diferencia del costo entre el medicamento de marca y el genérico/compra por correo \$10 más la diferencia del costo entre el medicamento de marca y el genérico		aplicable por un medicamento genérico más la diferencia en costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico. Esta penalidad no se somete a las limitaciones de los co-pagos máximos.
	<u>Medicamentos especializados</u>	20% <u>co-pago</u> , mínimo \$35, máximo \$250	Sin cobertura	Abastecimiento de 30 días. El costo fuera de bolsillo anual máximo por <u>medicamentos especializados</u> es \$2,500
<b>Si Ud. recibe cirugía en un centro externo (no hay hospitalización)</b>	El costo del centro (por ejemplo, un cuarto en un hospital)	<u>Co-pago</u> de \$100, <u>co-seguro</u> de 10%	Sin cobertura	Ninguna
	El costo de un médico o cirujano	<u>Co-pago</u> de \$100, <u>co-seguro</u> de 10%	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si Ud. necesita atención médica inmediata</b>	<u>Cuidado en la sala de emergencias</u>	<u>Co-pago</u> de \$200	<u>Co-pago</u> de \$200	No se cobrará un <u>co-pago</u> de \$200 si admitido dentro de un período de 24 horas
	<u>Transporte para una emergencia médica.</u>	<u>Co-seguro</u> de 10%	<u>Co-seguro</u> de 10%	Cubre el transporte del lugar del accidente o necesidad médica al hospital más cercano que pueda ofrecer tratamiento
	<u>Cuidado urgente</u>	\$25 <u>co-pago</u> por visita	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si tiene una estadía en el hospital</b>	El costo del centro (por ejemplo, un cuarto en un hospital)	<u>Co-pago</u> de \$500, <u>Co-seguro</u> de 10%	Sin cobertura	Requisitos de <u>pre-certificación</u> son requeridos. No se pagarán beneficios por tratamientos que no estén preautorizados
	El costo de un médico o	<u>Co-seguro</u> de 10%	Sin cobertura	Ninguna

[\* Para más información sobre limitaciones y excepciones, mire el plan o la póliza de este documento en [www.ieshaffer.com](http://www.ieshaffer.com).]

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Ud. Pueda necesitar	Cuanto Será Tu Pago		Límites y Excepciones
		Proveedor dentro de la Red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará más)	
	cirujano			
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	En una oficina- <u>co-pago</u> de \$25, Servicio externo- <u>co-pago</u> de \$25	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de hospitalización	<u>Co-pago</u> de \$500, <u>co-seguro</u> de 10%	Sin cobertura	Se aplican los requisitos de <u>pre-certificación</u> . El no cumplir con estos requisitos resulta en no recibir cobertura
<b>Sí estas embarazada</b>	Visitas a la oficina de un doctor primario	\$25 <u>co-pago</u> /primera visita	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de parto profesionales	<u>Co-seguro</u> de 10%	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	<u>Co-pago</u> de \$500, <u>co-seguro</u> de 10%	Sin cobertura	Se aplican los requisitos de <u>pre-certificación</u> . No se pagarán beneficios por tratamientos que no estén <u>preautorizados</u>
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<u>Cuidado de salud en casa</u>	<u>Co-seguro</u> de 10%	Sin cobertura	4 horas= 1 visita No hay cobertura para el cuidado de pacientes internos. Se aplican los requisitos de <u>pre-certificación</u>
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$25 <u>co-pago</u> /vista para cuidado externo. Para hospitalización, <u>co-seguro</u> de 10%	Sin cobertura	Terapia a plazo corto limitada a 30 visitas por año. Rehabilitación para pacientes hospitalizados se limita a 60 días por año
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$25 <u>co-pago</u> /vista para cuidado externo. Para hospitalización, <u>co-seguro</u> de 10%	Sin cobertura	Los costos pueden variar según el centro que Brinda el servicio. *Consulte la sección Servicios terapéuticos.
	<u>Cuidado de enfermera</u>	<u>Co-seguro</u> de 10%	Sin cobertura	Limitado a 100 días por año. Sólo tratamiento médico
	<u>Equipo medico</u>	<u>Co-seguro</u> de 10%	Sin cobertura	El alquiler hasta el máximo del costo de

[\* Para más información sobre limitaciones y excepciones, mire el plan o la póliza de este documento en [www.ieshafter.com](http://www.ieshafter.com).]

Eventos Médicos Comunes	Servicios que Ud. Pueda necesitar	Cuanto Será Tu Pago		Límites y Excepciones
		Proveedor dentro de la Red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará más)	
				compra. No hay cobertura para equipo de higiene personal.
	<u>Servicio de hospicio</u>	<u>Co-seguro de 10%</u>	Sin cobertura	Exluje el cuidado de guía pastoral y consejo. Límite de cuidado de relevo de 10 días
<b>Si su niño necesita cuidado dental o visión</b>	Examen de la vista pediátrico	Refiera al beneficio Davis Vision	Sin cobertura	Cobertura para el examen de la vista para niños bajo el beneficio cuidado preventivo
	Anteojos para niños	Refiera al beneficio Davis Vision	Sin cobertura	
	Chequeo dental para niños	Refiera a su plan dental.	Sin cobertura	Estimado de riesgo de salud bucal bajo el beneficio de cuidado preventivo

### Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

<b>Servicios que su Plan no Cubre</b> (Consulte su póliza o 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 Bariátrica</li> <li>• Cirugía Cosmética</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado dental (con excepción de ciertos procedimientos quirúrgicos, tratamos temporomandibulares y el tratamiento para niños menores de 6 años</li> <li>• Servicios de rehabilitación</li> <li>• Audífonos (excepto para niños menores de años</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado a largo plazo</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies</li> <li>• Programas para pérdida de peso</li> </ul>	
<b>Otros Servicios no cubiertos</b> (Esta no es una lista completa. Por favor, revise su póliza o documento del Plan para otros servicios cubiertos y su costo para recibir estos servicios)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado quiropráctico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de no-emergencia cuando está de viaje fuera de los Estados Unidos (excluye procedimientos no disponibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de enfermera privado (no en un hospital)</li> <li>• Cuidado rutinario de la vista (adulto)</li> </ul>	

[\* Para más información sobre limitaciones y excepciones, mire el plan o la póliza de este documento en [www.ieshaffer.com](http://www.ieshaffer.com).]

**Otros Servicios no cubiertos (Esta no es una lista completa. Por favor, revise su póliza o documento del Plan para otros servicios cubiertos y su costo para recibir estos servicios)**

**Sus derechos para Continuar Cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto para esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento del Trabajo al 1-866-444-EBSA o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted también, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros de Salud, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de Quejas y Apelaciones:** Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan para una reclamación. Esta queja se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación, o una queja por cualquier razón a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación, o asistencia, póngase en contacto con: I E Shaffer & Co., P.O. Box 1028, West Trenton, NJ 08628, o puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? 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 otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para primas.

**Cumple esta cobertura con el valor estandar mínimo? Sí**

Si su plan no cumple con el valor estándar mínimo de Cobertura, usted puede ser elegible para un crédito de impuestos para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado de Seguros de Salud.

**Servicio para Acceso a Lenguas:**

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-792-3666]

[Para ver ejemplos de cómo este plan cubre los gastos de una situación médica, pase a la próxima página](#)

**PRA Disclosure Statement:** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is **0938-1146**. The time required to complete this information collection is estimated to average **0.08** hours per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

[\* Para más información sobre limitaciones y excepciones, mire el plan o la póliza de este documento en [www.ieshaffer.com](http://www.ieshaffer.com).]

## Ejemplos sobre esta cobertura:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son sólo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo del cuidado real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos en el plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que podría pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura de autoservicio.

### Peg está Teniendo un Niño

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

■ El <u>deducible total del plan</u>	\$0
■ <u>Copago de especialista</u>	\$25
■ <u>Coseguro del hospital</u>	10%
■ Otro <u>coseguro</u>	10%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a consultorios especializados (atención prenatal)  
 Servicios profesionales de parto  
 Servicio de parto / servicios de hospital  
 Pruebas diagnósticas (ultrasonidos y sangre)  
 Visita de especialista (anestesia)

<b>Costo Total del Ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Gastos Compartidos:</i>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$30
<u>Coseguro</u>	\$800
Lo que no está cubierto	
Limites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$1390</b>

### Controlando la Diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención rutinaria dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El <u>deducible total del plan</u>	\$0
■ <u>Copago de especialista</u>	\$25
■ <u>Coseguro del hospital</u>	10%
■ Otro <u>coseguro</u>	10%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a consultorios médicos de atención primaria (incluyendo educación sobre enfermedades)  
 Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)  
 Medicamentos recetados  
 Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

<b>Costo Total del Ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Gastos Compartidos:</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$700
Lo que no está cubierto	
Limites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1120</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible total del plan</u>	\$0
■ <u>Copago de especialista</u>	\$25
■ <u>Coseguro del hospital</u>	10%
■ Otro <u>coseguro</u>	10%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Cuidado en la sala de emergencias (incluyendo suministros médicos)  
 Prueba de diagnóstico (radiografía)  
 Equipo médico duradero (muletas)  
 Servicios de Rehabilitación (fisioterapia)

<b>Costo Total del Ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Gastos Compartidos:</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$200
Lo que no está cubierto	
Limites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$600</b>

