



El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) será útil para que seleccione un plan de salud. El SBC le indica cómo el costo de los servicios de cuidado de la salud cubiertos se dividirá entre usted y el [plan](#). NOTA: La información relativa al costo de este [plan](#) (lo cual se denomina la [prima](#)) se facilitará por separado.

Esto es solo un resumen. Para más información acerca de su cobertura o para recibir una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-718-625-6300. Consulte el Glosario para ver las definiciones generales de los términos comunes, tales como [monto permitido](#), [facturación por el saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), proveedor, u otros términos [subrayados](#). El Glosario está disponible visitando [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o puede llamar al 1-718-625-6300 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué importa:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	Para <a href="#">proveedores participantes</a> \$6,500 <b>persona</b> / \$13,000 <b>familia</b> Para <a href="#">proveedores no participantes</a> \$13,000 <b>persona</b> / \$26,000 <b>familia</b>	Generalmente, usted es responsable de pagar todos los costos que cobren los proveedores hasta satisfacer el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a ser responsable por los pagos. Si el <a href="#">plan</a> también cubre a otros miembros de la familia, cada persona debe satisfacer el monto de su <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> que hayan pagado todos los miembros de la familia satisfaga el <a href="#">deducible</a> general de la familia.
¿Algún servicio está cubierto antes de que satisfaga el monto de su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios relativos al <a href="#">cuidado preventivo</a> Y cuidado primario están cubiertos incluso antes de que satisfaga el monto de su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre ciertos artículos y servicios incluso si todavía no ha satisfecho el monto del <a href="#">deducible</a> . No obstante, es posible que corresponda un <a href="#">copago</a> o el <a href="#">coaseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> ofrece cobertura para ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que satisfaga el monto de su <a href="#">deducible</a> . Consulte la lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos visitando <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
¿Se aplican otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No	No es necesario que satisfaga montos de <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cuáles son los otros costos de los servicios cubiertos bajo este <a href="#">plan</a> .
¿Cuál es el <a href="#">desembolso máximo</a> de este <a href="#">plan</a> ?	Para <a href="#">proveedores participantes</a> \$7,350 <b>persona</b> / \$14,700 <b>familia</b> Para <a href="#">proveedores no participantes</a> \$15,000 <b>persona</b> / \$30,000 <b>familia</b>	El <a href="#">desembolso máximo</a> es la cantidad máxima que podría tener que pagar en un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia son parte de este <a href="#">plan</a> , deberán satisfacer sus propios <a href="#">desembolsos máximos</a> hasta que se haya satisfecho el <a href="#">desembolso máximo</a> general de la familia.
¿Qué no cuenta para el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , cargos de <a href="#">facturación por el saldo</a> (a menos que la facturación por el saldo esté prohibida) y cuidado de la salud que no están cubiertos bajo este <a href="#">plan</a> .	Si bien usted es responsable del pago de estos gastos, no se cuentan para el <a href="#">desembolso máximo</a> .
¿Tendrá que pagar menos si visita un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.cigna.com">www.cigna.com</a>	Este <a href="#">plan</a> tiene una <a href="#">red</a> de proveedores. Tendrá que pagar menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> que esté dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Tendrá que pagar más si visita un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que un <a href="#">proveedor</a> le envíe una factura por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <a href="#">plan</a> (lo cual se denomina <a href="#">facturación por el saldo</a> ). Debe saber que es posible que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> use un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Hable con su <a href="#">proveedor</a> acerca de esto antes de recibir servicios.
¿Necesita una <a href="#">remisión</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede tener una consulta con un <a href="#">especialista</a> si así lo desea sin necesitar una <a href="#">remisión</a> .



Todos los costos de [copagos](#) y [coaseguro](#) que se muestran en esta tabla representan los montos después de que haya satisfecho su [deducible](#) si es que tiene un [deducible](#).

Evento médico regular	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
<b>Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor del cuidado de la salud</a></b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<a href="#">Copago</a> de \$40/visita al consultorio	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	-----Ninguna-----
	Visitas a <a href="#">especialistas</a>	<a href="#">Copago</a> de \$40/visita al consultorio	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	-----Ninguna-----
	<a href="#">Cuidado preventivo/evaluación de detección/inmunización</a>	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	Es posible que sea responsable del pago de los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su <a href="#">plan</a> .
<b>Si se tiene que hacer una prueba</b>	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo/depende del consultorio <a href="#">Copago</a> de \$500/depende el hospital	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , no se cubrirán los servicios.*
	Escaneos (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	
<b>Si necesita medicamentos para el tratamiento de su enfermedad o afección</b> Más información acerca de la <a href="#">cobertura para medicamentos recetados</a> disponible visitando <a href="#">www.proactrx.com</a>	Medicamentos genéricos	<a href="#">Copago</a> de \$15 / Surtida en la farmacia <a href="#">Copago</a> de \$30 / Surtida por correo	No está cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días (suscripción en farmacia); suministro de 31 a 90 días (Surtida por correo).
	Medicamentos de marcas preferidas	<a href="#">Copago</a> de \$50 / Surtida en la farmacia <a href="#">Copago</a> de \$100 / Surtida por correo	No está cubierto	
	Medicamentos de marcas no preferidas	<a href="#">Copago</a> de \$80 / Surtida en la farmacia <a href="#">Copago</a> de \$160 / Surtida por correo	No está cubierto	
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	No está cubierto	No está cubierto	
<b>Si necesita cirugía ambulatoria</b>	Tarifa de la instalación (tal como centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , no se cubrirán los servicios.*
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	
<b>Si necesita cuidado de la salud inmediatamente</b>	<a href="#">Tratamiento en la sala de emergencias</a>	<a href="#">Copago</a> de \$250	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	El copago no se cobra si termina hospitalizado La cobertura se limita solo a las visitas a la sala de emergencias que sean urgentes
	<a href="#">Transporte por emergencia médica</a>	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	La cobertura se limita solo al transporte terrestre de emergencias
	<a href="#">Cuidado de urgencias</a>	<a href="#">Copago</a> de \$70	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	-----Ninguna-----
<b>Si debe estar hospitalizado</b>	Tarifa de la instalación (tal como por la habitación del hospital)	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , no se cubrirán los servicios.*
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, o para solicitar la Descripción resumida del plan (SPD), llámenos al 1-718-625-6300.

Evento médico regular	Servicios que podría necesitar	Cuánto pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
<b>Si necesita servicios por motivos de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	<a href="#">Copago</a> de \$70	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	-----Ninguna-----
	Servicios por hospitalización	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , no se cubrirán los servicios.*
<b>Sí está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<a href="#">Copago</a> de \$40/visita al consultorio	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	-----Ninguna-----
	Servicios profesionales para el parto	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	-----Ninguna-----
	Servicios de la instalación para el parto	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , no se cubrirán los servicios.*
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	La cobertura se limita a 60 visitas por año calendario. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , no se cubrirán los servicios.*
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	<a href="#">Copago</a> de \$70	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	La cobertura se limita a 30 visitas por año calendario. Únicamente se cubren los beneficios en un centro de fisioterapia independiente. No se cubre la fisioterapia que se haga en un hospital ambulatorio.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna-----
	<a href="#">Servicios de enfermería especializada</a>	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	La cobertura se limita a 30 visitas por año calendario. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , no se cubrirán los servicios.*
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> cuando la cantidad sea < \$1,000
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	Sin cargo	<a href="#">Coaseguro</a> del 50 %	La cobertura se limita a 30 visitas por año calendario. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , no se cubrirán los servicios.*
<b>Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna-----
	Gafas para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna-----
	Chequeo dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna-----

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, o para solicitar la Descripción resumida del plan (SPD), llámenos al 1-718-625-6300.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o del plan para más información y una lista de todos los demás [servicios excluidos](#)).

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● Acupuntura</li><li>● Cirugía bariátrica</li><li>● Cirugía cosmética</li><li>● Cuidado dental</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>● Exámenes de la vista</li><li>● Servicios de rehabilitación</li><li>● Tratamiento por infertilidad</li><li>● Cuidado a largo plazo</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>● Cuidado médico cuando viaje fuera de los EE. UU.</li><li>● Enfermería privada</li><li>● Cuidado de rutina de los pies</li><li>● Programas de pérdida de peso</li></ul> |
|--|---|--|

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Cuidado quiropráctico

**Sus derechos de continuación de la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si desea que su cobertura continúe después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados llamando al 1-866-444-EBSA o visitando [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform); Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros, llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov); o puede llamar a la APA al 1-718-625- 6300 o visitar [www.apatpa.com](http://www.apatpa.com). Asimismo, es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, que incluyen comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de seguros médicos. Para más información sobre el [Mercado de seguros médicos](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos en relación a querellas y apelaciones:** Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja acerca de su [plan](#) por la negación de una reclamación. Este tipo de queja se denomina [querella](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Asimismo, los documentos de su [plan](#) contienen toda la información que necesita para presentar una [reclamación](#), [apelación](#), o [querella](#) formal por cualquier tema relacionado a su [plan](#). Si desea más datos acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, llame a: APA al 1-718-625-6300 o visite [www.apatpa.com](http://www.apatpa.com).

### ¿Este plan ofrece cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene [Cobertura esencial mínima](#) por un mes, deberá pagar una multa al presentar su declaración de impuestos, a menos que reúna los requisitos para una exención de la obligación de tener cobertura médica por ese mes.

### ¿Este plan satisface las Normas de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no satisface las [Normas de valor mínimo](#), es posible que reúna los requisitos para recibir un [crédito fiscal para la prima](#) para que pueda adquirir un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios de acceso en distintos idiomas:

Si necesita ayuda debido al idioma, consulte los lemas y la notificación de no discriminación al final de este documento que se presentan en varios idiomas, o llámenos al 1-718-625-6300

-----Consulte la siguiente sección si desea ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica en particular.-----

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos que se presentan son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir un caso en particular del cuidado de la salud. Sus costos reales variarán dependiendo del cuidado que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos factores más. Fíjese en los montos de [costos compartidos](#) (deducibles, [copagos](#) y [coaseguro](#)) y los [servicios que se excluyen](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos por los que podría ser responsable de pagar al tener distintos [planes](#). Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

<b>Peg va a tener un bebé</b> (9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en el hospital)	<b>Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe</b> (un año de cuidado de rutina dentro de la red por una afección bien controlada)	<b>Fractura simple de Mia</b> (visita a la sala de emergencias dentro de la red y cuidado de seguimiento)
--	---	--

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> es	\$6,500	■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> es	\$6,500	■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> es	\$6,500
■ <a href="#">Copago para el especialista</a>	\$40	■ <a href="#">Copago para el especialista</a>	\$40	■ <a href="#">Copago para el especialista</a>	\$40
■ <a href="#">Coaseguro</a> del hospital (instalación)	0 %	■ <a href="#">Coaseguro</a> del hospital (instalación)	0 %	■ <a href="#">Coaseguro</a> del hospital (instalación)	\$250
■ Otro <a href="#">copago</a>	\$70	■ Otro <a href="#">copago</a>	\$70	■ Otro <a href="#">copago</a>	\$70

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de trabajo de parto/parto  
 Servicios de las instalaciones para el trabajo de parto/parto  
 Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del médico de cabecera (*incluye educación sobre la enfermedad*)  
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos recetados  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**

Cuidado en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
 Prueba de diagnóstico (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,800</b>
--------------------------------	-----------------

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$7,400</b>
--------------------------------	----------------

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$1,900</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$6,500
Copagos	\$40
Coaseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$6,540</b>

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$6,500
Copagos	\$480
Coaseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$6,980</b>

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,900
Copagos	\$0
Coaseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,900</b>