



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 o puede llamar al 1-718-625-6300 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué importa:
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores participantes \$500 persona / \$1,000 familia Para proveedores no participantes \$2,500 persona / \$5,000 familia	Generalmente, usted es responsable de pagar todos los costos que cobren los proveedores hasta satisfacer el monto del deducible antes de que este plan comience a ser responsable por los pagos. Si el plan también cubre a otros miembros de la familia, cada persona debe satisfacer el monto de su deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles que hayan pagado todos los miembros de la familia satisfaga el deducible general de la familia.
¿Algún servicio está cubierto antes de que satisfaga el monto de su deducible ?	Sí. Los servicios relativos al cuidado preventivo Y cuidado primario están cubiertos incluso antes de que satisfaga el monto de su deducible .	Este plan cubre ciertos artículos y servicios incluso si todavía no ha satisfecho el monto del deducible . No obstante, es posible que corresponda un copago o el coaseguro . Por ejemplo, este plan ofrece cobertura para ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que satisfaga el monto de su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos visitando https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Se aplican otros deducibles para servicios específicos?	No	No es necesario que satisfaga montos de deducibles 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 plan .
¿Cuál es el desembolso máximo de este plan ?	Para proveedores participantes \$5,000 persona / \$10,000 familia Para proveedores no participantes \$10,000 persona / \$20,000 familia	El desembolso máximo 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 plan , deberán satisfacer sus propios desembolsos máximos hasta que se haya satisfecho el desembolso máximo general de la familia.
¿Qué no cuenta para el desembolso máximo ?	Primas , cargos de facturación por el saldo (a menos que la facturación por el saldo esté prohibida) y cuidado de la salud que no están cubiertos bajo este plan .	Si bien usted es responsable del pago de estos gastos, no se cuentan para el desembolso máximo .
¿Tendrá que pagar menos si visita un proveedor dentro de la red ?	Sí. Visite www.cigna.com	Este plan tiene una red de proveedores. Tendrá que pagar menos si utiliza un proveedor que esté dentro de la red del plan. Tendrá que pagar más si visita un proveedor fuera de la red , y es posible que un proveedor le envíe una factura por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (lo cual se denomina facturación por el saldo). Debe saber que es posible que su proveedor dentro de la red use un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Hable con su proveedor acerca de esto antes de recibir servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	No.	Puede tener una consulta con un especialista si así lo desea sin necesitar una remisión .



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)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor del cuidado de la salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$20/visita al consultorio. No cuenta para el deducible	Coaseguro del 50 %	-----Ninguna-----
	Visitas a especialistas	Copago de \$20/visita al consultorio. No cuenta para el deducible	Coaseguro del 50 %	-----Ninguna-----
	Cuidado preventivo/evaluación de detección/inmunización	Sin cargo	Coaseguro del 50 %	Es posible que sea responsable del pago de los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan .
Si se tiene que hacer una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo/depende del consultorio Deducible /depende del hospital	Coaseguro del 50 %	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , no se cubrirán los servicios.*
	Escaneos (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	Sin cargo/depende del consultorio Deducible /depende del hospital	Coaseguro del 50 %	
Si necesita medicamentos para el tratamiento de su enfermedad o afección Más información acerca de la cobertura para medicamentos recetados disponible visitando www.proactrx.com	Medicamentos genéricos	Copago de \$10 / Surtida en la farmacia Copago de \$25 / 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	Copago de \$35 / Surtida en la farmacia Copago de \$87.50 / Surtida por correo	No está cubierto	
	Medicamentos de marcas no preferidas	Copago de \$70 / Surtida en la farmacia Copago de \$175 / Surtida por correo	No está cubierto	
	Medicamentos especializados	Coaseguro de 50 % hasta \$500	No está cubierto	
Si necesita cirugía ambulatoria	Tarifa de la instalación (tal como centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Coaseguro del 50 %	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , no se cubrirán los servicios.*
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Coaseguro del 50 %	
Si necesita cuidado de la salud inmediatamente	Tratamiento en la sala de emergencias	Copago de \$100 No cuenta para el deducible	Coaseguro 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
	Transporte por emergencia médica	Sin cargo	Coaseguro del 50 %	La cobertura se limita solo al transporte terrestre de emergencias
	Cuidado de urgencias	Copago de \$50 No cuenta para el deducible	Coaseguro del 50 %	-----Ninguna-----
Si debe estar hospitalizado	Tarifa de la instalación (tal como por la habitación del hospital)	Sin cargo	Coaseguro del 50 %	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , no se cubrirán los servicios.*
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Coaseguro 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)	
Si necesita servicios por motivos de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	<u>Copago</u> de \$20 No cuenta para el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50 %	-----Ninguna-----
	Servicios por hospitalización	Sin cargo	<u>Coaseguro</u> del 50 %	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , no se cubrirán los servicios.*
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$20/visita al consultorio No cuenta para el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> del 50 %	-----Ninguna-----
	Servicios profesionales para el parto	Sin cargo	<u>Coaseguro</u> del 50 %	-----Ninguna-----
	Servicios de la instalación para el parto	Sin cargo	<u>Coaseguro</u> del 50 %	Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , no se cubrirán los servicios.*
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin cargo	<u>Coaseguro</u> del 50 %	La cobertura se limita a 60 visitas por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , no se cubrirán los servicios.*
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Copago</u> de \$20 No cuenta para el <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> 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.
	<u>Servicios de habilitación</u>	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguna-----
	<u>Servicios de enfermería especializada</u>	Sin cargo	<u>Coaseguro</u> del 50 %	La cobertura se limita a 30 visitas por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , no se cubrirán los servicios.*
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo	<u>Coaseguro</u> del 50 %	Se requiere <u>autorización previa</u> cuando la cantidad sea < \$1,000
	<u>Servicios de hospicio</u>	Sin cargo	<u>Coaseguro</u> del 50 %	La cobertura se limita a 30 visitas por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , no se cubrirán los servicios.*
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	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](#)).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Cuidado dental
- Exámenes de la vista
- Servicios de rehabilitación
- Tratamiento por infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado médico cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas de pérdida de peso

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; 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; o puede llamar a la APA al 1-718-625-6300 o visitar 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 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.

¿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.

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

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ El deducible general del plan es de \$500 ■ Copago para el especialista \$20 ■ Coaseguro del hospital (instalación) 0 % ■ Otro copago \$20 | <ul style="list-style-type: none"> ■ El deducible general del plan es de \$500 ■ Copago para el especialista \$20 ■ Coaseguro del hospital (instalación) 0 % ■ Otro copago \$20 | <ul style="list-style-type: none"> ■ El deducible general del plan es de \$500 ■ Copago para el especialista \$20 ■ Coaseguro del hospital (instalación) \$100 ■ Otro copago \$20 |
|---|---|---|

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*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

Costo total del ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$180
Coaseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$680

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$240
Coaseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$240

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coaseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$200