



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, visite [www.bostoncatholicbenefits.org](http://www.bostoncatholicbenefits.org). 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 el Glosario en [www.bluecrossma.com/sbcglossary](http://www.bluecrossma.com/sbcglossary) o llamar al 1-800-832-3871 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<b>\$2,500</b> por miembro / <b>\$5,000</b> por familia para servicio aprobado por el plan / PCP; <b>\$5,000</b> por miembro / <b>\$10,000</b> por familia por paciente autorreferido.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. Aprobado por el plan / PCP: atención preventiva y prenatal, la mayoría de las visitas al consultorio, visitas de salud mental, visitas de terapia, cuidado de hospicio, servicios en sala de emergencia y traslado de emergencia.	Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>máximo</u> en gastos directos del <u>bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	<b>\$3,000</b> por miembro / <b>\$6,000</b> por familia para servicio aprobado por el plan / PCP; <b>\$6,000</b> por miembro / <b>\$12,000</b> por familia por paciente autorreferido.	El <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites a los gastos directos del bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no incluyen los <u>gastos directos</u> del <u>bolsillo</u> ?	Las primas, los <u>cargos por facturación del saldo</u> y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> médica?	Sí. Vea <a href="http://www.bluecrossma.com/findadoctor">www.bluecrossma.com/findadoctor</a> o llame al 1-800-821-1388 para una lista de proveedores dentro de la red.	Este <u>plan</u> tiene una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará lo máximo si acude a un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	Sí, únicamente para el nivel de beneficios aprobado por el plan / PCP.	El <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para consultar a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si usted tiene el <u>referido</u> antes de ver al <u>especialista</u> .



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
		Aprobado por el plan/PCP (Usted pagará lo mínimo)	Autorreferido (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor</u> de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30 por visita	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible para pacientes autorreferidos
	Visita al <u>especialista</u>	\$50 por visita; \$30 por visita al quiropráctico	40% de coseguro; 40% de coseguro por visita al quiropráctico	Se aplica primero el deducible para pacientes autorreferidos; limitado a 18 visitas por año del plan
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible para pacientes autorreferidos; sin cobertura para miembros mayores de 6 años de edad para pacientes autorreferidos; limitado a un examen ginecológico por año del plan. Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa para determinados servicios

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Aprobado por el plan/PCP (Usted pagará lo mínimo)	Autorreferido (Usted pagará lo máximo)	
<p><b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en <a href="http://www.catholicbenefits.org/health/rx.htm">www.catholicbenefits.org/health/rx.htm</a> o llamando al 877-430-8633.</b></p>	Medicamentos genéricos	Venta minorista: \$15 Pedido por correo: \$30	Sin cobertura	No se aplica el deducible La farmacia tiene un máximo de gastos de bolsillo separado de \$1,500 para cobertura individual y \$3,000 para cobertura familiar. Venta minorista (suministro de hasta 31 días) / Pedido por correo o venta minorista (suministro de 32 a 90 días)
	Medicamentos de marcas preferidas	Venta minorista: \$35 Pedido por correo: \$70	Sin cobertura	No se aplica el deducible La farmacia tiene un máximo de gastos de bolsillo separado de \$1,500 para cobertura individual y \$3,000 para cobertura familiar. Venta minorista (suministro de hasta 31 días) / Pedido por correo o venta minorista (suministro de 32 a 90 días)
	Medicamentos de marcas no preferidas	Venta minorista: \$55 Pedido por correo: \$110	Sin cobertura	No se aplica el deducible La farmacia tiene un máximo de gastos de bolsillo separado de \$1,500 para cobertura individual y \$3,000 para cobertura familiar. Venta minorista (suministro de hasta 31 días) / Pedido por correo o venta minorista (suministro de 32 a 90 días)
	<u>Medicamentos especializados</u>	Venta minorista: \$55 Pedido por correo: \$110	Sin cobertura	No se aplica el deducible La farmacia tiene un máximo de gastos de bolsillo separado de \$1,500 para cobertura individual y \$3,000 para cobertura familiar. Venta minorista (suministro de hasta 31 días) / Pedido por correo o venta minorista (suministro de 32 a 90 días)

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Aprobado por el plan/PCP (Usted pagará lo mínimo)	Autorreferido (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa para determinados servicios
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa para determinados servicios
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencia</u>	\$250 por visita	\$250 por visita	No se abona copago si el miembro es admitido en el hospital o para una estadía de observación
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	<u>Atención de urgencia</u>	\$50 por visita	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible para pacientes autorreferidos
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	\$30 por visita	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible para pacientes autorreferidos; se necesita autorización previa para determinados servicios
	Servicios internos y análisis de laboratorio/otras pruebas de diagnóstico	20% de coseguro	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa para determinados servicios
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo para atención prenatal; 20% de coseguro para la atención postparto	40% de coseguro	El deducible se aplica primero, a excepción de la atención prenatal aprobada por el plan / PCP; el costo compartido no se aplica a los servicios preventivos aprobados por el plan / PCP; la atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido)
	Servicios de parto profesionales	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de coseguro	40% de coseguro	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Aprobado por el plan/PCP (Usted pagará lo mínimo)	Autorreferido (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	20% de coseguro	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$30 por visita	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible para pacientes autorreferidos; límite de 60 visitas por año del plan (diferentes para autismo, cuidado de la salud en el hogar y terapia del habla); se necesita autorización previa para determinados servicios
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$30 por visita	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible para pacientes autorreferidos; se aplican los límites de cobertura de la terapia de rehabilitación; no se aplican los límites de cobertura y costo compartido para los servicios de intervención temprana para niños que reúnan los requisitos para servicios aprobados por el plan / PCP; se necesita autorización previa para determinados servicios
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	20% de coseguro	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible; limitado a 100 días (combinado con hospitales de rehabilitación) por año del plan; se necesita autorización previa
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de coseguro	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible; no se aplica el costo compartido aprobado por el plan / PCP para un extractor de leche por nacimiento
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin cargo	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible para pacientes autorreferidos; se necesita autorización previa para determinados servicios
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible para pacientes autorreferidos; limitado a un examen por año del plan
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno
	Chequeo dental pediátrico	Sin cargo para miembros con fisura palatina / labio leporino	40% de coseguro para miembros con fisura palatina / labio leporino	Limitado a los miembros menores de 18 años; se aplica primero el deducible para pacientes autorreferidos

## 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).

- Servicios de aborto y otros servicios que no concuerdan con las enseñanzas de la Iglesia Católica
- Acupuntura
- Anteojos para niños
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- Servicios de enfermería privada
- Programas de pérdida de peso

### Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico (18 visitas por año del plan)
- Audífonos (\$2,000 por cada oído cada 36 meses para miembros hasta los 21 años)
- Tratamiento de infertilidad (cobertura para diagnóstico y algún tratamiento según las pautas)
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención oftalmológica de rutina para adultos (un examen por año del plan)
- Cuidado de los pies de rutina (solo para pacientes con enfermedad circulatoria sistémica)

**Sus derechos a continuar con su cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Su Departamento Estatal de Seguros también puede ayudarle. Si es un residente de Massachusetts, puede comunicarse con División de Seguros de Massachusetts al 1-877-563-4467 o en [www.mass.gov/doi](http://www.mass.gov/doi). 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.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información acerca de la posible compra de la cobertura individual a través del intercambio estatal, puede comunicarse con el mercado de su estado, si corresponde. Si es un residente de Massachusetts, comuníquese con el Conector de Salud de Massachusetts al visitar [www.mahealthconnector.org](http://www.mahealthconnector.org). Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura de su empleador, comuníquese con el patrocinador del plan. (El patrocinador del plan es generalmente el empleador del miembro o la organización que brinda cobertura médica grupal al miembro).

**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 el número de Servicios al Miembro anotado en su tarjeta de identificación o contáctese con el patrocinador de su plan. (El patrocinador del plan es generalmente el empleador del miembro o la organización que brinda cobertura médica grupal al miembro).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? [Sí].**

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

**¿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.

**Aviso de exención:** este documento contiene solo una descripción parcial de los beneficios, las limitaciones, exclusiones y otras disposiciones de este plan de atención médica. No es una póliza. Es una visión general solamente. No brinda todos los detalles de la cobertura, incluidos los beneficios, las exclusiones y limitaciones de la póliza. En caso de que haya discrepancias entre este documento y la póliza, regirán los términos y condiciones de la póliza.

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

## Acerca de los 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 otros factores. Enfóquese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en 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 atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$2,500
■ Coseguro de arancel por parto	20%
■ Coseguro de cargo de instalaciones	20%
■ Coseguro de pruebas de diagnóstico	20%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención 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** \$12,713

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$2500
Copagos	\$18
Coseguro	\$500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,078</b>

### 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	\$2,500
■ Copago por visita al especialista	\$50
■ Copago por consulta con el médico principal	\$30
■ Coseguro de pruebas de diagnóstico	20%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos con receta  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

**Costo total hipotético** \$7,389

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$191
Copagos	\$1,601
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,847</b>

### Fractura simple de Jacquie

(visita a la sala de emergencia dentro de la red y visitas de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$2,500
■ Copago por visita al especialista	\$50
■ Copago de la sala de emergencia	\$250
■ Copago de servicios de ambulancia	\$0

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencia (*incluye materiales médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

**Costo total hipotético** \$1,925

#### En este ejemplo, Jacquie pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$440
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Jacquie pagaría es</b>	<b>\$440</b>

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