



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 catholicbenefits.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 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? | \$2,500 por miembro / \$5,000 por familia en la red; \$5,000 por miembro / \$10,000 por familia fuera-de la red. | 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. Dentro de la red, la atención preventiva y prenatal, la mayoría de las visitas al consultorio, visitas de salud mental, visitas de terapia, pruebas de diagnóstico, rayos x, <u>servicios de hospicio</u> ; sala de emergencias, transporte 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 sin costo compartido</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos? | No. | No tiene que pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos. |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan? | En la red \$2,500 por miembro / \$5,000 por familia en la red; Fuera de la red \$6,000 por miembro / \$12,000 por familia fuera-de la red. | 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 del bolsillo</u> ? | <u>Las primas</u> , los <u>cargos por facturación del saldo</u> y la atención médica que este <u>plan</u> 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 proveedor dentro de la red médica? | Sí. Vea www.bluecrossma.com/findadoctor o llame al número de Servicios al miembro que está en su tarjeta de identificación para obtener una lista de <u>los proveedores de la red</u> . | Este <u>plan</u> tiene una <u>red de 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 fuera de la 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> ? | No. | Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin un <u>referido</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 pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|---|--|
| | | En la red (Usted pagará lo mínimo) | Fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si acude a la oficina o clínica de un <u>proveedor</u> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$30 por visita | 40% de <u>coseguro</u> | Para fuera de la red se aplica primero el <u>deducible</u> ; médico de familia o general, internista, médico ginecólogo/obstetra, pediatra, <u>especialista</u> en geriatría, enfermera partera, nutricionista dietista autorizado, clínica de servicios limitados, grupo de <u>proveedores</u> de especialidades múltiples, o por un asistente médico o enfermero practicante designado para atención primaria; puede que aplique un costo compartido por el servicio <i>Telehealth</i> . |
| | Visita al <u>especialista</u> | \$50 por visita; \$30 por visita al quiropráctico; \$30 / visita de acupuntura | 40% de <u>coseguro</u> ; 40% de <u>coseguro</u> por visita al quiropráctico; 40% de <u>coaseguro</u> / visita de acupuntura | Para fuera de la red se aplica primero el <u>deducible</u> ; incluye asistente médico o enfermero practicante designado para atención especializada; limitado a 18 visitas al quiropráctico por año del <u>plan</u> ; limitado a 12 visitas de acupuntura por año del <u>plan</u> ; puede que aplique un costo compartido por el servicio <i>Telehealth</i> . |
| | <u>Atención preventiva/ examen colectivo/vacuna</u> | Sin cargo | 40% de coseguro (los exámenes de rutina para adultos no están cubiertos) | Para fuera de la red se aplica primero el <u>deducible</u> ; limitado al programa y / o frecuencia basado en la edad; puede que aplique un costo compartido por el servicio <i>Telehealth</i> . Es posible que tenga que pagar por servicios que no son de carácter preventivo. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan. |
| Si se realiza un examen | <u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre) | \$30 | 40% de <u>coseguro</u> | Para fuera de la red aplica primero el <u>deducible</u> ; se aplica <u>copago</u> por fecha de servicio; se puede requerir <u>autorización previa</u> |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 20% de coseguro | 40% de coseguro | Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se puede requerir <u>autorización previa</u> |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--------------------------------------|---|--|---|
| | | En la red (Usted pagará lo mínimo) | Fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.catholicbenefits.org/health/rx.htm o llamando al 877-430-8633. | 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> | Los mismos copagos que los medicamentos no especializados, con la excepción de las recetas elegibles de PrudentRX | No cubierto | 30% de coaseguro para recetas especiales elegibles para PrudentRx. 1 |

1 El programa PrudentRx está diseñado para reducir sus costos de pagos de su bolsillo al ayudarlo con la inscripción en tarjetas de copago y programas de asistencia de descuento de los fabricantes de medicamentos. Cuando se inscriba a PrudentRx, el costo de su bolsillo será de \$0 para los medicamentos incluidos en la lista exclusiva de medicamentos especiales PrudentRx. Si opta por no participar, usted será responsable del 30% del coaseguro. Visite www.catholicbenefits.org para más detalles.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|--|
| | | En la red (Usted pagará lo mínimo) | Fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si se somete a una cirugía ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Se aplica primero el <u>deducible</u> |
| | Honorarios del médico/cirujano | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Se aplica primero el <u>deducible</u> |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la sala de emergencia</u> | \$250 por visita | \$250 por visita | No aplica el <u>Copago</u> si es ingresado al hospital |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$50 por visita | 40% de <u>coseguro</u> | Para fuera de la red se aplica primero el <u>deducible</u> |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 20% de coseguro | 40% de coseguro | Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se requiere <u>autorización previa</u> |
| | Honorarios del médico/cirujano | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se requiere <u>autorización previa</u> |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Servicios ambulatorios | \$30 por visita | 40% de coseguro | Fuera de la red se aplica primero el <u>deducible</u> ; se necesita <u>autorización previa</u> para determinados servicios |
| | Servicios de hospitalización | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa para determinados servicios |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo para atención prenatal; 20% de coseguro para la atención postparto | 40% de coseguro | Se aplica primero el <u>deducible</u> a excepción de la atención prenatal dentro de la red; el <u>costo compartido</u> no se aplica para los servicios preventivos dentro de la red ; la atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC |
| | Servicios de parto profesionales | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | (es decir, ultrasonido); puede que aplique un costo compartido por el servicio <i>Telehealth</i> . |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|--|---|
| | | En la red (Usted pagará lo mínimo) | Fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Se aplica primero el <u>deducible</u> ; se requiere autorización previa |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | \$30 por visita para servicios ambulatorios; 20% de <u>coseguro</u> por servicios para pacientes hospitalizados | 40% de <u>coseguro</u> para servicios ambulatorios; 40% de <u>coseguro</u> por servicios para pacientes hospitalizados | Fuera de la red se aplica primero el <u>deducible</u> ; limitado a 60 visitas por año del plan (excepto para autismo, <u>atención médica en el hogar</u> y terapia del habla) limitado a 100 días (combinado con hospitales para enfermedades crónicas y centros de enfermería especializada) por año del plan; puede ser aplicable un costo compartido de <i>Telehealth</i> ; se requiere autorización previa para ciertos servicios |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | \$30 por visita | 40% de <u>coseguro</u> | Para fuera de la red se aplica primero el <u>deducible</u> ; aplican límites de cobertura para terapia de rehabilitación; los costos compartidos y los límites de cobertura dentro de la red no se aplican a los servicios de intervención temprana para niños elegibles; puede que aplique un costo compartido por el servicio <i>Telehealth</i> . |
| | <u>Cuidado de enfermería especializada</u> | 20% de coseguro | 40% de coseguro | Se aplica primero el <u>deducible</u> ; limitado a 100 días (combinado con hospitales de rehabilitación) por año del <u>plan</u> ; se necesita autorización previa |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 20% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Se aplica primero el <u>deducible</u> ; dentro de la red no se aplica el costo compartido para un sacaleches por nacimiento |
| | <u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u> | Sin cargo | 40% de coseguro | Para fuera de la red se aplica primero el <u>deducible</u> ; se necesita autorización previa para determinados servicios |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | Sin cargo | 40% de <u>coseguro</u> | Para fuera de la red se aplica primero el <u>deducible</u> ; 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 <u>coseguro</u> para miembros con fisura palatina / labio leporino | Para fuera de la red se aplica primero el <u>deducible</u> ; Limitado a los miembros menores de 18 años; |

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
- 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).

- Acupuntura (12 visitas por año del 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 y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o 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. 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 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. 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 obtener más información acerca de sus derechos, esta notificación o asistencia, llame al 1-800-832-3871 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 \$30

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 | \$12,800 |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido

| | |
|------------|---------|
| Deducibles | \$2,400 |
| Copagos | \$100 |
| Coseguro | \$500 |

Qué no está cubierto

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$80 |
|-----------------------|------|

| | |
|------------------------------------|----------------|
| El total que Peg pagaría es | \$3,080 |
|------------------------------------|----------------|

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 \$30

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 | \$7,400 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido

| | |
|------------|-------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$0 |

Qué no está cubierto

| | |
|-----------------------|---------|
| Límites o exclusiones | \$6,000 |
|-----------------------|---------|

| | |
|------------------------------------|----------------|
| El total que Joe pagaría es | \$6,400 |
|------------------------------------|----------------|

Fractura simple de Mia

(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 | \$1,900 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido

| | |
|------------|-------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$0 |

Qué no está cubierto

| | |
|-----------------------|-----|
| Límites o exclusiones | \$0 |
|-----------------------|-----|

| | |
|--|--------------|
| El total que Jacquie pagaría es | \$400 |
|--|--------------|

000362779 (3/20) JB

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