

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 esto importa:   |
|---|--|---|
| <b>¿Cuál es el <u>deducible</u> general?</b>  | <b>\$4,000</b> miembro / <b>\$8,000</b> familia en red; <b>\$8,000</b> miembro <b>\$16,000</b> familia fuera de la red.  | Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia se reúna el <u>deducible</u> familiar general.  |
| <b>¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con su <u>deducible</u>?</b>             | Sí. Atención prenatal y <u>preventiva</u> en la red.   | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha cumplido con la cantidad <u>deducible</u> , pero el <u>coaseguro</u> puede aplicarse. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios <u>preventivos</u> sin compartir <u>costos</u> y antes de cumplir con su deducible. Ver una lista de servicios <u>preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .  |
| <b>¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?</b>                       | No.  | Usted no tiene que cumplir con el pago de <u>deducibles</u> para servicios específicos.   |
| <b>¿Cuál es el <u>límite</u> que paga de su bolsillo para este <u>plan</u>?</b>       | <b>\$7,000</b> miembro / <b>\$14,000</b> familia en red; <b>\$14,000</b> miembro <b>\$28,000</b> familia fuera de la red.  | El <u>límite</u> que paga de su bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios límites de <u>bolsillo</u> hasta que se haya cumplido el límite general <u>de bolsillo</u> de la familia.  |
| <b>¿Qué no está incluido en el <u>límite</u> de lo que usted paga de su bolsillo?</b> | <u>Primas</u> , <u>cargos</u> por <u>facturación de saldo</u> y atención médica que este plan no cubre.  | A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el <u>límite</u> de su bolsillo.  |
| <b>¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la red?</b>                        | Sí. Consulte <a href="http://bluecrossma.com/findadoctor">bluecrossma.com/findadoctor</a> o llame al número de Servicio de Miembros en su tarjeta de identificación para obtener una lista de <u>proveedores</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una red de <u>proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un proveedor en la red <u>del plan</u> . Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la <u>red</u> , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su plan paga (facturación de <u>saldo</u> ). Tenga en cuenta que el proveedor de <u>red</u> puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Verifique con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios. |
| <b>¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u>?</b>             | No.  | Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una referencia.  |



Todos los costos **de coaseguro** que se muestran en este gráfico son después de que se haya cumplido su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

| Evento médico común  | Servicios que pueda necesitar                                    | Lo que pagará   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|---|---|--|
|  |  | Dentro de la red (Usted pagará al menos)  | Fuera de la red (Usted pagará máximo)   |  |
| <b>Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención médica</b>   | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad  | 20% coaseguro   | 40% coaseguro   | <u>El deducible</u> se aplica primero  |
|  | <u>Visita a un especialista</u>                                  | 20% coaseguro; 20% coaseguro / visita a quiropráctico; 20% coaseguro / visita de acupuntura | 40% coaseguro; 40% coaseguro / visita al quiropráctico; 40% coaseguro/ Visita de acupuntura | <u>El deducible</u> se aplica primero; limitado a 18 visitas al quiropráctico por año de <u>plan</u> ; limitado a 12 visitas de acupuntura por año de <u>plan</u>  |
|  | <u>Atención preventiva/detección/inmunización</u>                | Sin cargo   | 40% <u>coaseguro</u>  | <u>El deducible</u> se aplica primero para fuera de la red; limitado a horario o frecuencia basados en la edad. Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. A continuación, compruebe lo que su plan pagará. |
| <b>Si tiene un examen</b>  | <u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)      | 20% de coaseguro  | 40% <u>coaseguro</u>  | <u>El deducible</u> se aplica primero; una <u>autorización previa</u> puede ser necesaria  |
|  | Imágenes (tomografías computarizadas/PET resonancias magnéticas) | 20% de coaseguro  | 40% <u>coaseguro</u>  | <u>El deducible</u> se aplica primero; una <u>autorización</u> previa puede ser necesaria  |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición, puede obtener más información sobre <u>la cobertura de medicamentos con receta</u> en <a href="http://www.catholicbenefits.org/_health/rx.htm">www.catholicbenefits.org/_health/rx.htm</a> o 877-430-8633</b> | Medicamentos genéricos   | 20% de coaseguro  | No cubierto   | Si el medicamento es preventivo, sin cargos. De lo contrario, el deducible se aplica primero.  |
|  | Medicamentos de marca preferidos                                 | 20% de coaseguro  | No cubierto   | Si el medicamento es preventivo, sin cargos. De lo contrario, el deducible se aplica primero.  |
|  | Medicamentos de marca no preferidos                              | 20% de coaseguro  | No cubierto   | Si el medicamento es preventivo, sin cargos. De lo contrario, el deducible se aplica primero.  |
|  | <u>Medicamentos especiales</u>                                   | 20% de coaseguro  | No cubierto   | Si el medicamento es preventivo, sin cargos. De lo contrario, el deducible se aplica primero.  |

| Evento médico común  | Servicios que pueda necesitar  | Lo que pagará   |                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|---|---------------------------------------|--|
|  |  | Dentro de la red (Usted pagará al menos)                                | Fuera de la red (Usted pagará máximo) |  |
| <b>Si se le realiza una cirugía ambulatoria</b>                                      | Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | 20% coaseguro   | 40% coaseguro                         | <u>El deducible se aplica primero; autorización previa necesaria para ciertos servicios</u>  |
|  | Honorarios del médico o cirujano   | 20% coaseguro   | 40% coaseguro                         | <u>El deducible se aplica primero; autorización previa necesaria para ciertos servicios</u>  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>   | <u>Atención en la sala de emergencias</u>                                | 20% coaseguro   | 20% coaseguro                         | <u>El deducible dentro de la red se aplica primero para la red y servicios fuera de la red</u>   |
|  | <u>Transporte médico de emergencia</u>                                   | Sin cargo   | Sin cargo                             | <u>El deducible dentro de la red se aplica primero para la red y servicios fuera de la red</u>   |
|  | <u>Atención urgente</u>  | 20% coaseguro   | 40% coaseguro                         | <u>El deducible se aplica primero</u>  |
| <b>Si tiene una hospitalización</b>  | Tarifa del hospital (por ejemplo, habitación del hospital)               | 20% coaseguro   | 40%coaseguro                          | <u>El deducible se aplica primero; autorización previa necesaria</u>   |
|  | Honorarios de médico/cirujano  | 20% coaseguro   | 40% coaseguro                         | <u>El deducible se aplica primero; autorización previa necesaria</u>   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias</b> | Servicios ambulatorios   | 20% coaseguro   | 40% coaseguro                         | <u>El deducible se aplica primero; autorización previa necesaria para ciertos servicios</u>  |
|  | Servicios hospitalarios  | 20% coaseguro   | 40%coaseguro                          | <u>El deducible se aplica primero; autorización previa necesaria para ciertos servicios</u>  |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio   | Sin cargo por atención prenatal; 20% coaseguro para el cuidado posnatal | 40% coaseguro                         | <u>El deducible se aplica primero, excepto para la atención prenatal dentro de la red; el reparto de costos no se aplica a los servicios preventivos dentro de la red; la atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido)</u> |
|  | Servicios profesionales para parto                                       | 20% coaseguro   | 40% coaseguro                         |  |
|  | Servicios de centros para parto  | 20% coaseguro   | 40% coaseguro                         |  |

| Evento médico común   | Servicios que pueda necesitar               | Lo que pagará  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|---|--|--|--|
|   |   | Dentro de la red (Usted pagará al menos)   | Fuera de la red (Usted pagará máximo)  |  |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <u>Atención médica en el hogar</u>          | 20% coaseguro  | 40% coaseguro  | <u>El deducible</u> se aplica primero; es necesaria una <u>autorización previa</u>   |
|   | <u>Servicios de rehabilitación</u>          | 20% coaseguro  | 40% coaseguro  | <u>El deducible</u> se aplica primero; limitado a 60 visitas por año de plan (excepto para autismo, <u>atención médica en el hogar y terapia</u> )   |
|   | <u>Servicios de habilitación</u>            | 20% coaseguro  | 40% coaseguro  | <u>El deducible</u> se aplica primero; se aplican <u>límites de cobertura</u> de terapia de rehabilitación; los límites de cobertura no aplican para servicios de intervención temprana para niños elegibles |
|   | <u>Atención especializada en enfermería</u> | 20% coaseguro  | 40% coaseguro  | <u>El deducible</u> se aplica primero; limitado a 100 días (combinado con enfermedades crónicas y hospitales de rehabilitación) por año de plan; <u>autorización previa</u> necesaria                        |
|   | <u>Equipo médico duradero</u>               | 20% coaseguro  | 40% coaseguro  | <u>El deducible</u> se aplica primero; los <u>costos compartidos</u> en la red no aplican para un sacaleches por nacimiento  |
|   | <u>Servicios de hospicio</u>                | Sin cargo  | 40% <u>coaseguro</u>   | <u>El deducible</u> se aplica primero; <u>autorización previa</u> <u>necesaria</u> para ciertos servicios  |
| <b>Si su hijo necesita atención dental u ocular</b>                                     | Examen ocular infantil                      | Sin cargo  | 40% <u>coaseguro</u>   | <u>El deducible</u> se aplica primero para fuera de la red; limitado a un examen por año de plan   |
|   | Anteojos infantiles                         | No cubierto  | No cubierto  | Ninguno  |
|   | Chequeo dental infantil                     | Sin cargo para los miembros con una condición de paladar hendido / labio hendido | 40% <u>de coaseguro</u> para miembros con paladar hendido / condición de labios hendid | <u>El deducible</u> se aplica primero para fuera de la red; limitado a miembros menores de 18 años   |

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

**Servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte su póliza o documento de plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)**

- Aborto y otros servicios que no están de acuerdo con las enseñanzas de la iglesia católica
- Anteosjos infantiles
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adulto)
- Cuidado a largo plazo
- Servicio de enfermería privado
- Programas de pérdida de peso

**Otros Servicios Cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor, consulte el documento de su plan.)**

- Acupuntura (12 visitas por año plan)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (18 visitas por año plan)
- Audífonos (\$2,000 por oído cada 36 meses para miembros de 21 años o menos)
- Tratamiento de infertilidad (cobertura para el diagnóstico y algún tratamiento según directrices)
- Atención no urgente cuando se viaja fuera de los EE.UU.
- Cuidado ocular de rutina - adulto (un examen por año plan)
- Cuidado rutinario de los pies (solo para pacientes con enfermedad circulatoria sistémica)

**Sus derechos para continuar la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto de dichas agencias es: Departamento de Trabajo de los Estados Unidos., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Su departamento de seguros estatal también podría ayudarlo. Si usted es residente de Massachusetts, puede comunicarse con la División de Seguros de Massachusetts al 1-877-563-4467 o [www.mass.gov/doi](http://www.mass.gov/doi). Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre Marketplace, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre la posibilidad de comprar cobertura individual a través de un intercambio estatal, puede ponerse en contacto con el mercado de su estado, si corresponde. Si usted es residente de Massachusetts, comuníquese con el *Massachusetts Health Connector* en [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 de su plan. (El patrocinador del plan suele ser el empleador u organización del miembro que proporciona cobertura de salud grupal al miembro.)

**Sus derechos a quejas y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudar si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o asistencia, llame al 1-800-832-3871 o comuníquese con el patrocinador de su plan. (El patrocinador del plan suele ser el empleador u organización del miembro que proporciona cobertura de salud grupal al miembro.)

**¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? Sí.**

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Marketplace u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otros planes. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario de prima.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.**

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, es posible que sea elegible para un crédito tributario de prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Marketplace.

**Descargo de responsabilidad:** Este documento contiene sólo una descripción parcial de los beneficios, limitaciones, exclusiones y otras disposiciones de este plan de atención médica. No es una póliza. Es sólo una visión general. No proporciona todos los detalles de esta cobertura, incluido beneficios, exclusiones y limitaciones de póliza. En caso de discrepancias entre este documento y la póliza, los términos y condiciones de la póliza regirán.

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

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:

**Esto no es un estimador de costos.** Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los importes de participación en los costos (deducibles y coaseguros) y en los servicios excluidos en el marco del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura de solo una persona.

| Peg va a tener un bebé<br>(9 meses de atención prenatal en red y un parto hospitalario)   |                 | Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe<br>(un año de rutina en la red de cuidado de una condición bien controlada)   |                | La fractura simple de Mia<br>(visita a la sala de emergencias en la red y atención de seguimiento)   |                |
|---|-----------------|---|----------------|--|----------------|
| ■ <b>El deducible general del plan</b>  | \$4,000         | ■ <b>El deducible general del plan</b>  | \$4,000        | ■ <b>El deducible general del plan</b>   | \$4,000        |
| ■ <b>Coaseguro de cuota de parto</b>  | 20%             | ■ <b>Coaseguro de visita a especialista</b>   | 20%            | ■ <b>Coaseguro de visita a especialista</b>  | 20%            |
| ■ <b>Coaseguro de honorarios del hospital</b>   | 20%             | ■ <b>Coaseguro de visita de atención primaria</b>   | 20%            | ■ <b>Coaseguro de la sala de emergencias</b>   | 20%            |
| ■ <b>Coaseguro de pruebas diagnósticas</b>  | 20%             | ■ <b>Coaseguro de pruebas diagnósticas</b>  | 20%            | ■ <b>Copago de servicios de ambulancias</b>  | \$0            |
| <b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b><br>Visitas al consultorio especializado (atención prenatal)<br>Servicios profesionales para parto<br>Servicios de instalaciones para parto<br>Pruebas diagnósticas (ultrasonidos y análisis de sangre)<br>Visita de especialista (anestesia) |                 | <b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b><br>Visita al médico de atención primaria (incluida educación sobre enfermedades)<br>Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)<br>Medicamentos recetados<br>Equipo médico duradero (medidor de glucosa) |                | <b>Este evento EJEMPLO incluye servicios como:</b><br>Atención de sala de emergencias (incluyendo suministros médicos)<br>Prueba diagnóstica (radiografía)<br>Equipo médico duradero (muletas)<br>Servicios de rehabilitación (fisioterapia) |                |
| <b>Costo total del ejemplo</b>  | <b>\$12,700</b> | <b>Costo total del ejemplo</b>  | <b>\$5,600</b> | <b>Costo total del ejemplo</b>   | <b>\$2,800</b> |
| <b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>  |                 | <b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>  |                | <b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>   |                |
| <i>Reparto de costes</i>  |                 | <i>Reparto de costes</i>  |                | <i>Reparto de costes</i>   |                |
| <u>Deducibles</u>   | \$4,000         | <u>Deducibles</u>   | \$4,000        | <u>Deducibles</u>  | \$2,800        |
| <u>Copagos</u>  | \$0             | <u>Copagos</u>  | \$0            | <u>Copagos</u>   | \$0            |
| <u>Coaseguro</u>  | \$1,700         | <u>Coaseguro</u>  | \$300          | <u>Coaseguro</u>   | \$0            |
| <i>Lo que no está cubierto</i>  |                 | <i>Lo que no está cubierto</i>  |                | <i>Lo que no está cubierto</i>   |                |
| Límites o exclusiones   | \$60            | Límites o exclusiones   | \$20           | Límites o exclusiones  | \$0            |
| <b>El total que Peg pagaría es</b>  | <b>\$5,760</b>  | <b>El total que Joe pagaría es</b>  | <b>\$4,320</b> | <b>El total que Mia pagaría es</b>   | <b>\$2,800</b> |

El **plan** sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos en el EJEMPLO

000859256 (4/21) MR