El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.southbayheretrust.com o llame al 1-800-544-5085. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o llamar al 1-800-544-5085 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Proveedor dentro de la red: **$0** por persona / **$0** por familia. Proveedor fuera de la red: **$100** por persona / **$100** por familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia deberá alcanza su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Si. Visitas de atención primaria, cuidado preventivo dentro de la red, y servicios de atención de urgencia por un proveedor dentro de la red están cubiertos antes de pagar el deducible.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Proveedor dentro de la red: **$1,500** por persona / **$3,000** por familia. Proveedor fuera de la red: **$3,000** por persona / **$6,000** por familia	El límite de gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos directos del bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos directos del bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, copagos, facturación del saldo, medicamentos recetados, multas por falta de obtener preautorizacion para servicios, y atención medica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Si. Vea www.aetna.com/docfind y seleccione "Aetna Choice® POS II (Open Access) Network" para una lista de proveedores dentro de la red. Para Teladoc visite Teladoc.com/Aetna o llame al 1-800-835-2362.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

⚠ Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	copago de $10/visita El deducible no aplica	40% de coseguro	Incluye Internista, Doctor General, Doctor Famliar o Pediatra. Tratamiento para la columna vertebral limitada a $2,000 por año calendario e incluye atencion quiropractica. El coseguro y deducible aplican a las visitas de Teladoc.
	Consulta con un especialista	copago de $10/visita El deducible no aplica	40% de coseguro	Ninguno
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo El deducible no aplica	40% de coseguro	Horarios a edad y frecuencia pueden aplicar. Usted tendrá que pagar por los servicios que nos son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagara.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	40% de coseguro	Los servicios de diagnóstico proporcionados por un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red se cubrirán

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo	40% de coseguro	como si estuvieran dentro de la red.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en www.optumrx.com	Medicamentos genéricos	copago de $5/por medicamento al por menor; copago de $10/por medicamento por correo	No está cubierto	Cubre hasta un suministro de 30 días de un medicamento por venta al por menor y 31 – 90 días de suministro de un medicamento recetado pedido por correo.
	Medicamentos de marca preferidos	copago de $15/por medicamento al por menor; copago de $30/por medicamento por correo	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	copago de $30/por medicamento al por menor; copago de $600/por medicamento por correo	No está cubierto	
	Medicamentos de especialidad	Genérico - copago de $15 por medicamento al por menor; Marca Preferidos - copago de $15 por medicamento al por menor; Marca No Preferidos - copago de $30 por medicamento por correo	No está cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguno
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red, el Plan proporcionará beneficios como si el proveedor estuviera dentro de la red.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	copago de $100 más el 20% de coseguro/visita	copago de $100 más el 20% de coseguro/visita	No hay cobertura para procedimientos no urgentes presentadas por el proveedor de atención de urgencia. Los servicios de emergencia proporcionados en respuesta a una condición emergente se cubrirán de la misma manera en instalaciones dentro o fuera de la red.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	Ninguno
	Atención de urgencia	copago de $50/visita El deducible no aplica	40% de coseguro	No hay cobertura para procedimientos no urgentes presentados por el proveedor de atención de urgencia. Los servicios de emergencia proporcionados en un centro de atención de urgencia fuera de la red estarán cubiertos como si estuvieran dentro de la red.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	Autorización previa requerida para atención medica recibida de un proveedor fuera de la red. Tendrá una multa de $ 400 si no obtiene autorización.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red, el Plan proporcionará beneficios como si el proveedor estuviera dentro de la red.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	copago de $10/visita El deducible no aplica	40% de coseguro	Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red, el Plan proporcionará beneficios como si el proveedor estuviera dentro de la red.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	40% de coseguro	Autorización previa requerida para atención medica recibida de un proveedor fuera de la red. Tendrá una multa de $ 400 si no obtiene autorización. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red, el Plan proporcionará beneficios como si el proveedor estuviera dentro de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	copago de $10/visita El deducible no aplica	40% de coseguro	Los costos compartidos no aplican a ciertos servicios preventivos. Un copago o coseguro pueden aplicar según el tipo de servicio.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	copago de $10 para la 1ª visita prenatal / sin cargo para visitas prenatales subsecuentes / 20% de coseguro para otros servicios	40% de coseguro	Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red, el Plan proporcionará beneficios como si el proveedor estuviera dentro de la red.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	Incluye cuidado post parto ambulatorio. Autorización previa pude ser requerida. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red, el Plan proporcionará beneficios como si el proveedor estuviera dentro de la red.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	Autorización previa requerida para atención medica recibida de un proveedor fuera de la red.
	Servicios de rehabilitación	copago de $10/visita	40% de coseguro	La cobertura se limita a 30 visitas por año para Terapia del Habla, Física y Ocupacional combinados
	Servicios de habilitación	copago de $20/visita	40% de coseguro	Pueden aplicarse límites en los beneficios.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	Limitado a 60 días por año. Autorización previa requerida. Tendrá una penalización de $400 si no cumple.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	Limitado a $10,000 por año calendario.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro	40% de coseguro	Autorización previa requerida para atención medica recibida de un proveedor fuera de la red. Tendrá una multa de $ 400 si no obtiene autorización.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	copago de $20/examen	Cargos en exceso de $45	Cobertura de la visión se realiza a través de Vision Service Plan (VSP). Limitado a 1 examen de rutina de la vista cada 12 meses. Su hijo está cubierto sólo si se ha elegido la cobertura de dependientes y pagado las primas correspondientes (si es necesario).
	Anteojos para niños	Cargos en exceso de $175	Cargos en exceso de $45 para los marcos y $40 para lentes monofocales	VSP permite un par de marcos cada 24 meses y 1 juego de lentes una vez cada 12 meses.
	Control dental para niños	Sin cargo	Sin cargo	La cobertura dental se ofrece a través de MetLife. Su hijo está cubierto sólo si se ha elegido la cobertura de dependientes y pagado las primas correspondientes (si es necesario)

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
• Acupuntura • Aparatos de corrección auditiva • Cuidado rutinario de los pies • Cuidados a largo plazo	• Cirugía bariatrica • Cirugía cosmética (a menos que sea medicamente necesaria) • Embarazo de un hijo dependiente	• Enfermería privada • Programas para perder peso • Terapia de masajes

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
• Atención quiropráctica • Atención que no sea de emergencia cuando vieja fuera de los EE.UU.	• Cuidado dental (Adulto) • Cuidado rutinario de la vista (Adultos) - VSP	• Tratamiento para la infertilidad (diagnosis y tratamiento de una condición médica subyacente)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: : Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform y Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede contactar a la Oficina de Administration al 1-800-544-5085.

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

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? **Sí**

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-544-5085.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-544-5085.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan $100
- Especialistas *copago* $10
- Hospital (establecimiento) *coseguro* 20%
- Otros *coseguros* 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$100
Copagos	$10
Coseguro	$2,200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$2,500**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan $100
- Especialistas *copago* $10
- Hospital (establecimiento) *coseguro* 20%
- Otros *coseguros* 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$100
Copagos	$500
Coseguro	$100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$980**

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan $100
- Especialistas *copago* $10
- Hospital (establecimiento) *coseguro* 20%
- Otros *coseguros* 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la Sala de Emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$100
Copagos	$80
Coseguro	$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$460**

El **plan** sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.