

 **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, comuníquese con AmeriBen al 1-866-955-1482. 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 una copia del glosario en www.MyAmeriBen.com o llamar a 1-866-955-1482 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas			Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?		Dentro de la Red	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 tiene otros familiares en el plan, cada uno debe cumplir con su deducible individual hasta que el monto total de gastos por deducibles pagados por todos los familiares alcance el deducible familiar general.
	Por participante:	\$500	\$1,250	
	Por familia:	\$1,250	\$2,500	
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	<p>Sí. Acupuntura, medicina alternativa, servicios de ambulancia, examen de densidad ósea, bomba y suministros de lactancia materna, servicios quiroprácticos, servicios de City Medical Clinic, colonoscopia <u>de la red</u>, bombas de insulina y suministros para diabéticos <u>de la red</u>, dietista, pruebas de detección de fármacos, <u>servicios de médico de emergencia</u>, <u>servicios de médico de emergencia</u>, EPHC atención primaria médico y <u>especialistas de Nivel 1 de la red</u>, programas para el control de la salud, audífonos <u>de la red</u>, mamografías, <u>medicine monitoring de la red</u>, nutritionist, servicios de salud mental y abuso de sustancias/dependencia química para pacientes ambulatorios de <u>la red</u>, equipos de oxígeno y suministros <u>de la red</u>, <u>medicamentos con receta</u>, bienestar de rutina, <u>servicios de atención preventiva de la red</u>, y <u>atención urgente de la red</u>.</p>			<p>Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total 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 costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u>. Vea una lista de <u>servicios preventivos cubiertos en</u> https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.</p>

Preguntas importantes	Respuestas			Por qué es importante
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.			No tiene que pagar un <u>deducible</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <u>plan</u> ?		Dentro de la Red	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 tiene otros familiares en este <u>plan</u> , tendrán que alcanzar sus propios <u>límites a los gastos directos del bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> general familiar.
	Por participante:	\$2,500	\$4,050	
	Por familia:	\$7,500	\$12,150	
¿Qué no incluyen los gastos directos del bolsillo?	<u>Primas</u> , cargos de facturación del saldo, servicios de salud que este <u>Plan</u> no cubre, cargos que superan las cantidades máximas permitidas y multas.			Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red medica</u> ?	<p>Sí, por servicios médicos. Vea www.anthem.com o llame al 1-800-676 BLUE para una lista de <u>proveedores dentro de la red</u>.</p> <p>Sí, por medicamentos con receta. Vea www.maxor.com para una lista de <u>proveedores dentro de la red</u>.</p>			Este <u>plan</u> no tiene un <u>proveedor dentro de la red</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> del plan. Usted pagará más 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 proveedor 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 laboratorios médicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un <u>especialista</u> ?	No.			Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.MyAmeriBen.com.



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**.

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 a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	EPHC Copago de \$25 Todos los demás proveedores Copago de \$35	Coseguro del 50%	ninguno
	Visita al especialista	Tier 1 Copago de \$40 Todos los demás proveedores Copago de \$60	Coseguro del 50%	
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo	Coseguro del 50%	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. A continuación compruebe lo que pagará su plan.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	ninguno
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.MyAmeriBen.com.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		City Employee Pharmacy (Usted pagará el mínimo)	Proveedores de la Red: MaxorPlus (Usted pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cityemployeeeparmacy.com o www.maxor.com	Medicamentos genéricos	Provisión de 30 Días Copago de \$6 Provisión de 90 Días Copago de \$15	Provisión de 30 Días Copago de \$25 Provisión de 90 Días No Cubiertos	Cualquier cantidad en forma de cupones utilizada para medicamentos de marca cuando existe un equivalente genérico disponible, a menos que el nombre de marca sea <u>necesario por razones médicas</u> , no se aplica al <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
	Medicamentos de marca preferidos	Provisión de 30 Días Copago de \$35 Provisión de 90 Días Copago de \$70	Provisión de 30 Días Copago de \$55 Provisión de 90 Días No Cubiertos	Los participantes del plan pagarán <u>copagos</u> progresivamente más elevados por los medicamentos recetados de mantenimiento que se surtan en una Farmacia Minorista de la Red MaxorPlus en lugar de en una Farmacia para Empleados de Citi.
	Medicamentos de marca no preferidos	Provisión de 30 Días Copago de \$60 Provisión de 90 Días Copago de \$120	Provisión de 30 Días Copago de \$75 Provisión de 90 Días No Cubiertos	Algunos medicamentos pueden estar sujetos a límites de cantidad y/o precertificación. No todos los medicamentos con receta están cubiertos. Para determinar si un medicamento específico está cubierto por su plan, inicie sesión en su cuenta en www.cityemployeeeparmacy.com O www.maxor.com . Si obtiene <u>medicamentos recetados</u> a través de una farmacia que no pertenece a la red, deberá pagar el costo total de la receta.

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.MyAmeriBen.com.

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)	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cityemployeepharmacy.com o www.maxor.com</p>	<p><u>Medicamentos de especialidad</u></p>	<p>Preferidos/ Nivel 4 *Coseguro del 20% con un copago máximo de \$100</p> <p>No Preferidos/ Nivel 5 *Coseguro del 20% con un copago máximo de \$150</p>	<p>No Cubiertos</p>	<p>*<u>Coseguro</u> se exime y el <u>copago</u> total se aplica a los <u>medicamentos especializados</u> comprados sin asistencia de <u>copago</u>.</p> <p>Los <u>medicamentos especializados</u> están cubiertos únicamente hasta un suministro de treinta (30) días.</p> <p>Los defensores de atención al paciente de Maxor Specialty Pharmacy asistirán a los miembros con la inscripción en programas de asistencia de <u>copago</u> del fabricante si están disponibles (<i>tenga en cuenta que no todos los medicamentos de especialidad tendrán asistencia de <u>copago</u> disponible; aquellos medicamentos que sí tienen asistencia disponible están sujetos a disponibilidad y pueden interrumpirse en cualquier momento</i>). Cualquier parte que se conozca que haya sido pagada por un pagador secundario (<i>es decir, asistencia al paciente, tarjetas de <u>copago</u> u otro seguro</i>) no se considerará como un verdadero gasto de bolsillo del miembro y no se aplicará a los deducibles ni a los gastos de bolsillo máximos.</p>
<p>Si se somete a una operación ambulatoria</p>	<p>Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)</p> <p>Honorarios del médico/cirujano</p>	<p>Freestanding Facility Coseguro del 10%</p> <p>UCHealth Memorial Facility Coseguro del 15%</p> <p>Other Coseguro del 20%</p>	<p>Coseguro del 50%</p>	<p>ninguno</p>

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.MyAmeriBen.com.

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 \$250		Se requiere precertificación para todos los ingresos en el hospital. Si no obtiene la precertificación dentro de las cuarenta y ocho (48) horas del ingreso, es posible que su <u>reclamación</u> sea denegada.
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$100	Copago de \$100	————ninguno————
	Atención de urgencia	Copago de \$50	Coseguro del 50%	————ninguno————
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Centro UHealth Memorial Coseguro del 15%	Coseguro del 50%	Se exige precertificación. Si no obtiene la precertificación, es posible que su reclamación sea denegada.
	Honorarios del médico/cirujano	Todos los demás centros Coseguro del 20%		
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Copago de \$25	Coseguro del 50%	Un (1) examen anual de bienestar de salud mental cubierto sin cargo.
	Servicios internos	Centro UHealth Memorial Coseguro del 15%	Coseguro del 50%	Se exige precertificación. Si no obtiene la precertificación, es posible que su reclamación sea denegada.

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.MyAmeriBen.com.

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 está embarazada	Visitas al consultorio	EPHC PCP Copago de \$25 Tier 1 Especialista Copago de \$40 PCP (demás) Copago de \$35 Especialista (demás) Copago de \$60	Coseguro del 50%	<u>Copago</u> solo en la primera visita al consultorio.
	Servicios de parto profesionales	Centro UCHealth Memorial Coseguro del 15%	Coseguro del 50%	ninguno
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Todos los demás centros Coseguro del 20%		
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Cubre hasta dos (2) horas en un período de veinticuatro (24) horas.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sevicios Ambulatorios Copago de \$35 Centro UCHealth Memorial (Servicios internos) Coseguro del 15%	Coseguro del 50%	Máximo anual para <u>servicios de rehabilitación ambulatoria</u>: límite de 180 días por lesión y enfermedad Máximo del año de beneficio (otro): sesenta (60) visitas, combinadas Se exige precertificación para la terapia de rehabilitación pediátrica para pacientes pediátricos [de hasta diez (10) años de edad y los ingresos en el hospital]. Si no obtiene la precertificación, es posible que su reclamación sea denegada.
	Servicios de habilitación	Demás (Inpatient) Coseguro del 20%		

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.MyAmeriBen.com.

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 ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%	Máximo de por vida: trescientos sesenta y cinco (365) días Se exige precertificación. Si no obtiene la precertificación, es posible que su reclamación sea denegada.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Coseguro del 0%	Coseguro del 50%	————ninguno————
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Copago único de \$150	Coseguro del 50%	————ninguno————
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin Cargo	Coseguro del 50%	Exámenes de la vista de rutina para participantes de dieciocho (18) años, cuando el participante no esté cubierto por el <u>Plan</u> COCS Vision Service. Solo rutina.
	Anteojos para niños	No Cubiertos	No Cubiertos	————ninguno————
	Chequeo dental pediátrico	No Cubiertos	No Cubiertos	————ninguno————

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.)

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) • Cirugía cosmética | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (adultos) • Atención que no es de emergencia durante viajes fuera de los EE. UU. • Servicios de enfermería privada | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la visa de rutina (adultos) • Atención de los pies de rutina (excepto cuando sea necesario por razones médicas) |
|---|--|--|

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura
Máximo del año de beneficio: 20 visitas • Cirugía bariátrica • Servicios quiroprácticos
Máximo del año de beneficio: 20 visitas | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Tratamiento para la infertilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo • Programas para bajar de peso |
|--|---|--|

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.MyAmeriBen.com.

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: Departamento de la Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados al 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con el administrador de COBRA del plan de The City of Colorado Springs, 30 S. Nevada Avenue, P.O. Box 1575, Mail Code 720, Colorado Springs, CO 80901-1575, 719-385-5125. 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.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

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: Departamento de la Administración de Seguridad de los Beneficios para Empleados al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

También puede comunicarse con el administrador externo para ayudar al administrador del plan con la adjudicación de reclamaciones. El nombre, dirección y número de teléfono del administrador externo son:

AmeriBen
Attention: Appeals Coordination
P.O. Box 7186
Boise, ID 83707
Correo electrónico: custserv@ameriben.com
Servicio al Cliente: 1-866-955-1482 Fax: 208-424-0595

¿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.

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al: 1-866-955-1482.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa: 1-866-955-1482.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码: 1-866-955-1482.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne': 1-866-955-1482.

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

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1146. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de 0.08 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.MyAmeriBen.com.

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 dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con under 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	\$500
■ Especialista <i>costo compartido</i>	\$40
■ Hospital (instalaciones) <i>costo compartido</i>	15%
■ Otro <i>costo compartido</i>	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	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,500
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$2,030

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	\$500
■ Especialista <i>costo compartido</i>	\$40
■ Hospital (instalaciones) <i>costo compartido</i>	15%
■ Otro <i>costo compartido</i>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,000

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$500
■ Especialista <i>costo compartido</i>	\$40
■ Hospital (instalaciones) <i>costo compartido</i>	15%
■ Otro <i>costo compartido</i>	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,200

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