



El documento titulado Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: la información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos y condiciones completos de la cobertura, visite www.wellsense.org o llame al 1-855-833-8120. Para definiciones generales de términos comunes, tales como: [monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor](#), u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-855-833-8120 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$2000 individual/\$4000 familiar	En general, debe abonar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan se torne operativo. Si tiene otros miembros de su familia incorporados al plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el importe total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible por familia general.
¿Existen servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto deducible . De todos modos es posible implementar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de alcanzar su deducible . Verifique la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	Sí, SOLO para servicios odontológicos pediátricos Tipo II y Tipo III, \$50 por persona	Debe abonar todos los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto deducible específico antes de que este plan comience a cubrir estos servicios.
¿Cuál es el límite de desembolso directo para este plan ?	\$9100 individual/ \$18 200 familiar	El límite de desembolso directo es lo máximo que podría abonar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de desembolso directo hasta que se haya alcanzado el límite de desembolso directo de toda la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de desembolso directo ?	Primas, cargos de facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	A pesar de que usted abona estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso directo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte www.wellsense.org o llame al 1-855-833-8120 para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Abonará menos si utiliza un proveedor de la red del plan . Abonará más si utiliza 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 cubre (facturación de saldo). Tenga en cuenta, su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista de la red que elija sin una derivación .

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son posteriores a haber alcanzado su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted abonará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted abonará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted abonará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30/visita (no se aplica deducible)	No está cubierto	Las visitas a especialistas pueden requerir autorización previa .
	Visita a un especialista	\$60/visita (no se aplica deducible)	No está cubierto	
	Atención preventiva/pruebas/ Inmunización	Sin cargo, no se aplica deducible	No está cubierto	Es posible que tenga que abonar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios requeridos son preventivos. Luego verifique lo que cubrirá su plan. Visite https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ para obtener información sobre los servicios que se consideran preventivos
Si se le realiza una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	\$75/visita (Rayos X) \$50/visita (Análisis de sangre)	No está cubierto	- Se requiere autorización previa. Si no se obtiene la autorización previa , se podría denegar el pago de los servicios.
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/TEP, resonancias magnéticas)	\$350/visita	No está cubierto	
Si usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o	Medicamentos genéricos	\$30 por venta minorista y \$60 por pedido por correo con receta (no se aplica el deducible)	No está cubierto	- Cubre un suministro de hasta 30 días (al por menor); - Cubre hasta un suministro de 90 días

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted abonará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted abonará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted abonará más)	
afección Hay más información sobre cobertura de medicamentos con receta disponible en www.wellsense.org	Medicamentos de marcas preferenciales	\$60/venta minorista y \$120/pedido por correo con receta	No está cubierto	(por pedido por correo). - Los anticonceptivos recetados orales y en otras formas están cubiertos en su totalidad. - Ciertos medicamentos orales contra el cáncer están cubiertos en su totalidad. - Es posible que se requiera terapia escalonada. - Es posible que se requiera autorización previa . - Cubre hasta un suministro de 30 días de farmacias especializadas participantes. - Es posible que se requiera autorización previa .
	Medicamentos de marcas no preferenciales	\$90/venta minorista y \$270/pedido por correo con receta	No está cubierto	
	Medicamentos especializados	\$90/venta minorista y \$270/pedido por correo con receta	No está cubierto	
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	\$500/Visita	No está cubierto	- Incluye colonoscopías de diagnóstico y endoscopias. - Es posible que se requiera autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$350/visita	\$350/visita	- El copago de la sala de emergencias no se aplica si es ingresado directamente al hospital desde la sala de emergencias. - Si recibe servicios de emergencia de un proveedor que no pertenece a la red, el plan abonará hasta el monto permitido. Transporte de emergencia únicamente. El transporte que no sea de emergencia requiere una autorización previa . Si no se obtiene la autorización previa , se podría denegar el pago de los servicios. La atención de urgencia de proveedores que no pertenecen a la red y que se
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	
	Atención de urgencia	\$60/visita (no se aplica)	\$60/visita (no se aplica)	

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted abonará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted abonará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted abonará más)	
		deducible)	deducible)	encuentran fuera del área de servicio está cubierta para servicios médicamente necesarios contemplados en el plan.
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	\$1,000/admisión	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> - Los hospitales de rehabilitación para pacientes internados están limitados a 60 días por año de beneficios. - Se requiere autorización previa. Si no se obtiene la autorización previa, se podría denegar el pago de los servicios.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o para abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30/visita (no se aplica deducible)	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> - Es posible que se requiera autorización previa de nuestro contratista externo, Carelon Behavioral Health.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$1000/admisión	No está cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$30/visita con un PCP \$60/visita a un especialista (no se aplica deducible)	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> - No se aplica el costo compartido a los servicios preventivos
	Servicios profesionales de nacimiento/parto	Sin cargo	No está cubierto	
	Servicios de instalaciones de nacimiento y parto	\$1000/admisión	No está cubierto	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de la salud en el hogar	\$5/visita	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> - Se requiere autorización previa. Si no se obtiene la autorización previa, se podría denegar el pago de los servicios.
	Servicios de rehabilitación	\$60/visita (no se aplica deducible)	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> - La terapia física y ocupacional ambulatoria está limitada a 60 visitas combinadas por año de beneficios. - Los límites de terapia física/terapia ocupacional no se aplican a los miembros con trastornos del espectro autista o a niños menores de 3 años que reciben servicios de intervención temprana.

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted abonará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted abonará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted abonará más)	
				<ul style="list-style-type: none"> - No hay límite en las visitas de terapia del habla - Es posible que se requiera autorización previa después de la evaluación inicial.
	Servicios de habilitación	\$60/visita (no se aplica deducible)	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> - La terapia física y ocupacional ambulatoria está limitada a 60 visitas combinadas por año de beneficios. - Es posible que se requiera autorización previa después de la evaluación inicial.
	Atención de enfermería especializada	\$1000/admisión	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> - Límite de 100 días por año de beneficios. - Se requiere autorización previa. Si no se obtiene la autorización previa, se podría denegar el pago de los servicios.
	Equipo médico duradero	20 % coseguro	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> - No se aplica coseguro a las pelucas. - Es posible que se requiera autorización previa de nuestro proveedor externo, Northwood, Inc.
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> - Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, se podría denegar el pago de los servicios.
Si su hijo necesita cuidado odontológico u oftalmológico	Examen oftalmológico para niños	Sin cargo por examen preventivo. \$60/por visita para exámenes que no sean de rutina. (no se aplica deducible)	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> - Los exámenes preventivos oftalmológicos están limitados a uno cada 12 meses para miembros de 18 años o menos.
	- Gafas para niños	20 % coseguro	No está cubierto	
	Chequeo odontológico para niños	Sin cargo	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> - Cubierto solo para miembros menores de 18 años - El chequeo se refiere a las visitas preventivas y diagnósticas (servicios Tipo I). Los servicios Tipo II, Tipo III y Tipo IV están sujetos a costo compartido*

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (Verifique su póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cirugía cosmética• Servicios de intervención temprana para niños de 3 años en adelante.• Audífono para miembros mayores de 21 años• Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none">• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.• Atención privada de enfermería• Cuidado de rutina de los pies, excepto para miembros con diabetes• Cuidado odontológico (adulto) | <ul style="list-style-type: none">• Servicios más allá de cualquier beneficio o límite monetario enumerado en este Resumen de beneficios y cobertura• Gafas, excepto como se describe en la Evidencia de cobertura.• Programas para la pérdida de peso, excepto como se describe en la Evidencia de cobertura. |
|--|---|--|

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor, consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Aborto• Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica• Servicios dentales para la reparación del labio leporino/paladar hendido | <ul style="list-style-type: none">• Audífono para niños• Tratamiento para la infertilidad |
|---|---|--|

Sus derechos para continuar la cobertura: hay organismos que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esos organismos es: División de Seguros de la Sección de Servicios al Consumidor de Massachusetts 1-877-563-4467 o mass.gov/doi, la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluida la contratación de 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.

Sus derechos a presentar una queja o apelación: hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para recibir asistencia, comuníquese con:

- Servicio para miembros del Plan de Salud WellSense al 1-855-833-8120
- La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa
- División de Seguros de Massachusetts al 617-521-7794

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#) y [seguro médico](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras políticas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cobertura determinada. Si usted es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para las primas](#).

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que usted sea elegible para recibir [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarlo a abonar un [plana](#) través del [Mercado](#).

Servicios de acceso lingüístico:

Español: para obtener asistencia en español, llame al 1-855-833-8120.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-833-8120.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, ☎☎打☎个号☎ 1-855-833-8120.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-833-8120.

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

**Período de cobertura para grupos pequeños: 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigor

Declaración de divulgación PRA: De acuerdo con la Paperwork Reduction Act (Ley de reducción de papeleo, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que tenga un número de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es el **0938-1146**. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información está estimado en un promedio de **0,08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias sobre cómo mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atte.: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#), y muchos otros factores. Concéntrese en los importes de [costo compartido](#) ([gastos deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Use 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 solo en la cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$2000
- [Copagos](#) al [especialista](#) \$50
- [Copagos](#) del hospital (instalaciones) \$1000

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas con un [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de nacimiento/parto
 Servicios de instalaciones de nacimiento y parto
[Pruebas diagnósticas](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita a un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total de ejemplo	\$12,700
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg abonaría:

Costos compartidos	
Gastos deducibles	\$2000
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que abonaría Peg es	\$2,200

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$2000
- [Copagos del especialista](#) \$50
- [Copagos](#) del hospital (instalaciones) \$1000
- [Coaseguro](#) del [equipo médico duradero](#) 20 %

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas con un [médico de atención primaria](#) (*incluida la capacitación sobre enfermedades*)
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total de ejemplo	\$5600
------------------------	--------

En este ejemplo, Joe abonaría:

Costos compartidos	
Gastos deducibles	\$900
Copagos	\$1100
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que abonaría Joe es	\$2000

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$2000
- [Copagos](#) al [especialista](#) \$50
- [Copagos](#) de la [sala de emergencias](#) \$300
- [Coaseguro](#) del [equipo médico duradero](#) 20 %

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluidos los insumos médicos*)
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total de ejemplo	\$2,800
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia abonaría:

Costos compartidos	
Gastos deducibles	\$1,700
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia abonaría es	\$2,100

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos del EJEMPLO.