**El documento 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 compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado la prima) se proporciona por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-844-288-5704. Para ver definiciones generales de términos comunes, tales como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o llame al 1-844-288-5704 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué esto es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuál es el deducible general?** | Proveedores dentro de la red: **$0**/individual o **$0**/familiar<br>Proveedor fuera de la red: **$500**/individual o **$1,000**/familiar | Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. El deducible está **integrado**. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total.<br>**El año deducible va del 01/01 – 12/31** |
| **¿Hay otros servicios cubiertos antes de que alcance su deducible?** | Sí. Los servicios de atención preventiva se cubren antes de que alcance su deducible. | Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque usted no haya alcanzado el monto del deducible. Pero se puede aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre determinada atención preventiva sin costo compartido y antes de que usted alcance su deducible. Vea una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/. |
| **¿Hay otros deducibles para servicios específicos?** | No. | No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos. |
| **¿Cuál es el límite de desembolso directo para este plan?** | Proveedores dentro de la red: **$3,500**/individual o **$7,000**/familiar<br>Proveedores fuera de la red: **$5,500**/individual o **$11,000**/familiar | El límite de desembolso directo es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. El límite de desembolso directo está **integrado**. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan, ellos tienen que alcanzar sus propios límites de desembolso directo hasta que se haya alcanzado el límite de desembolso directo familiar. |
| **¿Qué no está incluido en el límite de desembolso directo?** | Las primas, los cargos de facturación de saldo y la atención médica que no cubre este plan. | Aunque usted pague esos gastos, no cuentan para el límite de desembolso directo. |
| **¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?** | Sí. Visite www.PureBeautyBenefits.com o llame al 1-844-288-5704 para obtener una lista de los proveedores | Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor en la red del plan. Usted pagará el máximo si recurre a un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). |

| | | |
|---|---|---|
| | de la red. | |
| **¿Necesita una derivación para ver a un especialista?** | No. | Puede ver al especialista que elija sin una derivación. |

Todos los gastos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de que se ha alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones, y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| **Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica** | Visita al médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | $30 de copago | 30 % de coseguro | El deducible no se aplica al copago. Incluye análisis de laboratorio y radiografías asociados. |
| | Visita al especialista | $50 de copago | 30 % de coseguro | El deducible no se aplica al copago. |
| | Atención preventiva/pruebas de detección/ vacunas | Sin cargo | 30 % de coseguro | Es posible que deba pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego consulte lo que su plan pagará. |
| **Si se le realiza una prueba** | Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargo | 30 % de coseguro | Ninguno. |
| | Imágenes (TC/TEP, IRM) | Centro independiente para pacientes ambulatorios: $100 de copago<br>Hospital Ambulatorio: $350 de copago | 30 % de coseguro | Es posible que se necesite autorización previa. |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección**<br><br>Hay más información sobre la **cobertura de medicamentos recetados** disponible en www.PureBeautyBenefits.com | Medicamentos genéricos | Farmacia minorista $15/receta<br>Pedidos por correo: $30/receta | | El costo compartido no se aplica para medicamentos con receta preventivos. El deducible no se aplica al copago. Suministro hasta de 90 días en farmacias minoristas y de pedido por correo. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Farmacia minorista: $40/receta<br>Pedidos por correo: $80/receta | | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Farmacia minorista: $70/receta<br>Pedidos por correo: $140/receta | | |
| | Medicamentos de especialidad | Farmacia minorista y pedidos por correo: $150/receta | | El deducible no se aplica al copago. Suministro hasta de 30 días en farmacias minoristas y de pedido por correo. |
| **Si se le realiza una** | Cargo del centro | Sin cargo | 30 % de coseguro | Es posible que se necesite autorización |

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones, y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| **cirugía ambulatoria** | (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | | | previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | 30 % de coseguro | |
| **Si necesita atención médica de inmediato** | Atención en la sala de emergencias | $650 de copago | 30 % de coseguro | El deducible no se aplica al copago. Cobertura de emergencias verdaderas a nivel de la red. El copago de atención en la sala de emergencias no se aplica si el participante del plan tiene una consulta general de Teledoc el mismo día. |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | 30 % de coseguro | Cobertura de emergencias verdaderas a nivel de la red. |
| | Atención de urgencia | $25 de copago | 30 % de coseguro | Ninguno. |
| **Si lo hospitalizan** | Honorarios del centro (por ej., la habitación del hospital) | $500 de copago por día, hasta 3 días | 30 % de coseguro | Se necesita autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Sin cargo | 30 % de coseguro | Ninguno. |
| **Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias** | Servicios para pacientes ambulatorios | $50 de copago | 30 % de coseguro | El deducible no se aplica al copago. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargo | 30 % de coseguro | Se necesita autorización previa. |
| **Si usted está embarazada** | Visitas al consultorio | Sin cargo | 30 % de coseguro | El costo compartido no se aplica para servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicio, se puede aplicar un copago o un coseguro. La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otro lugar en el SBC. |
| | Servicios profesionales para nacimientos/partos | $500 de copago por día, hasta 3 días | 30 % de coseguro | |
| | Servicios del centro para nacimientos/partos | $500 de copago por día, hasta 3 días | 30 % de coseguro | |
| **Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud** | Atención médica en el hogar | Sin cargo | 30 % de coseguro | Se necesita autorización previa. |
| | Servicios de rehabilitación | $50 de copago | 30 % de coseguro | Terapia ocupacional/del habla: se necesita autorización previa. Fisioterapia: Las visitas adicionales exigen autorización previa. Servicios de quiropráctica. Las visitas adicionales exigen autorización previa. |
| | Servicios de habilitación | $50 de copago | 30 % de coseguro | |
| | Atención de enfermería especializada | Sin cargo | 30 % de coseguro | Se necesita autorización previa. 60 días al año como máximo. |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo | 30 % de coseguro | Ninguno. |

| Evento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones, y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| | Servicios de un centro de cuidados paliativos | Sin cargo | 30 % de coseguro | Se necesita autorización previa. |
| **Si su hijo necesita atención dental o de la vista** | Examen de la vista para niños | Sin cargo | 30 % de coseguro | Límite de 1 examen de rutina por año. |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguno. |
| | Chequeo dental para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguno. |

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

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

- Cirugía estética
- Programas de pérdida de peso
- Audífonos
- Cirugía bariátrica
- Acupuntura
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.

**Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del plan.)**

- Tratamiento de la infertilidad (corrección de anomalías fisiológicas)
- Atención de la vista de rutina (una visita/año cubierta sin costo para niños menores de 19 años)
- Atención de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Atención quiropráctica
- Enfermería privada (solo para pacientes hospitalizados)

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que esta termina. La información de contacto de estas agencias es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede haber otras opciones de cobertura a su disposición, incluida la compra de cobertura de seguro individual, a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de quejas y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta reclamación se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de beneficios que recibirá respecto a ese reclamo médico. Sus documentos del plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o ayuda, comuníquese con: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

**¿Proporciona este plan una cobertura esencial mínima?** **Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted califica para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no califique para el crédito fiscal de la prima.

**¿Cumple este plan los estándares de valor mínimo?** **Sí**

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

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, usted puede calificar para un crédito fiscal de la prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

**Servicios de acceso a idiomas:**
[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-288-5704
[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-288-5704
[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-844-288-5704
[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-844-288-5704

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

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:

**Esta no es una herramienta para calcular costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos en virtud del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

### Peg tendrá un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

| | |
|---|---|
| El deducible general del plan | $0 |
| Copago del especialista | $50 |
| Coseguro del hospital (centro) | 0% |
| Otro coseguro | 0% |

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al consultorio de especialistas (*atención prenatal)*
Servicios profesionales para nacimientos/partos
Servicios del centro para nacimientos/partos
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

| | |
|---|---|
| **Costo total del ejemplo** | **$12,700** |

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles | $0 |
| Copagos | $500 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que pagaría Peg es** | **$560** |

### Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

| | |
|---|---|
| El deducible general del plan | $0 |
| Copago del especialista | $50 |
| coseguro del hospital (centro) | 0% |
| Otro coseguro | 0% |

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluye educación sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

| | |
|---|---|
| **Costo total del ejemplo** | **$5,600** |

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles | $0 |
| Copagos | $1,000 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que pagaría Joe es** | **$1,020** |

### Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

| | |
|---|---|
| El deducible general del plan | $0 |
| Copago del especialista | $50 |
| coseguro del hospital (centro) | 0% |
| Otro coseguro | 0% |

**Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:**
Atención de la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Prueba de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

| | |
|---|---|
| **Costo total del ejemplo** | **$2,800** |

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles | $0 |
| Copagos | $500 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que pagaría Mia es** | **$500** |

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