



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](http://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 <a href="#">deducible</a> total?	\$0	Consulte la tabla de eventos médicos comunes a continuación para conocer sus costos de los servicios que este <a href="#">plan</a> cubre.
¿Existen servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	No aplica.	Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">deducible</a> general.
¿Existen otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	Sí. Solo para servicios dentales pediátricos de tipo II y tipo III, \$50 por persona.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> específico antes de que este <a href="#">plan</a> comience a cubrir estos servicios.
¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso directo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Solo para atención dental pediátrica, \$350.	El <a href="#">límite de desembolso directo</a> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de desembolso directo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de desembolso directo</a> de toda la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso directo</a> ?	Primas, cargos de facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de desembolso directo</a> .
¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.wellsense.org">www.wellsense.org</a> o llame al 1-855-833-8120 para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red del plan</a> . Pagará más si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> cubre ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta, su <a href="#">proveedor de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista de la red</a> que elija sin una <a href="#">derivación</a> .

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica o una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	Ninguna
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	Las visitas a <a href="#">especialistas</a> podrían requerir una <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección</a> / vacunas	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	*Consulte la sección Servicios de salud preventiva a continuación. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios requeridos son preventivos. Luego verifique lo que cubrirá su plan. Visite <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> para obtener información sobre los servicios que se consideran preventivos.
Si se le realiza una prueba	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> ; si no se obtiene <a href="#">autorización previa</a> , el pago por los servicios se podría denegar.
Si usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> disponible en <a href="http://www.wellsense.org">www.wellsense.org</a>	Medicamentos genéricos: Nivel 1	\$0 de <a href="#">copago</a> en farmacia minorista y de pedidos por correo/receta	No está cubierto	*Consulte la sección Medicamentos recetados. Cubre un suministro para hasta 30 días (farmacia minorista); suministro para 90 días (farmacia de pedidos por correo). Se podría requerir terapia escalonada y <a href="#">autorización previa</a> para determinados medicamentos y suministros.
	Medicamentos de marca preferidos: Nivel 2	\$0 de <a href="#">copago</a> en farmacia minorista y de pedidos por correo/receta	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos: Nivel 3	\$0 de <a href="#">copago</a> en farmacia minorista y de pedidos por correo/receta	No está cubierto	

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad: Nivel 4</a>	\$0 de <a href="#">copago</a> en farmacia minorista y de pedidos por correo/receta	No está cubierto	*Consulte la sección Medicamentos recetados. Cubre un suministro para hasta 30 días. Se podría requerir <a href="#">autorización previa</a> .
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	Se podría requerir <a href="#">autorización previa</a> .
	Honorarios del médico/cirujano	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	*Consulte la sección de Servicios de emergencia.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$0 de <a href="#">copago</a> /transporte	\$0 de <a href="#">copago</a> /transporte	*Consulte la sección de Servicios de emergencia. Si un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> le cobra más del <a href="#">monto permitido</a> , es posible que tenga que pagar la diferencia ( <a href="#">facturación de saldo</a> ).
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	\$0 de <a href="#">copago</a> /admisión	No está cubierto	Límite de 60 días calendario/año de beneficios para admisiones hospitalarias de rehabilitación para pacientes hospitalizados. *Consulte la sección de Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> ; si no se obtiene <a href="#">autorización previa</a> , el pago por los servicios se podría denegar.
	Honorarios del médico/cirujano	\$0 de <a href="#">copago</a> /admisión	No está cubierto	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o para abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> de nuestro proveedor externo, Carelon Behavioral Health.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$0 de <a href="#">copago</a> /admisión	No está cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita de rutina	No está cubierto	
	Servicios profesionales de nacimiento/parto	\$0 de <a href="#">copago</a> /admisión	No está cubierto	

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
	Servicios de instalaciones de nacimiento y parto	\$0 de <a href="#">copago</a> /admisión	No está cubierto	*Consulte las secciones Atención de maternidad y Servicios de maternidad: pacientes ambulatorios. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ecografía).
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención de la salud en el hogar</a>	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> ; si no se obtiene <a href="#">autorización previa</a> , el pago por los servicios se podría denegar.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	Límite de 60 visitas para pacientes ambulatorios/año de beneficios. Incluye terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla. No hay límite de beneficios para la terapia del habla o cuando cualquiera de estos servicios cubiertos se proporciona para tratar los trastornos del espectro autista o como parte de la atención médica en el hogar cubierta o los servicios de intervención temprana. *Consulte la sección de Terapia de rehabilitación. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para determinados servicios.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	Límite de 100 días calendario/año de beneficios. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> ; si no se obtiene <a href="#">autorización previa</a> , el pago por los servicios se podría denegar.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	\$0 de <a href="#">copago</a> /admisión	No está cubierto	*Consulte la sección Equipo médico duradero. Incluye pelucas y extractores de leche. Se podría requerir <a href="#">autorización previa</a> de nuestro proveedor externo, Northwood, Inc.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	0 % de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> ; si no obtiene <a href="#">autorización previa</a> , el pago por los servicios se podría denegar.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>	\$0 de <a href="#">copago</a> /visita	No está cubierto	

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	\$0 de <a href="#">copago</a> /exámenes de rutina y no de rutina	No está cubierto	1 examen/12 meses para exámenes preventivos de la vista. Los costos compartidos no se aplican a los exámenes preventivos de la vista. *Consulte la sección Servicios de la vista.
	Anteojos para niños	0 % de <a href="#">coseguro</a>	No está cubierto	1 par de anteojos o lentes de contacto/año calendario. *Consulte la sección Servicios de la vista.
	Chequeo dental para niños	Sin cargo/visita	No está cubierto	2 exámenes/12 meses. *Consulte la sección de Atención dental pediátrica.

### 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](#)).

- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos)
- Servicios de intervención temprana para niños de 3 años en adelante.
- Atención a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Atención privada de enfermería
- Servicios que superen cualquier beneficio o límite monetario enumerado
- Anteojos, 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](#)).**

- Aborto
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos (\$2,000 por oído cada 36 meses para los miembros menores de 21 años)
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)
- Cuidado de rutina de los pies (solo para miembros con diabetes)
- Programas de pérdida de peso (25 % de las cuotas de membresía que califiquen para un miembro por familia por año calendario)

**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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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 pagar un [plan](#) a 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, 请拨打这个号码 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.*

**Declaración de divulgación PRA:** De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo (Paperwork Reduction Act, 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 0.02 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](#) \$0
- [Copago del especialista](#) (atención prenatal) \$0
- [Copago](#) del hospital (centro) \$0

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)

<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es*</b>	<b>\$0</b>

**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](#) \$0
- [Copago del especialista](#) \$0
- [Copago](#) de la visita de atención primaria \$0
- [Coseguro del equipo médico duradero](#) 0 %

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)

<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es*</b>	<b>\$0</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago del especialista](#) \$0
- [Copago de la sala de emergencias](#) \$0
- [Coseguro del equipo médico duradero](#) 0 %

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)

<b>Costo total de ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es*</b>	<b>\$0</b>

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO. \*Nota: El monto de pago del paciente tiene un límite de desembolso personal. Es posible que los montos totales no coincidan debido al redondeo.