




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?	\$1,500 individual/\$3,000 familiar	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. 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 que aplique 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 dentales pediátricos de tipo II y tipo III, \$50 por persona.	Debe pagar 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 ?	\$5,250 Individual / \$10,500 Familiar (\$350 atención dental pediátrica)	El límite de desembolso directo es lo máximo que podría pagar 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 paga 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 . Pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan . Pagará 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 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 proveedor de atención médica o una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30 de copago /visita El deducible no se aplica	No está cubierto	Ninguna
	Visita a un especialista	\$55 de copago /visita El deducible no se aplica	No está cubierto	Las visitas a especialistas podrían requerir una autorización previa .
	Atención preventiva / pruebas de detección / vacunas	\$0 de copago /visita No se aplica deducible	No está cubierto	*Consulte la sección Servicios de salud preventiva a continuación. 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 de copago /visita para radiografías y \$50 para análisis de sangre	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/ PET, resonancias magnéticas)	\$250 de copago /visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa ; si no se obtiene autorización previa , el pago por los servicios se podría denegar.

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 usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos con receta disponible en www.wellsense.org	Medicamentos genéricos: Nivel 1	\$30 de copago /receta en farmacia minorista y \$60 en farmacia de pedidos por correo El deducible no se aplica	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 autorización previa para determinados medicamentos y suministros.
	Medicamentos de marca preferidos: Nivel 2	\$60 de copago /receta en farmacia minorista y \$120 en farmacia de pedidos por correo	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos: Nivel 3	\$90 de copago /receta en farmacia minorista y \$270 en farmacia de pedidos por correo	No está cubierto	
	Medicamentos de especialidad: Nivel 4	\$90 de copago /receta en farmacia minorista y \$270 en farmacia de pedidos por correo	No está cubierto	*Consulte la sección Medicamentos recetados. Cubre un suministro para hasta 30 días. Se podría requerir autorización previa .
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	\$250 de copago /visita	No está cubierto	Se podría requerir autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	\$0 de copago /visita	No está cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$250 de copago /visita	\$250 de copago /visita	*Consulte la sección de Servicios de emergencia. Se exime el copago si es admitido o está en observación.
	Transporte médico de emergencia	\$0 de copago /transporte	\$0 de copago /transporte	*Consulte la sección de Servicios de emergencia. Si un proveedor fuera de la red le cobra más del monto permitido , es posible que tenga que pagar la diferencia (facturación de saldo).
	Atención de urgencia	\$55 de copago /visita El deducible no se aplica	\$55 de copago /visita El deducible no se aplica	

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 tiene una estadía en el hospital	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	\$750 de copago /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 autorización previa ; si no se obtiene autorización previa , el pago por los servicios se podría denegar.
	Honorarios del médico/cirujano	\$0 de copago /admisión	No está cubierto	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o para abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30 de copago /visita El deducible no se aplica	No está cubierto	Es posible que se requiera autorización previa de nuestro proveedor externo, Carelon Behavioral Health.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$750 de copago /admisión	No está cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$0 de copago /visita de rutina El deducible no se aplica	No está cubierto	*Consulte las secciones Atención de maternidad y Servicios de maternidad: pacientes ambulatorios. Según el tipo de servicio, puede aplicar un copago . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales de nacimiento/parto	\$0 de copago /admisión	No está cubierto	
	Servicios de instalaciones de nacimiento y parto	\$750 de copago /admisión	No está cubierto	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de la salud en el hogar	\$0 de copago /visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa ; si no se obtiene autorización previa , el pago por los servicios se podría denegar.
	Servicios de rehabilitación	\$55 de copago /visita No se aplica deducible	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.
	Servicios de habilitación	\$55 de copago /visita El deducible no se aplica	No está cubierto	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.wellsense.org.

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)	
				*Consulte la sección de Terapia de rehabilitación. Se requiere autorización previa para determinados servicios.
	Atención de enfermería especializada	\$750 de copago /admisión	No está cubierto	Límite de 100 días calendario/año de beneficios. Se requiere autorización previa ; si no se obtiene autorización previa , el pago por los servicios se podría denegar.
	Equipo médico duradero	20 % de coseguro	No está cubierto	*Consulte la sección Equipo médico duradero. El coseguro no se aplica a las pelucas; y no se aplica ningún costo compartido a los extractores de leche. Se podría requerir autorización previa de nuestro proveedor externo, Northwood, Inc.
	Servicios de cuidados paliativos	\$0 de copago /visita	No está cubierto	Se requiere autorización previa ; si no obtiene autorización previa , el pago por los servicios se podría denegar.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	\$55 de copago /exámenes de rutina y no de rutina El deducible no se aplica	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	20 % de coseguro	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 se aplica deducible	No está cubierto	2 exámenes/12 meses. *Consulte la sección de Atención dental pediátrica. Los servicios dentales de 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• Atención dental (adultos)• Servicios de intervención temprana para niños de 3 años en adelante. | <ul style="list-style-type: none">• Atención a largo plazo• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.• Atención privada de enfermería | <ul style="list-style-type: none">• 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](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Aborto• Cirugía bariátrica• Atención quiropráctica | <ul style="list-style-type: none">• 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) | <ul style="list-style-type: none">• 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, 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 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.

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

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](#) \$1,500
- [Copago del especialista](#) (atención prenatal) \$0
- [Copago](#) del hospital (centro) \$750

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 pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es*	\$2,300

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 \$1,500
- [Copago del especialista](#) \$55
- [Copago](#) de la visita de atención primaria \$30
- [Coseguro 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	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$300
Copagos	\$1,200
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es*	\$1,500

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,500
- [Copago del especialista](#) \$55
- [Copago de la sala de emergencias](#) \$250
- [Coseguro 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 pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$400
Coseguro	\$60
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es*	\$1,900

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.