



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> .
¿Existen otros <a href="#">deducibles</a> 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 <a href="#">deducible</a> específico antes de que este <a href="#">plan</a> comience a cubrir estos servicios.
¿Cuál es el <a href="#">límite</a> de desembolso directo para este <a href="#">plan</a> ?	\$3,000 Individual /\$6,000 Familiar (\$350 Odontología pediátrica)	El <a href="#">límite de desembolso directo</a> es lo máximo que podría abonar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que alcanzar sus <a href="#">propios</a> límites de desembolso directo 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 abona 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> . Abonará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red del plan</a> . Abonará 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> .

 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 <a href="#">proveedor</a> de atención médica o una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 por visita	No está cubierto	Las visitas a <a href="#">especialistas</a> pueden requerir <a href="#">autorización previa</a> .
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	\$40 por visita	No está cubierto	
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas/</a> Inmunización	Sin cargo	No está cubierto	Es posible que tenga que abonar por servicios que no son preventivos. 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)	Sin cargo	No está cubierto	
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/TEP, resonancias magnéticas)	\$150 por visita	No está cubierto	- <a href="#">Se requiere</a> autorización previa. Si no se obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podría denegar el pago de los servicios.
Si usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> disponible en <a href="http://www.wellsense.org">www.wellsense.org</a>	Medicamentos genéricos	\$10 por venta minorista y \$20 por pedido por correo con receta	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cubre un suministro de hasta 30 días (al por menor);</li> <li>- Cubre hasta un suministro de 90 días (por pedido por correo).</li> <li>- Los anticonceptivos recetados orales y en otras formas están cubiertos en su totalidad.</li> <li>- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer están cubiertos en su totalidad.</li> <li>- Es posible que se requiera terapia</li> </ul>
	Medicamentos de marcas preferenciales	\$25 por venta minorista y \$50 por pedido por correo con receta	No está cubierto	
	Medicamentos de marcas no preferenciales	\$50 por venta minorista y \$150 por pedido por correo con receta	No está cubierto	

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)	
				<p>escalonada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es posible que se requiera una <a href="#">autorización previa</a>.</li> </ul>
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	\$50 por venta minorista y \$150 por pedido por correo con receta	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cubre hasta un suministro de 30 días de farmacias especializadas participantes.</li> <li>- Es posible que se <a href="#">requiera</a> autorización previa.</li> </ul>
<b>Si se le realiza una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	\$250 por visita	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluye colonoscopias y endoscopias diagnósticas.</li> <li>- Es posible que se <a href="#">requiera</a> autorización previa.</li> </ul>
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$150 por visita	\$150 por visita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El <a href="#">copago</a> de la sala de emergencias no se aplica si es ingresado directamente al hospital desde la sala de emergencias.</li> <li>- Si recibe servicios de emergencia de un proveedor que no pertenece a la red, el plan abonará hasta el monto permitido.</li> </ul>
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin cargo	Sin cargo	Transporte de emergencia únicamente. El transporte que no sea de emergencia requiere una <a href="#">autorización previa</a> . Si no se obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podría denegar el pago de los servicios.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$40 por visita	\$40 por visita	La <a href="#">atención de urgencia</a> de proveedores que no pertenecen a la red y que se encuentran fuera del área de servicio está cubierta para servicios médicamente necesarios contemplados en el plan.
<b>Si tiene una estadía en el hospital</b>	Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital)	\$500/admisión	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los hospitales de rehabilitación para pacientes internados están limitados a 60 días por año de beneficios.</li> </ul>

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)	
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto	- Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si <a href="#">no se obtiene la autorización previa</a> , se podría denegar el pago de los servicios.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o para abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 por visita	No está cubierto	- Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> de nuestro contratista externo, Carelon Behavioral Health.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$500/admisión	No está cubierto	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$20 por visita con un PCP \$40 por visita con un especialista	No está cubierto	- No se aplica el <a href="#">costo compartido</a> a los servicios preventivos
	Servicios profesionales de nacimiento/parto	Sin cargo	No está cubierto	
	Servicios de instalaciones de nacimiento y parto	\$500/admisión	No está cubierto	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene</b>	<a href="#">Atención de la salud en el hogar</a>	Sin cargo	No está cubierto	- Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si <a href="#">no se obtiene la autorización previa</a> , se podría denegar el pago de los servicios.

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)	
<b>otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$40 por visita	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La terapia física y ocupacional ambulatoria está limitada a 60 visitas combinadas por año de beneficios.</li> <li>- 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.</li> <li>- No hay límite en las visitas de terapia del habla</li> <li>- Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> después de la evaluación inicial.</li> </ul>
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$40 por visita	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La terapia física y ocupacional ambulatoria está limitada a 60 visitas combinadas por año de beneficios.</li> <li>- Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> después de la evaluación inicial.</li> </ul>
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	\$500/admisión	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Límite de 100 días por año de beneficios.</li> <li>- Se requiere <a href="#">autorización previa</a>. Si <u>no se obtiene la autorización previa</u>, se podría denegar el pago de los servicios.</li> </ul>
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% coseguro	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se aplica coseguro a las pelucas.</li> <li>- Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> de parte de nuestro proveedor externo, Northwood, Inc.</li> </ul>

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)	
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>	Sin cargo	No está cubierto	- Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Si no obtiene la <a href="#">autorización previa</a> , se podría denegar el pago de los servicios.
<b>Si su hijo necesita cuidado odontológico u oftalmológico</b>	Examen oftalmológico para niños	Sin cargo por examen preventivo. \$40 por visita para exámenes no rutinarios.	No está cubierto	- 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	-Solo cubierto para miembros de 18 años o menos --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"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Servicios de intervención temprana para niños de 3 años en adelante.</li> <li>• Audífono para miembros mayores de 21 años</li> <li>• Atención a largo plazo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU.</li> <li>• Atención privada de enfermería</li> <li>• Cuidado de rutina de los pies, excepto para miembros con diabetes</li> <li>• Cuidado odontológico (adulto)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios más allá de cualquier beneficio o límite monetario enumerado en este Resumen de beneficios y cobertura</li> <li>• Gafas, excepto como se describe en la Evidencia de cobertura.</li> <li>• Programas para la pérdida de peso, excepto como se describe en la Evidencia de cobertura.</li> </ul> |
|--|---|--|

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

**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 abonar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

**Servicios de acceso lingüístico:**

**\*\*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 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 \$0
- [Copagos](#) del especialista \$40
- [Copagos](#) del hospital (instalaciones) \$500

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 abonaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Gastos deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$620
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que abonaría Peg es</b>	<b>\$620</b>

### Manejo de la diabetes tipo 2 de

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) es de \$0
- [Copagos al especialista](#) \$40
- [Copagos](#) del hospital (instalaciones) \$500
- [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*)

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

En este ejemplo, Joe abonaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Gastos deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$1000
<a href="#">Coseguro</a>	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$
<b>El total que abonaría Joe es</b>	<b>\$1,200</b>

### 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 \$0
- [Copagos](#) del especialista \$40
- [Copagos](#) de la [sala de emergencias](#) \$150
- [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*)

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

En este ejemplo, Mia abonaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Gastos deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$400
<a href="#">Coseguro</a>	\$50
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$
<b>El total que Mia abonaría es</b>	<b>\$450</b>

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