

FONDO DE SALUD Y BIENESTAR PARA EMPLEADORES Y EMPLEADOS DE HOTELES DE LA GRAN ÁREA METROPOLITANA

Resumen de beneficios y cobertura: ¿Qué cubre este plan y cuánto paga por los servicios que cubre? **Período de cobertura: 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024**

Cobertura para: Participantes y dependientes | **Tipo de plan:** PPO



El documento Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le indica cómo compartirán usted y el Plan el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **AVISO:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se facilitará por separado.

Esto es sólo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de las condiciones completas de la cobertura, póngase en contacto con el administrador del Plan, Wilson-McShane Corporation, llamando al 1-800-535-6373 o al 952-854-0795. Para obtener definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform.com o llamar al 1-800-444-EBSA (3272) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$0 dentro de la red \$200 fuera de la red	Debe abonar todos los gastos hasta alcanzar el monto deducible antes de que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que utilice. Consulte la póliza o el documento del plan para saber cuándo se reanuda el deducible (normalmente, aunque no siempre, el 1 de enero). Consulte la tabla que empieza en la página 2 para saber cuánto paga por los servicios cubiertos después de que se haya abonado el deducible .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el monto deducible?	Sí.	Este Plan cubre algunos productos y servicios, aunque aún no haya alcanzado el monto deducible. Pero puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance el deducible .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	Sí. \$50 por servicios dentales por accidente fuera de la red.	Deberá abonar todos los costos de estos servicios hasta el monto deducible específico antes de que este plan comience a pagar dichos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Sí. \$1200 combinados para cobertura dentro y fuera de la red.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar durante un periodo de cobertura (normalmente de un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar los gastos de atención médica.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, cargos por saldo facturado y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si acude a un proveedor de la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura del proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga el plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede recurrir a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios.

¿Es necesario que lo deriven para poder consultar a un especialista?

No. No hace falta que lo deriven a un especialista.

Puede consultar al **especialista** que elija sin autorización de este plan.

 Todos los gastos de **copago** y **coseguro** indicados en esta tabla se aplican una vez abonado el **deducible** , si corresponde un **deducible**.

Situación médica habitual	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
Si acude al consultorio de un médico o a una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$15 de copago/visita	\$15 de copago/visita y 20 % de coseguro	El plan cubre el 100 % de todas las formas de servicios de telemedicina dentro de la red, incluidos los servicios brindados a través de Teladoc en www.teladoc.com
	Visita a un especialista	\$15 de copago/visita	\$15 de copago/visita y 20 % de coseguro	-----ninguna-----
	Atención preventiva/ detección/ inmunización	Sin cargo	No cubierto	Se cubren las pruebas de rutina de detección de cáncer realizadas por proveedores fuera de la red, con un costo de \$15 copago/visita y 20 % de coseguro.
Si tiene una prueba	Pruebas diagnósticas (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	20 % de coseguro	-----ninguna-----
	Diagnóstico por imagen (TC/TEP, RM)	Sin cargo	20 % de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de	Medicamentos genéricos	<u>Pedido al por menor o por correo (suministro para 30 días):</u> El copago supera los \$5 o el 10 % por medicamento, pero no supera los \$20. <u>Pedido al por menor o por correo (suministro para 31 a 90 días):</u> El copago supera los \$10 o el 10 % por medicamento, pero no supera los \$40.	<u>Pedido al por menor (suministro para 30 días):</u> El copago supera los \$5 o el 10 % por medicamento, pero no supera los \$20. <u>Pedido al por menor o por correo (suministro para 31 a 90 días):</u> El copago supera los \$10 o el 10 % por medicamento, pero no supera los \$40.	Los medicamentos especializados están disponibles exclusivamente a través de la red Caremark Exclusive Specialty Plus en www.caremark.com o por teléfono al 1-866-818-6911.

[* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.dol.gov/ebsa/healthreform.]

venta con receta en www.caremark.com. Debe utilizar una farmacia de la red CVS Caremark de farmacias autorizadas para surtir sus recetas.	Medicamentos de marca preferidos	<u>Pedido al por menor o por correo (suministro para 30 días):</u> El copago supera el 20 % o \$50 por medicamento. <u>Pedido al por menor o por correo (suministro para 31 a 90 días):</u> El copago supera el 20 % o \$100 por medicamento.	<u>Pedido al por menor (suministro para 30 días):</u> El copago supera el 20 % o \$50 por medicamento. <u>Pedido al por menor o por correo (suministro para 31 a 90 días):</u> El copago supera el 20 % o \$100 por medicamento.	Los medicamentos especializados están disponibles a través de la red Caremark Exclusive Specialty Plus en www.caremark.com o por teléfono al 1-866-818- 6911.
	Medicamentos y dispositivos anticonceptivos	Sujeto a los copagos estándar de genérico/de marca registrada (oral y de barrera)/20 % de coseguro inyectables e implantables)	20 % de coseguro	Copago por suministro o dispositivo de tres ciclos. Medicamentos/dispositivos implantables limitados a uno cada cinco años.

Situación médica habitual	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
	Insulina, inyecciones y medicamentos para la infertilidad	Sujeto a los copagos estándar de genérico/de marca registrada (insulina)/ 20 % coseguro (infertilidad)	20 % de coseguro	Copago de insulina por vial o caja de cartuchos.
Si se somete a cirugía ambulatoria	Cargo del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	20 % de coseguro	-----ninguna-----
	Honorarios del médico/cirujano	\$15 de copago/visita	\$15 copago/visita y 20 % de coseguro	-----ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en urgencias	\$50 de copago/visita	\$50 de copago/visita	Exención del copago si ingresa por la misma afección dentro de las 24 horas.
	Transporte sanitario de urgencia	\$20 de coseguro	20 % de coseguro	Sin coseguro para los traslados preautorizados dentro de la red. Sin cobertura para los traslados preautorizados fuera de la red.
	Atención urgente	\$50 de copago/visita	Coseguro del 20 % para los primeros \$2500	Exención del copago si ingresa por la misma afección dentro de las 24 horas. El Plan proporciona cobertura del 100 % para todas las formas de servicios de telesalud dentro de la red, incluidos los servicios brindados a través de Teladoc en www.teladoc.com .
Si necesita hospitalización	Cargo del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a 365 días como máximo por periodo de internamiento. El cargo máximo cubierto es la tarifa promedio de la habitación semiprivada del hospital, o el 90 % de la tarifa de la habitación privada del hospital si no hay habitaciones semiprivadas disponibles.
	Honorarios del médico/cirujano	\$15 de copago/día	Sin cobertura	-----ninguna-----

[* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.dol.gov/ebsa/healthreform.]

Si necesita servicios relacionados con salud mental, salud conductual o adicciones	Servicios ambulatorios	\$15 de copago/visita (ambulatorio) o de día (hospitalización)	\$15 de copago y 20 % de coseguro	-----ninguna-----
	Servicios de hospitalización	\$15 de copago	Sin cobertura	-----ninguna-----
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
	Servicios profesionales para el parto	\$15 de copago/visita	Sin cobertura	-----ninguna-----

Situación médica habitual	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Pagará más)	
	Servicios de atención para el parto	Sin cargo	Sin cobertura	-----ninguna-----
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica a domicilio	\$15 de copago/visita	\$15 de copago/visita y 20 % de coseguro	Máximo de 120 visitas (dentro de la red) / 60 visitas (fuera de la red) al año.
	Servicios de rehabilitación	\$15 de copago/visita	\$15 copago/visita y 20 % de coseguro	Máximo de 120 visitas (dentro de la red) / 60 visitas (fuera de la red) al año.
	Servicios de habilitación	\$15 de copago/visita	\$15 copago/visita y 20 % de coseguro	Máximo de 120 visitas (dentro de la red) / 60 visitas (fuera de la red) al año.
	Atención de enfermería especializada	\$15 de copago/visita	\$15 de copago/visita y 20 % de coseguro	Máximo de 120 visitas (dentro de la red) / 60 visitas (fuera de la red) al año.
	Equipo médico duradero	20 % de coseguro	20 % de coseguro	-----ninguna-----
	Servicios de cuidados paliativos	\$15 de copago/visita	No cubierto	Límite de 30 días de atención continua y servicio de relevo combinados. Se aplica un coseguro del 20 % para el relevo dentro de la red, que está limitado a 5 días por episodio.
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen ocular infantil	100 %	No cubierto	
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	
	Revisión dental infantil	100 %	100 %	El beneficio dental máximo es de \$2000. Los hijos dependientes menores de 19 años no están sujetos al beneficio máximo de \$2000 por beneficios dentales.

[* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.dol.gov/ebsa/healthreform.]

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 otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Cirugía estética	<ul style="list-style-type: none">• Audífonos• Atención a largo plazo	<ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería privada.• Programas de pérdida de peso
Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).		
<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Atención quiropráctica (si se prescribe con fines de rehabilitación)• Atención dental	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de la infertilidad• La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none">• Atención oftalmológica de rutina (Adultos)• Atención de los pies de rutina (deben cumplir los criterios de atención médicamente necesaria)

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto de estas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento del Trabajo de EE. UU., 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede disponer de otras opciones de cobertura, incluida la contratación de una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamación y apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se denomina reclamación o apelación. Para 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 para presentar una apelación o una reclamación por cualquier motivo a su plan. Si desea más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, póngase en contacto con el administrador del Plan, Wilson-McShane Corporation, llamando al 1-800-535-6373 o al 952-854-0795. También puede ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento del Trabajo de EE. UU., 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Ofrece este plan una cobertura mínima esencial? Sí

Si no tiene cobertura mínima esencial durante un mes, tendrá que efectuar un pago cuando presente su declaración de la renta, a menos que pueda acogerse a una exención del requisito de tener cobertura de salud durante ese mes.

¿Cumple este plan las normas de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple las normas de valor mínimo, puede optar a un crédito fiscal para primas que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



No es una estimación de costos. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de la cobertura que puede ofrecer este plan. Sus costos reales serán diferentes en función de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y a los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva para el afiliado.

Peg va a tener un bebé

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

- Deducible total del plan \$0
- Especialista [costo compartido] \$15
- Hospital (centro) [costo compartido] 0 %
- Otros [costo compartido] 20 %

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*) Servicios profesionales de parto Servicios en centros de parto Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*) Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$35
Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es de	\$95

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- Deducible total del plan \$0
- Especialista [costo compartido] \$15
- Hospital (centro) [costo compartido] 0 %
- Otros [costo compartido] 20 %

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*) Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*) Medicamentos de venta con receta Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo \$5600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$660
Coaseguro	\$190
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$850

Fractura simple de Mia

(visita a urgencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- Deducible total del plan \$0
- Especialista [costo compartido] \$15
- Hospital (centro) [costo compartido] 0 %
- Otros [costo compartido] 20 %

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como: Atención en urgencias (*incluido el material médico*) Prueba diagnóstica (*radiografía*) Equipo médico duradero (*muletas*) Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$85
Coaseguro	\$240
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es de	\$325