



Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en www.myameriben.com o www.commercialroofingbenefits.com o llamando al 1-866-504-6813.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	Proveedor preferido: \$500 por cada participante del plan \$1,500 por familia Proveedor no preferido: \$1,000 por cada participante del plan \$3,000 por familia	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del deducible , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo ?	Sí. Proveedor preferido: \$3,000 por cada participante del plan \$9,000 por familia Proveedor no preferido: \$10,000 por cada participante del plan \$25,000 por familia	El límite para los gastos del bolsillo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo ?	Primas, cargos del balanza del paciente, multas de penalización, servicios que no son cubiertos por este plan, y los cargos de medicamentos recetados. Los cargos de medicamentos recetados se aplican a su propio límite fuera del bolsillo.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el límite de gastos del bolsillo .
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una red de proveedores ?	Sí, una red médica. N. and S. Carolina: Med Cost llame al 1-800-824-7406 o conéctese www.medcost.com Todas otras ubicaciones: Aetna Signature Administrators llame 1-866-504-6813 o www.aetna.com/asa Sí, una red de farmacia. Navitus Health Solutions llame al 1-866-333-2757 o vaya a www.navitus.com .	Si usted se atiende con médicos y proveedores de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría usar algún proveedor que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como perteneciente a la red, preferido o participante para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos proveedores .

Preguntas: Llame al 1-866-504-6813 o visite www.myameriben.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.MyAmeriBen.com o www.dol.gov/ebsa/healthreform o llame 1-866-4-USA-DOL para solicitar una copia.

¿Necesito un referido para ver un especialista ?	No. Usted no necesita un referido para ver a un especialista.	Usted puede consultar a cualquier especialista y no necesita un permiso del plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí.	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 4. Para averiguar cuáles son los servicios excluidos , vea los documentos del plan o póliza.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su coseguro será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores participantes** cobrándole **deducibles, copagos o coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$25 copago	50% coseguro y después del deducible	———— ninguno ————
	Consulta con un especialista	\$35 copago	50% coseguro y después del deducible	———— ninguno ————
	Consulta con otro proveedor de la salud	Pruebas de alergia, suero e inyecciones: Ningún Cargo La acupuntura y el tratamiento quiropráctico \$20 copago	50% coseguro y después del deducible	La acupuntura está limitada a un máximo anual de \$500 por participante del plan. El tratamiento quiropráctico se limita a un máximo anual de \$500 por participante del plan.
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Ningún Cargo	50% coseguro y después del deducible	Las vacunas contra el VPH incluyen la serie de inyecciones para los participantes del Plan de edad nueve (9) a veintiséis (26) años de edad
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Ningún Cargo	50% coseguro y después del deducible	Los servicios de laboratorio, diagnóstico y radiografías que son proporcionados por un proveedor fuera de la red a través de una derivación de un médico dentro de la red se pagará a la tasa de la red.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	Pre-certificación se requiere. La falta de precertificación lo hará sujeto a una multa del 50% hasta un máximo de \$500 por cualquier reclamo resultante. Las cantidades aplicadas a esta multa no satisfará el límite para los gastos del bolsillo.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
<p>Si necesita un medicamento</p> <p>Para más información sobre la cobertura de medicamentos visite www.navitus.com.</p>	Medicamentos genéricos	<p>Opción de farmacia (suministro de 30 días): \$5 copago</p> <p>Opción por correo (suministro de 90 días): \$10 copago</p>	Precio de Proveedor de la red	<p>No todos los medicamentos recetados están cubiertos. Para determinar si un medicamento específico está cubierto por su plan, inicie una sesión y cuenta en www.navitus.com.</p> <p>Si usted compra sus medicamentos recetados de una farmacia con un proveedor fuera de la red, usted tendrá que pagar el precio total de la receta y luego presentar una reclamación de reembolso. El reembolso será de acuerdo al precio de la Red, y su total de gastos del bolsillo probable puede ser más que el co-pago que habría pagado si hubiera usado una farmacia en la red.</p> <p>Los medicamentos genéricos con receta bajo el mandato de la Ley de Asistencia Asequible (incluye los anticonceptivos) recibido por una farmacia de la red están cubiertos al 100% sin deducible / copago .</p>
	Medicamentos de marca preferidos	<p>Opción de farmacia (suministro de 30 días): \$45 copago</p> <p>Opción por correo (suministro de 90 días) \$90 copago</p>	Precio de Proveedor de la red	_____ ninguno _____
	Medicamentos de marca no preferidos	<p>Opción de farmacia (suministro de 30 días): \$65 copago</p> <p>Opción por correo (suministro de 90 días) \$130 copago</p>	Precio de Proveedor de la red	_____ ninguno _____
	Medicamentos especiales	Opción de farmacia (suministro de 30 días): \$100 copago	Precio de Proveedor de la red	_____ ninguno _____
<p>Si le hacen una cirugía ambulatoria</p>	Arancel del centro (clínica)	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	Precertificación es obligatoria excepto cuando se representa en la sala de emergencias. La falta de precertificación lo hará sujeto a una multa del 50% hasta un máximo de \$500 por cualquier reclamo resultante. Las cantidades aplicadas a esta multa no satisfará el límite para los gastos del bolsillo.
	Tarifa del médico/cirujano	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	_____ ninguno _____

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$150 copago, 30% coseguro y después del deducible	\$150 copago, 30% coseguro y después del deducible	Copago no aplica si hay admisión. Servicios diagnósticos que se realizan en la sala de emergencia se pagan al beneficio de Servicio diagnóstico ambulatorios, de laboratorio y de rayos X.
	Traslado médico de emergencia	30% coseguro y después del deducible	30% coseguro y después del deducible	———— ninguno ————
	Cuidado urgente	\$25 copago	50% coseguro y después del deducible	———— ninguno ————
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	Precertificación es obligatoria. La falta de precertificación lo hará sujeto a una multa del 50% hasta un máximo de \$500 por cualquier reclamo resultante. Las cantidades aplicadas a esta multa no satisfará el límite para los gastos del bolsillo. Limitado a tarifa de la habitación semi-privada, excepto cuando sea necesario médicamente.
	Tarifa del médico/cirujano	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	———— ninguno ————
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	Precertificación es obligatoria para tratamiento de Hospitalización. La falta de precertificación lo hará sujeto a una multa del 50% hasta un máximo de \$500 por cualquier reclamo resultante. Las cantidades aplicadas a esta multa no satisfará el límite para los gastos del bolsillo. Los servicios incluyen la administración de medicamentos, hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	———— ninguno ————
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	———— ninguno ————
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	———— ninguno ————
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	El embarazo de una hija cubierta se limita solamente a los exámenes preventivos obligatorios. Por favor consulte el documento del Plan para más detalles.
	Parto y todos los servicios de internación	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	Centros de maternidad se pagan y no hay ningún cargo.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Ningún Cargo	Ningún Cargo	Limitado a un máximo anual de 40 visitas por participante del plan.
	Servicios de rehabilitación	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	Hospitalización: Se requiere precertificación. Rehabilitación cardíaca requiere precertificación. La falta de precertificación lo hará sujeto a una multa del 50% hasta un máximo de \$500 por cualquier reclamo resultante. Las cantidades aplicadas a esta multa no satisfará el límite para los gastos del bolsillo.
	Servicios de recuperación de las habilidades	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	———— ninguno ————
	Cuidado de enfermería especializado	Ningún Cargo	Ningún Cargo	Se requiere precertificación. La falta de precertificación lo hará sujeto a una multa del 50% hasta un máximo de \$500 por cualquier reclamo resultante. Las cantidades aplicadas a esta multa no satisfará el límite para los gastos del bolsillo. Limitado a un máximo anual de 60 días por participante.
	Equipo médico duradero	30% coseguro y después del deducible	50% coseguro y después del deducible	Consulte el documento del Plan, Sección IV, H. Cargos Cubiertos, Equipo Médico Duradero.
	Cuidado de hospicio	Ningún Cargo	Ningún Cargo	———— ninguno ————
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Ningún Cargo hasta el máximo	Ningún Cargo hasta el máximo	Ningún Cargo de hasta \$ 200 al año; incluye exámenes, lentes, marcos, contactos y hardware.
	Anteojos	Ningún Cargo hasta el máximo	Ningún Cargo hasta el máximo	
	Consulta dental	Ningún Cargo	Ningún Cargo	Una (1) cada seis meses hasta la edad de diecinueve (19).

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)		
<ul style="list-style-type: none"> Atención dental (Adulto) Tratamiento de la Infertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> La atención sin emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado rutinario de los pies

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)		
<ul style="list-style-type: none"> Acupuntura - un límite de \$500 al año Cirugía Bariátrica (tal como se define en el Documento del 	<ul style="list-style-type: none"> La cirugía estética (como se define como un gasto elegible en el Documento del Plan) 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de enfermería privada (como se define como un gasto elegible en el Documento del Plan)

<ul style="list-style-type: none"> Plan para la Obesidad Mórbida) Se requiere certificación previa. Un máxima de vida de un procedimiento quirúrgico. Atención quiropráctica - un límite de \$500 al año 	<ul style="list-style-type: none"> Audífonos (máximo anual de coseguro% \$ 2,000 / 40) Chequeo dental (niño) Atención a largo plazo (agudos solamente) Se requiere precertificación. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de rutina de la vista Los programas de pérdida de peso (como se define en el Documento del Plan para la obesidad mórbida)
--	---	--

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura bajo el plan, entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proveer protecciones que le permiten mantener la cobertura de salud. Todos estos derechos pueden ser limitados en el tiempo y requerirá el pago de una prima, que puede ser significativamente mayor que la prima que se paga mientras está cubierto por el plan. Otras limitaciones en sus derechos para continuar su cobertura también se pueden aplicar.

Para obtener más información sobre sus derechos a continuar su cobertura, comuníquese con el plan Progressive Services, Inc. dba Commercial Roofing Benefits, 23 N. 35th Avenue, Phoenix, AZ, 85009 1-602-278-4900. Usted también puede contactar su departamento estatal de seguros, el Departamento de Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa o los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267 -2323 x61565 o www.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con el administrador de tercera parte (TPA) para ayudar al administrador del plan de adjudicación de reclamaciones. El nombre de la TPA, dirección y número de teléfono son: AmeriBen, Atención: Coordinación de Apelaciones, P.O. Box 7186, Boise, ID 83707, 1-866-504-6813.

¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima.” **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. **El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$4,780
- Usted paga: \$2,760

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$1,000
Copagos	\$30
Coseguro	\$1,700
Límites o exclusiones	\$30
Total	\$2,760

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,830
- Usted paga: \$570

Ejemplo de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$100
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
Límites o exclusiones	\$70
Total	\$570

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✘ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✘ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSA), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRA) que le ayudan con los gastos del bolsillo.

Preguntas: Llame al 1-866-504-6813 o visite www.myameriben.com.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en www.MyAmeriBen.com o www.dol.gov/ebsa/healthreform o llame 1-866-4-USA-DOL para solicitar una copia.