El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, vaya a www.hospitalityplan.org o llame a 1-855-405-3863. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cciio.cms.gov o llamar a 1-855-405-3863 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	$750/persona ó $1,500/familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual, hasta que el monto total de gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible total por familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Sí. El tratamiento de emergencia en una sala de emergencias, los servicios dentro de la red que el plan cubre al 100% o para los cuales usted paga un copago, y medicamentos con receta están cubiertos antes de cumplir con su deducible.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Límite médico: **$2,000**/persona; **$6,000**/familia Límite de medicamentos recetados: **$1,600**/persona; **$3,200**/familia.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de gastos directo del bolsillo hasta que se cumpla el límite de gastos directo del bolsillo total por familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, cargos por facturación del saldo, los cuidados de salud que este plan no cubre, atención de proveedores fuera de la red, y las penalizaciones por obtener cuidados sin autorización previa.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.

¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Vea www.bcbsil.com o llame al 1-800-810-2583 para una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.

Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	$25 de copago/visita; Deducible no se aplica	50% de coseguro	Ninguna
	Visita al especialista	$50 de copago/visita; Deducible no se aplica	50% de coseguro	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo; Deducible no se aplica	No tiene cobertura	Es posible que usted tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que su plan pagará por el servicio. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	$25 de copago/visita (no hospitalaria); $100 copago/visita (hospital); Deducible no se aplica	50% de coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	$175 de copago/visita (no hospitalaria); $300 de copago/visita (hospital); Deducible no se aplica	50% de coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.hospitalityrx.org	Medicamentos genéricos y algunos medicamentos de marca	$5 de copago/por medicamento recetado (venta comercial y pedidos por correo); Deducible no se aplica	No tiene cobertura	No hay cobro por ciertos medicamentos de atención preventiva y suministros. Los medicamentos especializados deben ser obtenidos a través de la farmacia especializada de pedidos por correo. A partir del 1 de enero de 2022, si usted toma medicamentos especializados como parte de su plan de tratamiento del VIH, es posible que pueda recibir una excepción para usar su farmacia comercial dentro de la red en lugar de la farmacia especializada. Cobertura limitada a medicamentos en el formulario, a menos que una excepción del formulario sea aprobada. Límites de cantidad, requisitos de autorización previa y otros programas de contención de costos pueden aplicar. *Vea la sección de beneficios de medicamentos con receta.
	Medicamentos preferidos	$15 de copago/por medicamento recetado (venta comercial y pedidos por correo); Deducible no se aplica	No tiene cobertura	
	Medicamentos no preferidos	$30 de copago/por medicamento recetado (venta comercial y pedidos por correo); Deducible no se aplica	No tiene cobertura	
	Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos	Genérico: $5 de copago/ por medicamento recetado (pedidos por correo); Deducible no se aplica; De marca: 25% de coseguro/por medicamento recetado (pedidos por correo); Deducible no se aplica	No tiene cobertura	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro (centro de cirugía ambulatoria); 30% de coseguro (hospital)	50% de coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano			

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$200 de copago/visita; Deducible no se aplica	$200 de copago/visita; Deducible no se aplica	El copago no aplica si es admitido(a).
	Transporte médico de emergencia	30% de coseguro (terrestre); 20% de coseguro (aéreo)	30% de coseguro (terrestre); 20% de coseguro (aéreo)	La cobertura para ambulancia terrestre está limitada a 2 viajes/año. Los beneficios para ambulancia aérea pueden ser denegados si no se sigue el programa de autorización previa.
	Atención de urgencia	$50 de copago/visita; Deducible no se aplica	50% de coseguro;	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	30% de coseguro	50% de coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano			
Si necesita servicios de salud mental, conductual o abuso de sustancias	Sevicios ambulatorios	$25 de copago/visita al consultorio; Sin cargo por otros servicios de paciente externo; Deducible no se aplica	50% de coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
	Servicios internos	30% de coseguro	50% de coseguro	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$25 de copago/visita; Deducible no se aplica	50% de coseguro	No se proporciona cobertura para el embarazo de una hija dependiente aparte de cuidado preventivo. Los beneficios de hospitalización pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa. El costo compartido no se aplica para ciertos servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, un copago o coseguro puede aplicar. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	30% de coseguro	50% de coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales			

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	50% de coseguro	Cobertura limitada a 30 visitas/por persona por año. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	$30 de copago/visita (no en hospital); $60 de copago/visita (hospital); Deducible no se aplica Centro de Internación: 30% de coseguro	50% de coseguro	Límites de Cobertura: Terapia del habla, 30 visitas/año; terapia física/ocupacional, 60 visitas/año. NO existe límite de visitas para salud mental, tratamiento por abuso de sustancias o Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
	Servicios de habilitación			
	Cuidado de enfermería especializada	30% de coseguro	50% de coseguro	Cobertura limitada a 30 días/por persona por año. Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
	Equipo médico duradero	25% de coseguro	No tiene cobertura	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa para articulos que valen más de $500.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo; Deducible no se aplica	50% de coseguro	Los beneficios pueden ser denegados si no se cumple con el programa de autorización previa.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Los beneficios de la vista pueden proporcionarse por separado.
	Anteojos para niños			
	Chequeo dental pediátrico	No tiene cobertura	No tiene cobertura	Los beneficios dentales pueden proporcionarse por separado.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica (salvo que sea medicamente necesaria)
- Cirugía cosmética
- Cuidados dentales (Adultos) (pueden ser proporcionados por separado)
- Cuidados dentales (Menores) (pueden ser proporcionados por separado)
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidado de salud por tiempo prolongado
- Cuidados que no sean de emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU.
- Servicios privados de enfermería
- Cuidados de visión rutinarios (Adultos) (pueden ser proporcionados por separado)
- Cuidados de visión rutinarios (Menores) (pueden ser proveídos por separado)
- Cuidados podiátricos de rutina
- Programas para bajar de peso (salvo para el tratamiento de la obesidad mórbida bajo la supervisión directa de un profesional de la salud)

Otros servicios cubiertos (Podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- Cuidados quiroprácticos (limitados a proveedores dentro de la red y 12 visitas/año)
- Aparatos auditivos (límite de $3000 / cada 3 años)

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) ó www.dol.gov/ebsa/healthreform y el Centro para la Información del Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 ó www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: UNITE HERE HEALTH al 1-855-405-3863, o al Departamento de Trabajo de Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede contactar a la Oficina de Administración del Fideicomiso al 1-800-331-6158.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.
La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de Estándares de Valor Mínimo, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.hospitalityplan.org.

Servicios lingüísticos:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-405-3863.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-405-3863.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-855-405-3863.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-855-405-3863.
Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-855-405-3863 uff.
Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-405-3863.
Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-855-405-3863.
Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, å'gang 1-855-405-3863.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Declaración de Divulgación de PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1146. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 0.08 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si usted tiene comentarios en relación a la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850.

Acerca de los ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

El deducible general del plan	$750
Copago del especialista	$50
Copago del hospital (las instalaciones)	30%
Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista *(atención prenatal)*
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas *(sonogramas y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total hipotético	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$750
Copagos	$90
Coseguro	$2,300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$50
El total que Peg pagaría es	**$3,190**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

El deducible general del plan	$750
Copago del especialista	$50
Copago del hospital (las instalaciones)	30%
Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico primario *(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total hipotético	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$800
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$200
El total que Joe pagaría es	**$1,000**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

El deducible general del plan	$750
Copago del especialista	$50
Copago del hospital (las instalaciones)	$200
Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Sala de emergencias *(incluye materiales médicos)*
Prueba diagnóstica *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

Costo total hipotético	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$750
Copagos	$400
Coseguro	$70
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,220**

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.