

*Los participantes que viven en la Ciudad de New York o los condados en las áreas aledañas de NY y NJ, o en CT tienen la red POS. Aquellos que viven fuera de esta zona, tienen la red PPO.

 El documento del Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo 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 acerca del costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se suministrará de manera separada. Esto es sólo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura u obtener una copia de su Descripción abreviada del plan, visite <http://health.32bjfunds.org/> o comuníquese al 1-800-551-3225. Para conocer las definiciones 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 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o comunicarse al 1-800-551-3225 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$0 por los proveedores dentro de la red \$1000 por persona/\$2000 por familia por los proveedores fuera de la red .	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia que pertenecen al plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total.
¿Existen servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ?	Sí, cuando se proveen dentro de la red. Los servicios de atención preventiva y de atención primaria están cubiertos antes de que usted alcance su deducible de \$0. No, cuando se proveen fuera de la red.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aún si no ha alcanzado el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Puede ver una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . Deberá alcanzar el deducible antes de que el plan pague por cualquier servicio.
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No es necesario que alcance deducibles específicos para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos que paga de su bolsillo para este plan ?	Para proveedores dentro de la red \$7,900 individual/\$15,800 familiar; para proveedores fuera de la red \$2500 individual/\$5,000 familiar.	El dentro de la red límite de gastos que paga de su bolsillo es el monto máximo que podría pagar en servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de gastos que pagan de su bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos total que paga de su bolsillo para el grupo familiar.
¿Qué se excluye del límite de gastos que paga de su bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldos , las multas por no haber obtenido autorización previa, y la atención de la salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos que paga de su bolsillo .
¿Pagará menos si usa un	Sí. Visite www.32bjfunds.org o	Este plan usa una red de proveedores. Usted paga el monto más bajo si utiliza un proveedor de un

proveedor dentro de la red?	comuníquese al 1-800-551-3225 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red .	5 Star Center. Usted paga más si utiliza un proveedor dentro de la red del plan. Paga el monto más alto si que utiliza un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor la diferencia entre el monto que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesito una derivación para ver a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que desee sin una derivación .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de que ha alcanzado su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor de un 5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más, pero no el monto más alto)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	\$40 de copago por consulta en el consultorio	50% de coseguro	Ninguna.
	Consulta con un especialista	Sin cargo	\$40 de copago por consulta en el consultorio	50% de coseguro	
	Atención preventiva/prueba de detección/ Inmunizaciones	Sin cargo	Sin cargo	50% de coseguro	Cuando utiliza un proveedor fuera de la red , el Plan paga el coseguro del 50% del monto permitido después del deducible . Es posible que deba pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué es lo que pagará el plan .

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor de un 5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más, pero no el monto más alto)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
	Consulta en el consultorio de otro profesional	<p>No hay cargos para servicios de quiropráctica</p> <p>No hay cargos para servicios de acupuntura</p> <p>No hay cargos para servicios de terapia ocupacional, terapia de la vista, fisioterapia, terapia del habla</p>	<p>\$40 de copago por consulta de quiropráctica</p> <p>\$40 de copago por consulta de acupuntura</p> <p>\$40 de copago por servicios de terapia ocupacional, terapia de la vista, fisioterapia, terapia del habla</p>	<p>50% de coseguro por atención de quiropráctica</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p>	<p>La cobertura de atención quiropráctica se limita a 10 consultas por año.</p> <p>La cobertura de acupuntura se limita a 20 consultas por año.</p> <p>La cobertura combinada de terapia ocupacional, terapia de la vista, y terapia del habla se limita a 30 consultas por año. La cobertura de fisioterapia para pacientes ambulatorios se limita a 30 consultas separadas por año. Copago del centro de \$75 por consulta de fisioterapia para pacientes ambulatorios provista en un centro hospitalario. Se requiere precertificación.</p>
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cargo	50% de coseguro	Si los servicios, excepto por los análisis de sangre, se brindan en un centro hospitalario, hay un copago del centro de \$75 por consulta.
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas, tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	\$100 de copago por prueba	\$100 de copago por prueba	50% de coseguro	Se requiere precertificación. Si no obtiene la precertificación para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250.

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor de un 5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más, pero no el monto más alto)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura para medicamentos con receta disponible en www.caremark.com .	Medicamentos genéricos	No corresponde	\$10 de copago por un suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia minorista \$20 de copago por un suministro de hasta 90 días obtenido en una farmacia CVS o por pedido por correo en CVS	Cubierto hasta el monto que el Fondo pagaría a una farmacia minorista participante. Sin cobertura	Sólo medicamentos incluidos en el Formulario Value Option. Se cubre un suministro para 30 días (en farmacia minorista) como máximo; un suministro para 90 días (farmacia minorista CVS o de pedido por correo de CVS) como máximo. Si requiere un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico, usted paga la diferencia del costo entre el de marca y el genérico más el copago .
	Medicamentos de marca	No corresponde	\$30 de copago por un suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia minorista \$60 de copago por un suministro de hasta 90 días obtenido en una farmacia CVS o por pedido por correo de CVS	Cubierto hasta el monto que el Fondo pagaría a una farmacia minorista participante. Sin cobertura	Pídale a su médico que llame a CVS/Caremark al 1-877-765-6294 para obtener información sobre las alternativas. Ciertos medicamentos están sujetos a autorización previa, terapia escalonada y/o limitaciones de cantidad. Su médico puede comunicarse con CVS/Caremark al 1-800-294-5979 para obtener información adicional.
	Medicamentos especializados	No corresponde	Los mismos copagos que para los medicamentos genéricos y de marca que se indican arriba	Sin cobertura	Los medicamentos especializados están disponibles únicamente para su compra en una farmacia CVS o a través del Programa Specialty Pharmacy Program de CVS/Caremark llamando al 1-800-237-2767.

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		Proveedor de un 5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más, pero no el monto más alto)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
Si se realiza una cirugía para pacientes ambulatorios	Honorarios del centro (p. ej.: centro quirúrgico ambulatorio)	Sin cargo	Sin cargo	50% de coseguro	\$75 de copago del centro por servicios a pacientes ambulatorios provistos en un centro hospitalario.
	Honorarios de médicos y cirujanos	Sin cargo	Sin cargo	50% de coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Servicio en sala de emergencias	No corresponde	\$100 de copago por consulta	\$100 de copago por consulta	El copago aumenta a \$200 para todas las visitas a la sala de emergencias después de la 2da visita en el mismo año calendario.
	Transporte médico de emergencia	No corresponde	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura si después del transporte no recibe servicios de tratamiento.
	Atención de urgencia	Sin cargo	\$40 de copago por consulta en el consultorio	50% de coseguro	Ninguna.
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital)	No corresponde	\$100 de copago por admisión	50% de coseguro	Se requiere precertificación. Si no obtiene la precertificación para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250.
	Honorarios de médicos y cirujanos	No corresponde	Sin cargo	50% de coseguro	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más, pero no el monto más alto)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	\$20 de copago por consulta	50% de coseguro **	Los servicios para pacientes internados requieren precertificación. Si no obtiene la precertificación, se aplica una multa de \$250. Los servicios para pacientes ambulatorios que se brindan en un centro hospitalario requieren precertificación y se aplica un copago de \$75 del centro por consulta/episodio de tratamiento.
	Servicios para pacientes internados	No corresponde	\$100 de copago por consulta	50% de coseguro **	**No se cubren los proveedores de servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios e internados de NY no participantes que no cuenten con la certificación/licencia de la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias ni los proveedores no participantes en todos los demás estados que no

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más, pero no el monto más alto)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
					cuenten con la certificación de una agencia estatal similar y que no cuenten con la acreditación de The Joint Commission.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	\$40 de copago por la 1 ^{ra} consulta únicamente	50% de coseguro	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en cualquier otra parte del SBC (por ejemplo, el ultrasonido).
	Servicios profesionales de maternidad/parto	No corresponde	Sin cargo	50% de coseguro	Ninguna.
	Servicios de centros de maternidad/parto	No corresponde	\$100 de copago por admisión	50% de coseguro	Se requiere precertificación. Si no obtiene la precertificación para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales	Atención médica a domicilio	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura se limita a 200 consultas por año.
	Servicios de rehabilitación	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere precertificación.
	Servicios de habilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Servicios excluidos.
	Atención de enfermería especializada	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura se limita a 60 días por año. Se requiere

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en www.32bjfunds.org.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		5 Star Center (Usted pagará el monto más bajo)	Proveedor dentro de la red (Usted pagará más, pero no el monto más alto)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
					precertificación.
	Equipo médico duradero	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere precertificación.
	Servicios de hospicio	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de la vista	Examen de la vista para niños	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura para menores de 19 años	La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses, si tiene cobertura familiar, a través de Davis Vision.
	Anteojos para niños	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura para menores de 19 años	La cobertura se limita a 1 par cada 24 meses, si tiene cobertura familiar, a través de Davis Vision.
	Examen dental para niños	No corresponde	Sin cargo	El monto que exceda el monto permitido	La cobertura se limita a 2 consultas por año calendario, si tiene cobertura familiar, a través de Delta Dental.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#) generalmente NO cubre (Consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- Cirugía estética
- Servicios de habilitación
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Medicamentos de marca y especializados no preferidos
- Enfermería privada

Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del [plan](#)).

- 20 consultas de acupuntura por año como máximo
- Cirugía bariátrica solo en hospitales Blue Distinction dentro de la red Empire
- 10 consultas de atención quiropráctica por año
- Atención dental (para adultos) a través de Delta Dental
- Audífonos ([dentro de la red](#) únicamente 2 de por vida)
- Atención de la vista de rutina (para adultos) a
- Atención de rutina de los pies
- Programas de pérdida de peso (no se incluyen los programas comerciales como Weight Watchers y Jenny Craig)

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en www.32bjfunds.org.

como máximo

través de Davis Vision

Sus derechos de continuar la cobertura: para obtener más información sobre sus derechos de continuar la cobertura, comuníquese con el [plan](#) al 1-800-551-3225. Existen agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto para dichas agencias es: Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que otras opciones de cobertura también estén disponibles para usted, incluida la opción de comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de seguros de salud. Para obtener más información acerca del [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o comuníquese al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamación y apelación: existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja en contra de su [plan](#) por el rechazo de una [reclamación](#). Esto se denomina una [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#). Sus documentos del [plan](#) también brindan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información acerca de sus derechos o este aviso, o para recibir asistencia, puede comunicarse con: el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 o con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que hacer un pago cuando realice la presentación de impuestos a menos que califique para una exención del requisito que exige que tenga cobertura para ese mes.

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

Si su [plan](#) no cumple con las [normas de valor mínimo](#), es posible que usted sea elegible para un [crédito impositivo para primas](#) que lo ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso en otros idiomas:

Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-551-3225 Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-551-3225

如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-551-3225 Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-551-3225

—Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir los costos para una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.—

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son sólo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan sólo en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- El **deducible** total del **plan** es \$0.00
- El **copago del especialista** es \$40.00
- El **copago** del hospital (centro) es \$100.00
- El **copago** para otros medicamentos con receta es \$10.00

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*)
Servicios profesionales de maternidad/parto
Servicios del centro de maternidad /parto
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonido y análisis de sangre*)
Consulta a un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,371
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$200.00
Coseguro	\$0.00
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$200.00
El total que Peg pagaría es	\$400.00

En este ejemplo, se asume que usted tiene cobertura individual. Si tuviera cobertura de dependientes, su costo total sería de \$200, debido a que los gastos del bebé de \$200

El control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El **deducible** total del **plan** es \$0.00
- El **copago del especialista** es \$40.00
- El **copago** del hospital (centro) es \$100.00
- El **copago** para otros medicamentos con receta es \$30.00

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:

Consulta al consultorio de un médico de atención primaria (*incluye la educación sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*monitor de nivel de glucosa en la sangre*)

Costo total del ejemplo	\$7,389
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$1,200.00
Coseguro	\$0.00
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60.00
El total que Joe pagaría es	\$1,260.00

Estas cifras dan por supuesto que el paciente no utilizó un proveedor de 5 Star Center ni participó en el 5 Star Wellness Program del [plan](#). Si usa un proveedor de un 5 Star Center y participa en el 5 Star Wellness Program del [plan](#), es posible que pueda reducir los costos. Para obtener más información sobre los proveedores de los 5 Star Centers y el 5 Star Wellness Program, llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225

La fractura simple de Mia

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

- El **deducible** total del **plan** es \$0.00
- El **copago del especialista** es \$40.00
- El **copago** del hospital (centro) es \$100.00
- El **copago** para otros medicamentos con receta es \$10.00

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluye los suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$1,925
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0.00
Copagos	\$400.00
Coseguro	\$0.00
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0.00
El total que Mia pagaría es	\$400.00