

\* Los participantes que viven en la Ciudad de New York o en los condados aledaños 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 ver 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 <a href="#">deducible</a> total?	\$0 para los <a href="#">proveedores dentro de la red</a> \$250 por persona/\$500 por familia para los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia que pertenecen al <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar total.
¿Existen servicios cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí, dentro de la red porque no hay <a href="#">deducible</a> . No, cuando se proveen fuera de la red.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios aún si no ha alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Puede ver una lista de los <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . Deberá alcanzar el <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> pague por cualquier servicio.
¿Existen otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	No.	No es necesario que alcance <a href="#">deducibles</a> específicos para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	Para <a href="#">proveedores dentro de la red</a> \$8,150 individual/\$16,300 familiar; para <a href="#">proveedores fuera de la red</a> \$750 individual/\$1,500 familiar.	El <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> dentro de la red es el monto máximo que podría pagar en un año por 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 <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> ?	Las <a href="#">primas</a> , los cargos por <a href="#">facturación de saldos</a> , las multas por no haber obtenido autorización previa, y la atención de la salud que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> .
¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.32bjfunds.org">www.32bjfunds.org</a> o comuníquese al 1-800-551-3225 para obtener una lista de los <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de proveedores. Usted paga el monto más bajo si utiliza un <a href="#">proveedor</a> de un 5 Star Center. Usted paga más si utiliza un <a href="#">proveedor</a> preferido dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Usted paga aún más si utiliza un <a href="#">proveedor</a> no preferido dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Paga el monto más alto 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 monto que cobra el proveedor y lo que paga su <a href="#">plan (facturación de saldos)</a> . Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como los 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</a> que desee sin una <a href="#">derivación</a> .

 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 preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	\$40 de <a href="#">copago</a> por visita al consultorio		30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	Sin cargo	\$40 de <a href="#">copago</a> por visita al consultorio		30% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/</a> inmunización	Sin cargo		Sin cargo		30% de <a href="#">coseguro</a>

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).



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 preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
	Visita 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 <a href="#">copago</a> por visita de quiropráctica</p> <p>\$40 de <a href="#">copago</a> por visita de acupuntura</p> <p>\$40 de <a href="#">copago</a> por visita de terapia ocupacional, terapia de la vista, fisioterapia, terapia del habla</p>		<p>30% de <a href="#">coseguro</a> por atención quiropráctica</p> <p>Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura</p>	<p>La cobertura de atención quiropráctica se limita a 10 visitas por año.</p> <p>La cobertura de acupuntura se limita a 20 visitas por año.</p> <p>La cobertura combinada de terapia ocupacional, terapia de la vista, y terapia del habla se limita a 30 visitas por año. La cobertura de fisioterapia para pacientes ambulatorios se limita a 30 visitas separadas por año. Se requiere autorización previa. \$75 de <a href="#">copago</a> del centro por visita de servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario preferido; \$250 de <a href="#">copago</a> del centro por visita de servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario no preferido.</p>
Si se realiza una prueba	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cargo		30% de <a href="#">coseguro</a>	\$75 de <a href="#">copago</a> del centro por visita para pruebas de diagnóstico (no incluye los análisis de sangre) en un centro hospitalario preferido. \$250 de <a href="#">copago</a> del centro por visita para pruebas de diagnóstico (no incluye los análisis de sangre) en un centro hospitalario no preferido.
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas, tomografía por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	\$75 de <a href="#">copago</a> por prueba	\$75 de <a href="#">copago</a> por prueba	\$250 de <a href="#">copago</a> por prueba	30% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250.

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).



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 preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Hay más información sobre la <a href="#">cobertura para medicamentos con receta</a> disponible en <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a> .	Medicamentos genéricos	No corresponde	\$10 de <a href="#">copago</a> por un suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia minorista  \$20 de <a href="#">copago</a> 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	Sólo medicamentos incluidos en el Formulario. 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 <a href="#">copago</a> .  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. Los <a href="#">medicamentos especializados</a> 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.	
	Medicamentos de marca	No corresponde	\$30 de <a href="#">copago</a> por un suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia minorista  \$60 de <a href="#">copago</a> 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		
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	No corresponde	El mismo <a href="#">copago</a> que para los medicamentos genéricos o de marca que se indican arriba	Sin cobertura		
<b>Si se realiza una cirugía para pacientes ambulatorios</b>	Honorarios del centro (p. ej.: centro quirúrgico ambulatorio)	Sin cargo	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>	\$75 de <a href="#">copago</a> del centro por visita por servicios a pacientes ambulatorios provistos en un centro hospitalario preferido. \$250 de <a href="#">copago</a> del centro por visita por servicios a pacientes ambulatorios provistos en un centro hospitalario no preferido.	
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	30% de <a href="#">coseguro</a>		

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).



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 preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Servicios en una sala de emergencias</a>	No corresponde	\$100 de <a href="#">copago</a> por visita		\$100 de <a href="#">copago</a> por visita	El <a href="#">copago</a> aumenta a \$200 para todas las visitas a la sala de emergencias después de la 2da visita en el mismo año calendario.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	No corresponde	Sin cargo		Sin cargo	Sin cobertura si después del transporte no recibe servicios de tratamiento.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Sin cargo	\$40 de <a href="#">copago</a> por visita al consultorio		30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
<b>Si lo hospitalizan</b>	Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital)	No corresponde	\$100 de <a href="#">copago</a> por admisión	\$1,000 de <a href="#">copago</a> por admisión	30% de <a href="#">coseguro</a>	No se cubren las habitaciones privadas. \$100 de <a href="#">copago</a> por admisiones de emergencia en centros preferidos y no preferidos. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250.
	Honorarios del médico/cirujano	No corresponde	Sin cargo		30% de <a href="#">coseguro</a>	Ciertos procedimientos están sujetos a <a href="#">copagos</a> más altos si no se realizan en determinados hospitales. Para obtener más información, consulte su SPD o llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225.

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://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 preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	\$20 de <u>copago</u> por visita		30% de <u>coseguro</u> ***	<p>Los servicios para pacientes internados, y algunos servicios para pacientes ambulatorios, requieren autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, se aplica una multa de \$250.</p> <p>\$75 de <u>copago</u> por episodio de tratamiento para servicios para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios de proveedores preferidos. \$250 de <u>copago</u> por episodio de tratamiento para servicios para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios de proveedores no preferidos.</p> <p>\$100 de <u>copago</u> por admisiones de emergencia en centros preferidos y no preferidos.</p> <p>***No se cubren los proveedores de NY no participantes que ofrecen servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios e internados 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 cuenten con la certificación de una agencia estatal similar y que no cuenten con la acreditación de The Joint Commission.</p>
	Servicios para pacientes internados	No corresponde	\$100 de <u>copago</u> por visita	\$1,000 de <u>copago</u> por visita	30% de <u>coseguro</u> ***	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo	\$40 de <u>copago</u> por la 1.ª visita únicamente		30% de <u>coseguro</u>	<p>La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en cualquier otra parte del SBC (por ejemplo, la ecografía).</p> <p>Ninguna.</p>
	Servicios profesionales de maternidad/parto	No corresponde	Sin cargo		30% de <u>coseguro</u>	

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://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 preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
	Servicios de centros de maternidad/parto	No corresponde	\$100 de <a href="#">copago</a> por admisión	\$1,000 de <a href="#">copago</a> por admisión	30% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales</b>	<a href="#">Atención médica a domicilio</a>	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cobertura	La cobertura se limita a 200 visitas por año.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	<a href="#">Servicios excluidos.</a>
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cobertura	La cobertura se limita a 60 días por año. Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cobertura	
<b>Si su hijo necesita atención dental o cuidado de la vista</b>	Examen de la vista para niños	No corresponde	Sin cargo	Sin cobertura para menores de 19 años	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	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	Sin cobertura	50% del <a href="#">monto permitido</a> más el monto que supere el <a href="#">monto permitido</a> ***	La cobertura se limita a 2 visitas por año calendario, si tiene cobertura familiar, a través de Delta Dental.

\*\*\*Para participantes que trabajan fuera del área metropolitana de NY, como CT, PA, MD, VA, Washington, DC o Florida, su costo es el monto que supere el [monto permitido](#).

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su [Plan](#) generalmente NO cubre (Consulte la 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
- Servicio privado de enfermería

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

- 20 visitas de acupuntura por año como máximo
- Cirugía bariátrica solo en hospitales Blue Distinction dentro de la red Empire
- 10 visitas de atención quiropráctica por año como máximo
- 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 través de Davis Vision
- Atención de rutina de los pies
- Programas de pérdida de peso (no se incluyen los programas comerciales como Weight Watchers y Jenny Craig)

**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, 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://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](http://www.HealthCare.gov) o comuníquese al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de quejas y apelaciones:** 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](#) médica. Sus documentos del [plan](#) también brindan información completa para presentar una [reclamación](#), [apelación](#), o [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: Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 o la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://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 presenta la declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito que exige que tenga cobertura para ese mes.

**¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí.**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que 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 hipotética, consulte la siguiente sección.*—————

\* Una lista de los proveedores preferidos, así como también una lista de los proveedores no preferidos, se encuentra disponible en el sitio web del plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

\*\* Para obtener más información acerca de las limitaciones y las excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

**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 [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) conforme a este [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 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](#) \$0.00
- [Copago](#) del [especialista](#) \$40.00
- [Copago](#) del hospital (centro) \$100.00
- Otros [copagos](#) por radiografías \$10.00

**Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:**

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

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

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

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

**El control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención de rutina de una afección bien controlada dentro de la red)

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0.00
- [Copago](#) del [especialista](#) \$40.00
- [Copago](#) del hospital (centro) \$100.00
- Otros [copagos](#) por radiografías \$30.00

**Este caso de EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas 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 (*medidor de la glucosa*)

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

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

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

**La fractura simple de Mia**  
(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$0.00
- [Copago](#) del [especialista](#) \$40.00
- [Copago](#) del hospital (centro) \$100.00
- Otros [copagos](#) por radiografías \$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:**

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

Este ejemplo presupone que usted tiene cobertura individual y tuvo a su bebé en un hospital preferido. Si tuviera cobertura de dependientes, su costo total sería de \$200, debido a que los gastos del bebé de \$200 estarían cubiertos.

Estas cifras presuponen que usted utiliza un hospital preferido, pero no utiliza un proveedor de un 5 Star Center ni participa en el 5 Star Wellness Program del [plan](#). Si utiliza 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.

## Resumen de modificaciones

**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre este Plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

**Período de cobertura:** 1/1/2020-12/31/2020

**Plan Metropolitan/Suburban: Junta de fideicomiso**

**Cobertura:** individual/familiar | **Tipo de Plan:** POS/PPO\*

\* *Los participantes que viven en la ciudad de New York o en los condados aledaños de NY y NJ, o en CT, tienen la red POS. Aquellos que viven fuera de esta zona, tienen la red PPO.*

A continuación, se incluye una lista de los cambios realizados al Resumen de beneficios y cobertura (SBC) del Fondo de salud 32BJ para el Plan Metropolitan/Suburban emitido para el período de cobertura del 1/1/2020 al 12/31/2020. **Conserve este documento junto con su SBC.**

Con vigencia a partir del 1 de abril de 2020, se realizan los siguientes cambios al SBC:

**Página 5.** Se elimina completamente la sección del evento médico común “Si está embarazada” y se reemplaza con lo siguiente:

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 preferido dentro de la red*	Proveedor no preferido dentro de la red*	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el monto más alto)	
Si está embarazada	Consultas en el consultorio	Sin cargo	\$40 de <a href="#">copago</a> , sólo la 1.ª consulta		30% de <a href="#">coseguro</a>	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en cualquier otra parte del SBC (por ejemplo, la ecografía).
	Servicios profesionales de maternidad/parto	No corresponde	Sin cargo		30% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Servicios de centros de maternidad/parto	No corresponde	\$100 de <a href="#">copago</a> */ admisión	\$1,000 de <a href="#">copago</a> por admisión	30% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa para servicios fuera de la red, se aplica una multa de \$250.  * Si está inscrita en el Programa de maternidad de 32BJ y da a luz en un hospital de este programa, puede que se le reembolse el <a href="#">copago</a> de \$100.

**Página 8.** Se elimina completamente el cuadro de texto debajo del ejemplo “Peg tendrá un bebé” y se reemplaza con lo siguiente:

En este ejemplo, se supone que usted tiene cobertura individual y da a luz en un hospital preferido, pero no participa en el Programa de maternidad de 32BJ. Si tuviera cobertura de dependientes, su costo total sería de \$200, debido a que los gastos del bebé de \$200 estarían cubiertos.