




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, www.dol.gov/ebsa. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-777-7898 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$150 individuo/\$300 familia por año calendario. No se aplica a la atención preventiva o al plan RX.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su deducible individuo hasta que la cantidad total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia se han cumplido con el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Si. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de que usted cumpla con su deducible.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aun no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Si. \$500 por servicios de infertilidad. No hay deducibles específicas.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$12,500 individuo/\$25,000 familia.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tiene que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que cumplan el límite de desembolso general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Copagos, deducibles, primas, cargos por cobros de facturación, proveedores no participantes, sanciones de pre-autorización y cuidados de salud que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.wga.com.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Consulte www.anthem.com de California, www.azblue.com/ca de Arizona, www.firsthealth.com para demás estados o llame al 1-800-777-7898.	Este plan utiliza 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 una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno [deducible](#).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 copago/visita	20% coseguro	Los proveedores participantes no están sujetos al deducible.
	Consulta con un especialista	\$15 copago/visita	20% coseguro	Examen en oficina únicamente. Los proveedores participantes no están sujetos al deducible.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Ninguno Carga	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son Preventiva. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. A continuación, compruebe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.wga.com.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta en www.prxsolutions.com	Medicamentos genéricos	\$10 copago/prescripción para la venta al por menor y \$20 copago/prescripción para venta por correo	No Cubierto	Deducible de farmacia: Ninguno. Venta al por menor: suministro de 30 días. Pedido por correo (solo medicamentos de mantenimiento): suministro de 90 días.
	Medicamentos de marca preferidos	\$25 copago/prescripción para la venta al por menor y \$50 copago/prescripción para venta por correo	No Cubierto	Deducible de farmacia: Ninguno. Venta al por menor: suministro de 30 días. Pedido por correo (solo medicamentos de mantenimiento): suministro de 90 días. Sustitución genérica obligatoria.
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de 40% del honorario negociado, con un mínimo copago of \$35	No Cubierto	Deducible de farmacia: Ninguno. Venta al por menor: suministro de 30 días. No disponible para pedido por correo. Se requiere preautorización.
	Medicamentos de especialidad	10% copago para medicinas orales/20% copago para auto inyectable	No Cubierto	Deducible de farmacia: Ninguno. Los medicamentos especializados clasificados deben obtenerse a través de la farmacia especializada hasta un máximo de 30 días. Se requiere preautorización.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro	40% coseguro	Pre-autorización requerida para la cirugía en hospitales no participantes o un copago adicional de \$250 por ocurrencia se incurrirá y no se aplicará a su desembolso.
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.wga.com.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$100 copago para cada enfermedad o el accidente, entonces 20% coseguro	\$100 copago para cada enfermedad o el accidente, entonces 20% coseguro. \$100 copago y 40% coseguro para servicios no considerados emergencia.	El copago no se aplica si es admitido al hospital o dentro de 48 horas después del accidente.
	Transporte médico de emergencia	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno
	Atención de urgencia	\$15 copago/visita	20% coseguro	Examen en oficina únicamente. Los proveedores participantes no están sujetos al deducible.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% coseguro	40% coseguro	Pre-autorización requerida o beneficio reducirá en un 50% y no se aplicará a su desembolso. Se aplica un copago igual al deducible para las instalaciones no participantes.
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 copago/visita	20% coseguro	Los proveedores participantes no están sujetos al deducible.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% coseguro	40% coseguro	Pre-autorización requerida o beneficio reducirá en un 50% y no se aplicará a su desembolso. Se aplica un copago igual al deducible para las instalaciones no participantes.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 copago/visita	20% coseguro	El costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.wga.com.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% coseguro	40% coseguro	Se aplica un copago igual al deducible para las instalaciones no participantes. Se requiere preautorización para estancias de maternidad hospitalarias mayores de 48 horas (parto normal) o 96 horas (cesárea) o prestación reducida en un 50% y no se aplicará a su desfase.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% coseguro	20% coseguro	60 visitas por año calendario. Pre-autorización requerida.
	Servicios de rehabilitación	20% coseguro	20% coseguro	Pre-autorización requerida.
	Servicios de habilitación	No Cubierto	No Cubierto	Ninguno
	Atención de enfermería especializada	20% coseguro	20% coseguro	Beneficios máximo de 20 días por año de calendario. Pre-autorización requerida o beneficio reducirá en un 50% y no se aplicará a su desembolso.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	20% coseguro	Se requiere pre-autorización cuando el costo excede \$500.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% coseguro	40% coseguro	Pre-autorización requerida o beneficio reducirá en un 50% y no se aplicará a su desembolso.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ayudas auditivas • Cirugía cosmética • Cuidado a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de No-emergencia al viajar E.E.U.U. • Cuidado de enfermera privada • Cuidado rutinario de los ojos | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado rutinario del pie • Plan del cuidado dental • Programas para pérdida de peso |
|--|--|--|

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.wga.com.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cuidado Quiropráctico | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía de Bariátrica• Tratamiento de la infertilidad |
|--|--|

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de EEUU en 1-877-267-2323 x 61565 o www.cciio.cms.gov. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para obtener más información sobre el [Mercado](#) visite www.cuidadodesalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [reclamo](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Western Growers Assurance Trust al 1-800-777-7898 o www.wga.com o el Departamento de Trabajo Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? SI

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#) tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? SI

Si su [plan](#) no cumple con [el valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-777-7898.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.wga.com.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#), y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) en los por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$150
- [Especialistas](#) \$15
- Hospital (establecimiento) 20%

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$150
- [Especialistas](#) \$15
- Hospital (establecimiento) 20%

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$150
- [Especialistas](#) \$15
- Hospital (establecimiento) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
 Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta médica
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700	Costo total del ejemplo	\$5,600	Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Cost Sharing</i>		<i>Cost Sharing</i>		<i>Cost Sharing</i>	
Deducibles	\$150	Deducibles	\$150	Deducibles	\$150
Copagos	\$10	Copagos	\$400	Copagos	\$50
Coseguro	\$2500	Coseguro	\$200	Coseguro	\$500
<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$2720	El total que Joe pagaría es	\$770	El total que Mia pagaría es	\$700

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.