



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) médico. 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](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.

Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos completos de la cobertura, comuníquese con Northwest Carpenters Trusts: 1-800-552-0635 o [www.CarpentersBenefits.org](http://www.CarpentersBenefits.org). Para obtener 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 [www.CarpentersBenefits.org](http://www.CarpentersBenefits.org) o llame al 1-800-552-0635 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante esto:
¿Qué es el <a href="#">deducible</a> general?	\$200 individual / \$400 familiar	En general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si otros miembros de su familia también 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 de <a href="#">deducible</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar general.
¿Tienen cobertura los servicios antes de que alcance el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. La Atención <a href="#">preventiva</a> y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que usted cumpla con su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero es posible que deba pagar 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="#">costos compartido</a> y antes de que alcance el <a href="#">deducible</a> . Consulte 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> .
¿Existen otros <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos?	No	
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$2,300 individual / \$4,600 familiar; \$2,850 individual / \$5,700 familiar para recetas	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es el monto máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , deben cumplir con sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar general se haya cumplido.
¿Qué no se contabiliza para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Copagos</a> para ciertos servicios, <a href="#">primas</a> , cargos de <a href="#">facturación de saldo</a> , y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre	Si bien usted paga estos gastos, no se contabilizan para el cálculo del <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	No	Este <a href="#">plan</a> trata a los proveedores de la misma manera al determinar el pago por los mismos servicios. Es posible que los servicios no estén cubiertos si utiliza un proveedor no participante de Medicare.
¿Necesito un referido para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?	No	Puede consultar a un <a href="#">especialista</a> sin pedirle permiso al plan.



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que aparecen en este cuadro se aplican una vez que se ha alcanzado el [deducible](#), si corresponde [undeducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante de Medicare	Proveedor no participante de Medicare	
Si usted visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor de atención de salud</a>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	Ninguna
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	Ninguna
	<a href="#">Atención preventiva/exámenes de detección</a> /vacunas	Sin cargo	Sin cargo	Es posible que deba pagar por los servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué pagará su <a href="#">plan</a> .
Si se realiza un examen	<a href="#">Examen de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %/examen	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %/examen	Ninguna
	Imágenes (tomografías computadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %/examen	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %/examen	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección  Puede encontrar más información sobre <a href="#">cobertura de medicamentos recetados en <a href="http://www.Express-Scripts.com">www.Express-Scripts.com</a></a>	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Copago de \$7 /receta/30 días (farmacias minoristas) y copago de \$10 / receta (farmacias de pedido por correo)	No tienen cobertura	Cubre hasta un suministro para 90 días (receta minorista y receta de pedido por correo).
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Copago de \$15 /receta/30 días (farmacias minoristas) y copago de \$20 / receta (farmacias de pedido por correo)	No tienen cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Copago de \$35 /receta/30 días (farmacias minoristas) y copago de \$40 / receta (farmacias de pedido por correo)	No tienen cobertura	
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	\$7/\$15/\$35 (solo en farmacias minoristas)	No tienen cobertura	Se aplican los copagos de los Niveles 1, 2 y 3. Se requiere autorización previa.

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

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante de Medicare	Proveedor no participante de Medicare	
Si se realiza una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ej., centro quirúrgico ambulatorio)	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	Ninguna
	Honorarios de médicos/cirujanos	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	Ninguna
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	Ninguna
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	Ninguna
Si usted es hospitalizado	Tarifa del centro (por ej. habitación del hospital)	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	Ninguna
	Honorarios de médicos/cirujanos	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	Ninguna
	Servicios para pacientes internados	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	Los <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Puede aplicarse un <a href="#">coseguro</a> según el tipo de servicio. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (por ej. ecografías). Para el participante y el cónyuge únicamente. Debe utilizar un proveedor participante de Medicare.
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	
	Servicios de centros para el parto/nacimiento	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	<a href="#">Coseguro</a> del 10 %	

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

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante de Medicare	Proveedor no participante de Medicare	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<b>Atención de la salud en el hogar</b>	Pagados al 100 %	Pagados al 100 %	30 visitas/año calendario Se requiere <b>certificación previa</b> .
	<b>Servicios de rehabilitación</b>	<b>Coseguro</b> del 10 %	<b>Coseguro</b> del 10 %	30 visitas como paciente ambulatorio/año calendario para servicios de rehabilitación y habilitación combinados. 15 visitas como paciente internado/año calendario para servicios de rehabilitación y habilitación combinados.
	<b>Servicios de habilitación</b>	<b>Coseguro</b> del 10 %	<b>Coseguro</b> del 10 %	30 visitas como paciente ambulatorio/año calendario para servicios de rehabilitación y habilitación combinados. Deben ser servicios cubiertos por Medicare.
	<b>Atención de enfermería especializada</b>	<b>Coseguro</b> del 10 %	<b>Coseguro</b> del 10 %	80 días/año calendario Deben ser servicios cubiertos por Medicare.
	<b>Equipo médico duradero</b>	<b>Coseguro</b> del 10 %	<b>Coseguro</b> del 10 %	<b>Certificación previa</b> requerida. Deben ser servicios cubiertos por Medicare.
	<b>Servicios de hospicio</b>	Pagados al 100 %	Pagados al 100 %	<b>Certificación previa</b> requerida. Deben ser servicios cubiertos por Medicare.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	No tienen cobertura	No tienen cobertura	Solo disponible si se elige durante la inscripción inicial
	Anteojos para niños	No tienen cobertura	No tienen cobertura	Solo disponible si se elige durante la inscripción inicial
	Control dental para niños	No tienen cobertura	No tienen cobertura	Solo disponible si se elige durante la inscripción inicial

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

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
| ■ Cirugía bariátrica                          | ■ Audífonos                                | ■ Enfermería privada             |
| ■ Atención al viajar fuera de los EE. UU.     | ■ Tratamientos para la infertilidad        | ■ Atención de los ojos de rutina |
| ■ Cirugía estética                            | ■ Lesiones intencionalmente autoinfligidas | ■ Atención de los pies de rutina |
| ■ Cuidado dental                              | ■ Atención a largo plazo                   | ■ Programas de pérdida de peso   |
| ■ Servicios experimentales y de investigación | ■ Ortesis                                  |                                  |

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- |                         |                          |                             |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| ■ Pruebas para alergias | ■ Atención quiropráctica | ■ Pruebas neuropsicológicas |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|

**Sus derechos relacionados con la continuación de la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarlo a continuar su cobertura una vez que esta finaliza. La información de contacto para tales agencias se detalla a continuación. Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo: llame al 1-866-444-3272 o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa); Departamento de Salud y Servicios Humanos: llame al 1-877-267- 2323 x61565 o [visite www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Es posible que tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluido 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 llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos relacionados con las quejas formales y las apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene quejas contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Estas quejas se denominan [quejas formales](#) o [apelaciones](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también le proporcionan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita asistencia, comuníquese con el plan llamando al 1-800-552-0635. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de trabajo de los EE. UU.

**¿Proporciona cobertura esencial mínima este plan? Sí.**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas comerciales individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertos otros tipos de cobertura. Si usted reúne los requisitos para obtener ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), no será elegible para recibir [crédito fiscal para la prima](#).

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimos](#), es posible que usted reúna los requisitos para recibir un [crédito fiscal para la prima](#) que lo ayudará a pagar el [plan](#) a través del [Mercado](#).

## Servicios de acceso de idiomas:

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-552-0635.

Chino (中文):如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-552-0635.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-552-0635.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-552-0635.

————— [Si desea ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima página.](#) —————

---

**Declaración de divulgación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Reducción de la Documentación (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 0.08 horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, investigar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios con respecto a la precisión de la estimación de tiempo 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 las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza del [plan](http://www.CarpentersBenefits.org) en [www.CarpentersBenefits.org](http://www.CarpentersBenefits.org)

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos nombrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según el tratamiento que en realidad reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#), ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría tener que pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura únicamente para uno mismo.

### Peg va a tener un bebé.

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

■ <a href="#">Deducible general del plan</a>	\$200
■ <a href="#">Copago de especialista</a>	\$10
■ <a href="#">Coseguro del hospital (centro)</a>	10 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	10 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el parto/nacimiento

Servicios de centros para el parto/nacimiento

[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Visita al [especialista](#) (anestesia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,800</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$200
<a href="#">Copagos</a>	\$70
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,247
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$1,577</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <a href="#">Deducible general del plan</a>	\$200
■ <a href="#">Copago de especialista</a>	\$10
■ <a href="#">Coseguro del hospital (centro)</a>	10 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	10 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al [médico de atención primaria](#) (incluida la enseñanza sobre la enfermedad)

[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$7,400</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$200
<a href="#">Copagos</a>	\$60
<a href="#">Coseguro</a>	\$708
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$1,028</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ <a href="#">Deducible general del plan</a>	\$200
■ <a href="#">Copago de especialista</a>	\$10
■ <a href="#">Coseguro del hospital (centro)</a>	10 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	10 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluidos los suministros médicos)

[Examen de diagnóstico](#) (radiografía)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$1,900</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$200
<a href="#">Copagos</a>	\$50
<a href="#">Coseguro</a>	\$165
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$415</b>

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