



El documento Resumen de beneficios y cobertura (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 sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte www.lucenthhealth.com/naa o llame al 1-800-411-3650. Para conocer las definiciones generales 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 llamar al 1-800-411-3650 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$500 individual/\$1,000 familiar	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada uno debe cumplir con 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.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y con un copago pueden estar cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque no haya alcanzado aún el monto deducible . Pero puede corresponder un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance usted el deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No	No tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso personal para este plan ?	\$3,350 individual/\$6,700 familiar	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , ellos deben cumplir con sus propios límites de desembolso personal hasta que se alcance el límite de desembolso personal general de la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos por facturación de saldo, penalidades y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ?	No, pero visite https://primehealthpon.primehealthservices.com para ver una lista de proveedores PON de Prime Health Services.	N/C
¿Necesita una derivación para consultar a un especialista ?	No	Puede consultar al especialista que elija sin necesidad de una derivación .



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de que se haya alcanzado su [deducible](#), en caso de que corresponda un [deducible](#).

Acontecimiento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	Copago de \$30 por visita al consultorio; no se aplica el deducible		Servicios de Teladoc disponibles. Consulte la tarjeta de identificación.
	Visita al especialista	Copago de \$60 por visita al consultorio; no se aplica el deducible		Ninguna
	Atención preventiva/pruebas de detección /vacunación	Sin cargo; el deducible no se aplica		Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele al proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su plan .
Si le hacen una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 20 %		Incluye laboratorios independientes
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	Coseguro del 20 %		Se requiere autorización previa . La falta de obtención de la autorización previa podría resultar en una penalidad de \$400.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en https://www.rxbenefits.com	Medicamentos genéricos	Minorista: Copago de \$5 por receta Pedido por correo: Copago de \$10 por receta	Las farmacias fuera de la red no están cubiertas	El deducible no se aplica. Cubre un suministro de hasta 30 días (receta minorista); suministro de hasta 90 días (receta de pedido por correo).
	Medicamentos de marca preferida	Minorista: Copago de \$30 por receta Pedido por correo: Copago de \$60 por receta		Los medicamentos recetados recomendados por la HRSA o la USPSTF estarán cubiertos al 100 %, tal y como exige la ACA.
	Medicamentos de marca no preferida	Minorista: Copago de \$60 por receta Pedido por correo: Copago de \$120 por receta		Los medicamentos especializados se limitan a un suministro de 30 días.
	Medicamentos de especialidad	Coseguro del 30 %		
	Si le realizan una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20 %	
Honorarios del médico o el cirujano		Coseguro del 20 %		

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o el documento de póliza en www.lucenthealth.com/naa.

Acontecimiento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$250 por visita, luego 20 % de coseguro después del deducible	El copago se anula si lo hospitalizan.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20 %	Ninguna
	Atención de urgencia	Copago de \$40 por visita; no se aplica el deducible	Ninguna
Si lo hospitalizan	Tarifa del establecimiento (por ejemplo: habitación de hospital)	Copago de \$150 por día (durante los primeros 5 días), luego 20 % de coseguro después del deducible	Se requiere autorización previa . La falta de obtención de la autorización previa podría resultar en una penalidad de \$400.
	Honorarios del medico/cirujano		
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago de \$30 por visita al consultorio; no se aplica el deducible	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	Copago de \$150 por día (durante los primeros 5 días), luego 20 % de coseguro después del deducible	Se requiere autorización previa . La falta de obtención de la autorización previa podría resultar en una penalidad de \$400.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; el deducible no se aplica	El costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos . Según el tipo de servicios, es posible que se apliquen costos compartidos. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido). Se requiere autorización previa para partos naturales que requieran más de 48 horas de estadía y para partos por cesárea que requieran más de 96 horas de estadía para evitar una penalidad de \$400.
	Servicios profesionales de nacimiento o parto	Copago de \$150 por día (durante los primeros 5 días), luego 20 % de coseguro después del deducible	
	Servicios del establecimiento de nacimiento o parto		
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	Coseguro del 20 %	Se requiere autorización previa . La falta de obtención de la autorización previa podría resultar en una penalidad de \$400. Limitado a 60 visitas por año del plan.
	Servicios de rehabilitación	Centro ambulatorio para terapia cardíaca, cognitiva y pulmonar: Coseguro del 20 %	Se requiere autorización previa para terapias físicas, ocupacionales y del habla después de las primeras seis (6) visitas de cada una. La falta de obtención de la autorización previa podría resultar en una penalidad de \$400. Las sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia están limitadas a un máximo de 60 visitas combinadas por año del plan.
	Servicios de habilitación	Todos los demás/Consultorio: Copago de \$60 por visita; no se aplica el deducible	

Acontecimiento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20 %	Se requiere autorización previa . La falta de obtención de la autorización previa podría resultar en una penalidad de \$400.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20 %	Ninguna
	Servicios de atención paliativa	Coseguro del 0 %	Se requiere autorización previa . La falta de obtención de la autorización previa podría resultar en una penalidad de \$400.
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen de la vista para niños	Copago de \$20 por visita; no se aplica el deducible	Limitado a uno (1) cada 12 meses; solo cuando lo realice un oftalmólogo u optometrista. Los exámenes de rutina están cubiertos según lo define la Ley de Protección del Paciente y Atención de Salud Asequible de 2010.
	Anteojos para niños	Sin cargo; el deducible no se aplica	Limitado a un máximo de \$350 cada 12 meses.
	Control odontológico para niños	Sin cobertura	Los exámenes de rutina están cubiertos según lo define la Ley de Protección del Paciente y Atención de Salud Asequible de 2010.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan en general NO cubre (revise su póliza o el documento de plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).			
• Cirugía bariátrica	• Audífonos	• Cuidado rutinario de los pies	
• Cirugía estética	• Atención a largo plazo	• Programas para perder peso	
• Cuidado dental (adulto)	• Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.		
Otros servicios cubiertos (pueden corresponder limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).			
• Abortos	• Atención quiropráctica (limitada a 25 visitas por año del plan)	• Servicios de enfermería privada (limitados a 70 visitas por año de plan)	
• Acupuntura (limitada a \$250 por año del plan)	• Tratamiento de la infertilidad (Consulte el SPD para conocer las limitaciones)	• Cuidado de la vista de rutina (adulto)	

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que finalice. Su información de contacto es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 ext. 61565 o www.cciio.cms.gov. También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamación](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: el plan en The Michaels Organization, LLC Health Plan c/o Lucent Health Solutions, LLC en PO Box 25207, Nashville, TN 37202 o llame al 1-800-411-3650. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Una lista de estados con programas de asistencia al consumidor está disponible en: www.dol.gov/ebsa/healthreform y <https://www.cms.gov/cciio/Resources/consumer-assistance-grants>.

¿Brinda este plan cobertura esencial mínima? Sí

[La cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para primas](#).

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

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de valor mínimo](#), puede ser elegible para un [crédito fiscal para primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-411-3650.

Chino tradicional (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-800-411-3650.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigó holne' 1-800-411-3650.

Holandés de Pensilvania (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-411-3650 uff.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-411-3650.

Samoano (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-411-3650.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-411-3650.

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, â'gang 1-800-411-3650.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que 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](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos se basan en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general [del plan es de](#) \$500
- [Copago del especialista](#) \$60
- Hospital (centro) \$150 de copago, luego 20 % después del deducible
- Otro [coseguro](#) 20 %

En esta situación de EJEMPLO se incluyen servicios como:

[Visitas](#) al consultorio de un especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de nacimiento/parto
 Servicios del establecimiento de nacimiento o parto
[Pruebas diagnósticas](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$500
Copagos	\$200
Coseguro	\$1,000

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,760

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](#) general [del plan es de](#) \$500
- [Copago del especialista](#) \$60
- Hospital (centro) \$150 de copago, luego 20 % después del deducible
- Otro [coseguro](#) 20 %

En esta situación de EJEMPLO se incluyen servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluida educación sobre la enfermedad*)
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$500
Copagos	\$900
Coseguro	\$80

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,500

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general [del plan es de](#) \$500
- [Copago del especialista](#) \$60
- Hospital (centro) \$150 de copago, luego 20 % después del deducible
- Otro [coseguro](#) 20 %

En esta situación de EJEMPLO se incluyen servicios como:

[Atención en sala de urgencias](#) (*incluidos suministros médicos*)
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$500
Copagos	\$700
Coseguro	\$200

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,400

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