



El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayuda a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) comparten los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (que se llama [prima](#)) se proporciona por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener información completa sobre la cobertura, revise los documentos del plan o de la póliza, o llame al número indicado 866-345-5189. Para definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 866-345-5189 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Vea los Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer sus costos por los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con el deducible ?	No hay deducible .	Usted no necesita cumplir con un deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no necesita cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Límite médico de gastos de bolsillo : \$1,500 individual o \$3,000 familiar Límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados (aplicable a <u>medicamentos recetados de marca</u> , excepto ciertos <u>medicamentos especiales</u>): \$750 individual o \$1,500 familiar	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted paga durante un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia participan en este plan , cada persona debe cumplir su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué no se incluye en el límite de gastos de bolsillo ?	Límite médico de gastos de bolsillo : primas , costos de <u>medicamentos recetados</u> , cargos por facturación del saldo , atención médica que este plan no cubre y los servicios indicados en el cuadro que comienza en la página 3. Límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados : <u>primas</u> , montos (que no sean copagos) pagados por medicamentos de marca cuando exista un <u>genérico disponible</u> , cargos por facturación del saldo y atención médica que este plan no cubre. Los copagos de ciertos <u>medicamentos especiales</u> que no constituyen beneficios de salud esenciales (aunque califican para reembolso por parte del fabricante sin costo para usted) no aplican para cumplir el límite de gastos de bolsillo y no se reembolsan al 100 % una vez que se alcanza dicho límite.	Aunque usted paga estos gastos, estos no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Llame al 866-345-5189 o visite el http://www.mlkcare.org/ para obtener una lista de proveedores de la red . Además, llame al 1-888-479-6606 o visite el http://www.achievementsolutions.net/santamonicaauh para obtener una lista de proveedores de salud mental o tratamiento por abuso de sustancias dentro de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . Usted pagará más si usa un proveedor fuera de la red , y puede recibir una factura del proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga cuidado, su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	Sí.	Este plan puede pagar algunos o todos los costos para ver a un especialista por servicios cubiertos. Usted necesita una remisión para ver a un especialista para tratamiento médico dentro de la red, con la excepción de ginecología. Usted no necesita una remisión para ver a un especialista de salud mental o de tratamiento por uso de sustancias.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro aplican después de que usted cumple su [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted paga menos)	Proveedor fuera de la red (usted paga la mayor parte)	
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	No cubierto	Ninguna.
	Visita a especialista	Sin cargo	No cubierto	Requiere remisión de su proveedor de atención primaria y autorización previa; de lo contrario, no hay cobertura.
	Atención preventiva , exámenes de detección o inmunizaciones	Sin cargo	No cubierto	Usted puede pagar por servicios que no califican como preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios califican como preventivos. Luego consulte con su plan qué pagará.
Si se realiza una prueba	Pruebas diagnósticas (rayos X, análisis de sangre)	Sin cargo	No cubierto	Requiere remisión de su proveedor de atención primaria y autorización previa; de lo contrario, no hay cobertura.
	Estudios de imagen (tomografías)	Sin cargo	No cubierto	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted paga menos)	Proveedor fuera de la red (usted paga la mayor parte)	
	computarizadas [computed tomography, CT] o tomografías TEP, resonancias magnéticas [magnetic resonance imaging, MRI])			
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Hay más información sobre cobertura de medicamentos recetados disponible en www.express-scripts.com o llame al 1-800-451-6245.	Medicamentos genéricos	Copago de \$3 o prescripción (venta al por menor o por correo)	No cubierto	Usted debe usar la farmacia Express Scripts Prime <u>Network</u> (dentro de los Estados Unidos) para surtir su receta, o no tendrá cobertura. Cada límite de recetas cubre un máximo de 30 días. Para medicamentos de mantenimiento, se permite un suministro de hasta 90 días solo por pedido por correo. Para medicamentos de mantenimiento, puede usar correo o una farmacia minorista. Se permiten dos surtidos minoristas antes de que deba notificar a Express Scripts su decisión. Salvo en caso de necesidad médica urgente, los medicamentos especiales deben adquirirse a través de la farmacia Accredo.
	Medicamentos de marca	Copago de \$6 o prescripción (venta al por menor) Copago de \$5 o prescripción (pedido por correo) Copago de \$3 por genérico (venta al por menor o por correo) Copago de \$6 o prescripción por marca (venta al por menor) Copago de \$5 o prescripción por marca (pedido por correo)	No cubierto	
	Medicamentos especiales	Entrega a domicilio \$0 Genéricos: el copago se exime para ciertos medicamentos genéricos surtidos en la farmacia Express Scripts (pedido por correo). Los	No cubierto	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, solicite el documento del [plan](#) o de la póliza y llame al 866-345-5189.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted paga menos)	Proveedor fuera de la red (usted paga la mayor parte)	
		medicamentos incluidos en este programa abarcan 48 recetas. El copago de \$0 bajo este programa está disponible hasta el 30 de junio de 2026.		medicamentos que este <u>plan</u> no cubre, llame al 1-800-451-6245, visite www.express-scripts.com o descargue la aplicación de Express Scripts. Ciertos <u>medicamentos especiales</u> tienen <u>copagos</u> mucho más altos. Si usted está tomando alguno de estos <u>medicamentos especiales</u> y está participando en el programa SaveOn SP Drug a través de Express Scripts, usted no paga esos copagos más altos. Sin embargo, si su <u>medicamento especial</u> está en la lista SaveOn SP Drug y usted no participa en el programa SaveOn SP, usted será responsable del <u>copago</u> total. Los <u>medicamentos especiales</u> en la lista SaveOn SP Drug y los <u>copagos</u> correspondientes están sujetos a cambios. Usted recibirá notificación de SaveOn SP si está tomando un <u>medicamento especial</u> que forma parte del programa SaveOn SP. Consulte “Preguntas importantes” en la página 1 para más información sobre el límite de gastos de bolsillo para <u>medicamentos recetados</u>.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa de la instalación (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	No cubierto	Requiere <u>remisión</u> de su <u>proveedor de atención primaria</u> y autorización previa; de lo contrario, no hay cobertura.
	Honorarios del médico o cirujano	Sin cargo	No cubierto	Requiere <u>remisión</u> de su <u>proveedor de atención primaria</u> y autorización previa; de lo contrario, no hay cobertura.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	<u>Copago</u> de \$150 por visita	<u>Copago</u> de \$150 por visita	El <u>copago</u> se exime si el paciente ingresa como hospitalizado. El <u>transporte médico de emergencia</u> tiene cobertura solo cuando resulta necesario desde el <u>punto de vista</u>
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted paga menos)	Proveedor fuera de la red (usted paga la mayor parte)	
	Atención de urgencia	Sin cargo	No cubierto	<u>médico</u> . La atención de emergencia fuera de la red está sujeta a <u>facturación del saldo</u> .
Si tiene una hospitalización	Tarifa de la instalación (por ejemplo, habitación de hospital)	Sin cargo	No cubierto	Todas las <u>hospitalizaciones</u> , excepto emergencias, requieren <u>remisión</u> de su <u>proveedor de atención primaria</u> y autorización previa; de lo contrario, no hay cobertura. El beneficio máximo por <u>hospitalización</u> es de \$100,000 por <u>hospitalización</u> .
	Honorarios del médico o cirujano	Sin cargo	No cubierto	————ninguna————
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o tratamiento por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Sin cargo	No cubierto	Ninguna. Carelon también ofrece servicios de análisis aplicado de la conducta, tratamiento ambulatorio intensivo, hospitalización parcial y tratamiento residencial.
	Servicios de hospitalización	Sin cargo	No cubierto	
Si está embarazada	Consultas en el consultorio	Sin cargo	No cubierto	El <u>costo compartido</u> no aplica para <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en el SBC (por ejemplo, ecografías) Se requiere <u>autorización previa</u> si la estancia hospitalaria supera 48 horas (parto vaginal) o 96 horas (cesárea).
	Servicios profesionales de parto	Sin cargo	No cubierto	
	Servicios de la instalación para el parto	Sin cargo	No cubierto	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted paga menos)	Proveedor fuera de la red (usted paga la mayor parte)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo	No cubierto	Requiere <u>remisión</u> de su <u>proveedor de atención primaria</u> y autorización previa; de lo contrario, no hay cobertura. Los servicios de cuidado en el hogar no tienen cobertura.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	No cubierto	Requiere <u>remisión</u> de su <u>proveedor de atención primaria</u> y autorización previa; de lo contrario, no hay cobertura.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	No cubierto	
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	No cubierto	Requiere <u>remisión</u> de su <u>proveedor de atención primaria</u> y autorización previa; de lo contrario, no hay cobertura. Límite de 100 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	No cubierto	El calzado correctivo no tiene cobertura. Requiere <u>remisión</u> de su <u>proveedor de atención primaria</u> y autorización previa; de lo contrario, no hay cobertura.
	Servicios de hospicio	Sin cargo	No cubierto	Requiere <u>remisión</u> de su <u>proveedor de atención primaria</u> y autorización previa; de lo contrario, no hay cobertura.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	MLK Care: no cubierto VSP: sin cargo.	Todos los costos que excedan la asignación de \$45	Para cobertura de la vista a través del Vision Service Plan (VSP), llame al 1-855-866-0942 para obtener información de beneficios. El examen de la vista se limita a uno cada 12 meses.
	Lentes para niños	MLK Care: no cubierto VSP: 80 % de cobertura por encima de la asignación de \$120 para armazones básicos. Sin cargo para la mayoría de los lentes estándar.	MLK Care: no cubierto VSP: armazones: todos los costos que excedan la asignación de \$70. Lentes: todos los costos que excedan las asignaciones de \$30 (lentes de visión sencilla), \$50	Para cobertura de la vista a través del Vision Service Plan (VSP), llame al 1-855-866-0942 para obtener información de beneficios. Los lentes y armazones se limitan a uno cada 24 meses. Aplican cargos para complementos de lentes y lentes progresivos premium.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted paga menos)	Proveedor fuera de la red (usted paga la mayor parte)	
			(bifocales) y \$65 (trifocales).	
	Chequeo dental para niños	no cubierto	no cubierto	Usted puede tener otra cobertura dental no descrita aquí.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) en general NO cubre (Consulte su póliza o el documento de su [plan](#) para más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Aparatos auditivos
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Servicios privados de enfermería
- Atención de pies de rutina
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta lista no está completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura (requiere remisión de su proveedor de atención primaria y autorización previa; de lo contrario, no hay cobertura).
- Atención quiropráctica (requiere remisión de su proveedor de atención primaria y autorización previa; de lo contrario, no hay cobertura).
- Atención dental (adultos): (disponible a través de un [plan](#) dental independiente)
- Atención musculoesquelética digital: (disponible a través de Hinge Health; llame al 1-855-902-2777 para obtener información de beneficios)
- Atención de la vista de rutina (adultos): (exámenes de la vista y materiales disponibles a través del [plan](#) VSP)

Sus derechos a continuar la cobertura: existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar la cobertura después de que termine. La información de contacto de esas agencias está disponible en la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. En 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted, incluida la compra de cobertura individual a través del [Mercado](#) de [Seguros de Salud](#). Para más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de quejas y apelaciones: existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibe por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [una apelación](#), o una [queja](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Design Benefit Administrators, el Administrador de Reclamaciones del Fondo, al 1-833-961-3021. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan ofrece Cobertura Esencial Mínima? **Sí.**

La [Cobertura Esencial Mínima](#) por lo general incluye [planes](#) de [salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y cierta otra cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Mínima Esencia](#), es posible que no sea elegible para el [crédito tributario para las primas](#).

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? **Sí.**

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), usted puede calificar para un [crédito fiscal de prima](#) que le ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso al idioma:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-961-3021.

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-961-3021.

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-961-3021.

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-833-961-3021.

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

Declaración de divulgación PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación es **0938-1146**. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de estas estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escríbalos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este documento 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 variarán según la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) bajo este [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar bajo distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura individual.

Peg tiene un bebé

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

- ¿Cuál es el [deducible](#) general del [plan](#)? \$0
- [Copago](#) por [especialista](#) \$0
- [Coseguro](#) hospitalario (instalación) \$0
- Otro [coseguro](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios Profesionales de Parto
 Servicios de la Instalación para el Parto
[Pruebas diagnósticas](#) (ultrasonidos y análisis de sangre)
 Visita a [especialista](#) (anestesia)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
Total que Peg pagaría	\$70

Joe maneja su diabetes tipo 2

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

- ¿Cuál es el [deducible](#) general del [plan](#)? \$0
- [Copago](#) por [especialista](#) \$0
- [Coseguro](#) hospitalario (instalación) \$0
- Otro [coseguro](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a [médico de atención primaria](#) (incluye educación sobre la enfermedad)
[Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
Total que Joe pagaría	\$120

Mia tiene una fractura simple

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

- ¿Cuál es el [deducible](#) general del [plan](#)? \$0
- [Copago](#) por [especialista](#) \$0
- [Coseguro](#) hospitalario (instalación) \$0
- Otro [coseguro](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Pruebas diagnósticas](#) (rayos X)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (terapia física)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Total que Mia pagaría	\$200

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