




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite [www.cementmasonstrust.com](http://www.cementmasonstrust.com) o llame al 1-800-331-6158. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.cementmasonstrust.com](http://www.cementmasonstrust.com) o llamar a 1-800-331-6158 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	<u>Proveedor dentro de la red:</u> \$300 por persona / \$600 por familia. <u>Proveedor fuera de la red:</u> \$600 por persona / \$1,200 por familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia deberá 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> general de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	Si. Cuidado preventivo dentro de la red, y ciertos <a href="#">servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> están cubiertos antes de pagar el <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> .
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	Si. \$50 para el Plan Dental Tradicional	Usted debe pagar los costos de estos servicios hasta el monto específico del <a href="#">deducible</a> antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ?	<u>Proveedor dentro de la red:</u> \$3,300 por persona / \$6,600 por familia. <u>Proveedor fuera de la red:</u> No hay límite <u>Medicamentos Recetados</u> , Nivel 1 y 2: \$3,300 por persona, \$6,000 por familia por año calendario. No hay límite para el Nivel 3.	El <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada uno debe alcanzar su propio <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> general de la familia.
¿Qué no incluye el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación del saldo</a> , servicios por un proveedor fuera de la red, <a href="#">medicamentos recetados</a> del Nivel 3 fuera del formulario, servicio privado de	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .

	enfermería, multas, dental, visión y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.	
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red médica</a> ?	Si. Vea <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> y seleccione "Aetna Choice®POS II (Open Access) para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> . Vea <a href="http://www.nationalvision.com">www.nationalvision.com</a> para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> de visión.	Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Usted pagará más si acude a 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 en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin un <a href="#">referido</a> .

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	Visita al <a href="#">especialista</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo El <a href="#">deducible</a> no aplica	40% de <a href="#">coseguro</a>	Usted tendrá que pagar por los servicios que nos son <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son <a href="#">preventivos</a> . Luego, consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.savrx.com">www.savrx.com</a>	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	20% de <a href="#">coseguro</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Cubre hasta un suministro de 34 días de un medicamento por venta al por menor. Suministro de un medicamento recetado pedido por correo es limitado a 90 días. <a href="#">Medicamentos especializados</a> están limitados a un suministro de 30 días. Medicamentos en el Nivel 1 y 2 (genéricos y marcas preferidas) son sujetos al <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> de \$3,300 por persona/\$6,600 por familia.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	30% de <a href="#">coseguro</a>	30% de <a href="#">coseguro</a>	
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	40% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Medicamentos especializados (Nivel 4)</a>	Basado en el Nivel	Basado en el Nivel	
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	<a href="#">Autorización previa</a> requerida. Multa de 50% en reducción de beneficios por no cumplir hasta un máximo de \$250.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	Multa de \$200 aplica con excepción de lesión accidental o admisión directa al hospital.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a> más una multa de hasta \$500 o 50% de costos	<a href="#">Autorización previa</a> requerida. Multa de 50% en reducción de beneficios por no cumplir hasta un máximo de \$250 por tratamiento no urgente.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Servicios ambulatorios	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	Servicios internos	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a> más una multa de hasta \$500 o 50% de costos	<a href="#">Autorización previa</a> requerida. Multa de 50% en reducción de beneficios por no cumplir hasta un máximo de \$250.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Los <a href="#">costos compartidos</a> no aplican a ciertos servicios preventivos. Un <a href="#">coseguro</a> puede aplicar según el tipo de servicio. No hay cobertura para un hijo(a) dependiente o hijo(a) del hijo(a) dependiente
	Servicios de parto profesionales	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Maximo de 130 visitas por año.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Visitas ambulatorias limitadas a 40 por año a menos que sea tratamiento medicamente necesario para un desorden mental.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Limitado a terapia de desarrollo neurologico para niños hasta 6 años de edad limitado a 12 visitas por año. Los limites de edad y numero de visitas no aplican a tratamientos medicamente necesarios para un desorden mental.
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Limitado a 120 días.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	<u>Autorización previa</u> requerida para costos arriba de \$200. Limitado a \$2,000 por persona cubierta por año calendario.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	Sin cargo El <a href="#">deducible</a> no aplica	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin Cargo	Cargos en exceso de \$90 beneficio programado.	Limitado a una vez cada 12 meses.
	Anteojos para niños	Sin Cargo	Cargos en exceso del beneficio programado de \$90 para lentes de vision sencilla / \$100 para marcos	Limitado a una vez cada 12 meses para lentes y una vez cada 24 meses para marcos. Cargos de un <u>proveedor fuera de la red</u> son limitados a montos programados
	Chequeo dental pediátrico	diagnostico/preventivo 0% a 30% dependiendo del tipo de servicio	Sin cargo	Maximo anual de \$2,000.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

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

- Aparatos de corrección auditiva
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética (a menos que sea para corregir un desorden de función)
- Cuidado rutinario de los pies
- Cuidado a largo plazo
- Lesiones o enfermedad relacionadas con el trabajo.
- Lesiones o enfermedades por los cuales un tercer es responsable.
- Programas para perder peso (Excepto cuidado preventivo mandado por ACA)
- Servicios de habilitación excepto para ciertas terapias de desarrollo neurológico (limitaciones aplican).
- Servicios por los cuales Medicare es o debe pagar primero (exclusión aplica si es elegible para inscribirse en Medicare, y no lo hace)
- Tratamiento para la infertilidad

Otros servicios cubiertos (podrían aplicar limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Acupuntura (Cuidado alternativo limitado a un máximo de \$500 por persona por año)
- Cuidado dental (Adulto)
- Cuidado quiropráctico (limitado a 25 visitas/año y \$25/visita)
- Cuidado rutinario de la vista (Adultos) - VSP
- Cuidado no urgente al viajar fuera de EE.UU. (cuidado debe ser medicamente necesario y considerado cuidado estándar en EE.UU.)
- Servicio privado de enfermería.

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: U.S Department of Labor, Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3372 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: U.S Department of Labor, Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3372 o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También puede contactar a la Oficina de Administración del Fondo al 1-800-331-6158.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

## Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-331-6158..

-----*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*-----

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**  
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$300
- [Especialista coseguro](#) 20%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de instalaciones de partos profesionales  
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,800
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$300
Copagos	\$0
Coseguro	\$2,600
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,960</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$300
- [Especialista coseguro](#) 20%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos por recetas  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,400
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$300
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,800
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,160</b>

**Fractura simple de Mia**  
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$300
- [Especialista coseguro](#) 20%
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$1,900
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$300
Copagos	\$0
Coseguro	\$400
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$700</b>

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