

 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. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.cs.ny.gov o llame al 1-877-7-NYSHIP (1-877-769-7447). Para una definición general de los términos de uso común, como [cantidad permitida](#), [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 puede llamar al 1-877-7-NYSHIP (1-877-769-7447) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$1,500 por persona inscrita, por cónyuge/pareja doméstica y por todos los hijos dependientes combinados. Este deducible solo se aplica al Programa Médico Básico (Basic Medical Program). El deducible solo se aplica cuando usted busca servicios fuera de la red.	Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible antes de que este plan empiece a pagar los servicios cubiertos que ningún centro de la red o proveedor participante proporcione. El deducible se renueva cada año. Consulte la tabla que empieza en la página 2 para saber cuánto debe pagar por los servicios cubiertos después de alcanzar el deducible .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. El deducible no se aplica para la atención dada por un proveedor participante o por un centro médico dentro de la red, servicios de atención preventiva, según se establece en la Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA), aparatos auditivos, pelucas protésicas, productos alimenticios sólidos modificados, segunda opinión en caso de un diagnóstico de cáncer, prótesis externas por mastectomía, servicios de emergencia, servicios de ambulancia de emergencia o medicamentos con receta médica.	La mayoría de los servicios que prestan los proveedores participantes o los centros dentro de la red solo requieren un copago y no se cuentan para el deducible del Programa Médico Básico. El deducible solo se aplica cuando usted busca servicios fuera de la red.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar deducibles por servicios específicos, pero consulte el cuadro que empieza en la página 2 para otros costos de servicios que cubre este plan.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Máximo dentro de la red: Individual \$9,450 /Familiar \$18,900 . Máximo de coseguros fuera de la red: \$4,750 por persona inscrita, por cónyuge/pareja doméstica y por todos los hijos dependientes combinados para el Programa Médico Básico y el Programa de Tratamiento para Salud Mental y Consumo de Drogas (Mental Health and Substance Use Program) fuera de la red para pacientes ambulatorios.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (por lo general, un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite lo ayuda a planificar para los gastos de atención médica.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas, los cargos facturados sobre saldos y la atención médica que este plan no cubre no se cuentan para ningún <u>límite de gastos de bolsillo</u> . En el máximo dentro de la red no se incluyen los gastos fuera de la red y cargos adicionales. El máximo de coseguros fuera de la red no incluye copagos de centros, penalizaciones ni gastos en virtud de los servicios del Programa de Medicamentos con Receta Médica (Prescription Drug Program), Programa Administrado de Medicina Física (Managed Physical Medicine Program) o Programa de Apoyo a la Atención en el Hogar (Home Care Advocacy Program).	Aunque usted paga estos gastos, no se cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un proveedor dentro de la red ?	Sí. Visite www.cs.ny.gov/employee-benefits o llame al 1-877-7-NYSHIP y elija el programa apropiado para obtener una lista de los proveedores participantes.	Si usa un médico dentro de la red u otro <u>proveedor</u> de atención médica, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga presente que su médico o su hospital dentro de la red pueden usar un <u>proveedor</u> fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos 'dentro de la red', ' <u>preferido</u> ' o 'participante' para los <u>proveedores</u> que forman parte de su <u>red</u> . Consulte la tabla que empieza a continuación para saber cómo paga este plan a los distintos tipos de <u>proveedores</u> .
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No. Usted no necesita una derivación para consultar a un especialista.	Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin permiso de este plan.



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica un [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 va al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de copago por consulta	20% de coseguro	ninguna
	Consulta con un especialista	\$35 de copago por consulta	20% de coseguro	
	Atención preventiva/ pruebas de detección/ vacunación	Sin cargo	La mayoría de los servicios no están cubiertos	Ciertos servicios están cubiertos cuando los presta un proveedor no participante, incluyendo los servicios de bienestar para niños.

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 se hace un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$35 de copago por consulta en el consultorio; \$85 de copago por paciente ambulatorio en el hospital	20% de coseguro en un consultorio; sin cobertura en un hospital	————ninguna————
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$80 de copago por consulta en el consultorio	20% de coseguro en un consultorio; sin cobertura en un hospital	Se requiere una certificación previa si no es una emergencia ni un procedimiento que requiera hospitalización. Si no tiene la certificación previa, el costo será mayor. Si se determina que el examen o procedimiento no es médicamente necesario, no se cubrirá.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta médica , visite www.cs.ny.gov .	Nivel 1 o para la mayoría de los medicamentos genéricos	\$10 por suministro para 1 a 30 días; \$30 por suministro para 31 a 90 días en farmacia de la red; \$25 por suministro para 31 a 90 días mediante el servicio de envíos por correo o en farmacia de especialidad	Los reclamos por sus costos de desembolso directo pueden ser elegibles para reembolso parcial.	Ciertos medicamentos requieren autorización previa para su cobertura. El copago no se aplica en farmacias de la red para: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia de administración oral que se usan para tratar el cáncer; tamoxifeno, raloxifeno, anastrozol y exemestano cuando se recetan para la prevención primaria del cáncer de mama • Medicamentos anticonceptivos genéricos de administración oral o medicamentos/dispositivos anticonceptivos de marca sin equivalente genérico (medicamentos/dispositivos de marca de una sola fuente) • Medicamentos para uso anticonceptivo de emergencia e interrupción del embarazo
	Nivel 2, medicamentos preferidos o compuestos	\$45 por suministro para 1 a 30 días; \$100 por suministro para 31 a 90 días en una farmacia de la red; \$100 por suministro para 31 a 90 días mediante el servicio de envíos por correo o en farmacia de especialidad		

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 un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta médica , visite www.cs.ny.gov . (continúa)	Nivel 3 o medicamentos no preferidos	\$85 por suministro para 1 a 30 días; \$200 por suministro para 31 a 90 días en farmacia de la red; \$200 por suministro para 31 a 90 días mediante el servicio de envíos por correo o en farmacia de especialidad		<ul style="list-style-type: none"> Vacunaciones para adultos y ciertos medicamentos con receta y sin receta que se consideran preventivos bajo la Ley de protección al paciente y cuidado de la salud a bajo precio (PPACA). Para obtener más información, visite www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/preventive-care/index.html Los medicamentos de marca cubiertos que tengan un equivalente genérico conllevan un cargo adicional, además del copago de Nivel 3.
	Medicamentos especializados	Se aplica copago según el nivel de copago del medicamento		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$35 de copago por consulta en el consultorio; \$95 de copago por cirugía ambulatoria que no sea en un hospital; \$130 de copago por cirugía ambulatoria en un hospital	20% de coseguro en un consultorio; Sin cobertura en un hospital	Se aplican cargos del proveedor además de cargos del centro médico únicamente si el proveedor cobra por separado del centro médico.
	Tarifas del médico/cirujano	\$35 de copago por cirugía	20% de coseguro en entorno de consultorio	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$130 de copago por consulta	\$130 de copago por consulta	Si usted ingresa como paciente hospitalizado, no se aplica el copago por emergencia y solo se aplica el copago por hospitalización.
	Transporte médico en caso de una emergencia	\$70 de copago por viaje	\$70 de copago por viaje	No está sujeto a deducible ni coseguro.
	Atención de urgencia	\$40 de copago por consulta en el consultorio; \$85 de copago por consulta en un centro de atención de urgencia propiedad del hospital	20% de coseguro	ninguna

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 hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$250 de copago por estadía de paciente hospitalizado	Sin cobertura	Se requiere certificación previa; \$200 de penalización si no tiene certificación previa. Máximo de cuatro copagos en concepto de hospitalizaciones por año, por persona inscrita, por cónyuge/pareja doméstica y por todos los hijos dependientes combinados cada año calendario. Honorarios separados del proveedor, además del cargo del centro médico, si el proveedor no está afiliado al centro donde se realizó la cirugía.
	Tarifas del médico/cirujano	\$50 de copago por servicio de radiología, anestesiología y patología; Sin cargo para otros servicios	\$85 por servicio. Usted paga los primeros \$50 por radiología, anestesiología y patología; 20% de coseguro para otros servicios	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o servicios de consumo de drogas	Servicios para pacientes ambulatorios	\$35 de copago por consulta	20% de coseguro	Se requiere una certificación previa para algunos tipos de atención de salud mental y consumo de drogas.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250 de copago por estadía de paciente hospitalizado	Sin cobertura	Máximo de cuatro copagos en concepto de paciente hospitalizado por persona inscrita, por cónyuge/pareja doméstica y por todos los hijos dependientes combinados cada año calendario. Se requiere una certificación previa para algunos tipos de atención de salud mental y consumo de drogas.
Si está embarazada	Visitas en el consultorio	Sin cargo para atención de rutina pre- y posnatal.	20% de coseguro	Las ecografías obstétricas de rutina pueden estar sujetas a \$25 de copago.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	20% de coseguro	————ninguna————
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$250 de copago por consulta	Sin cobertura	Aunque no se requiere certificación previa, se recomienda que notifique al Programa del hospital si usted o su bebé estarán en el hospital por más de 48 horas (si su bebé nació por vía vaginal) o por más de 96 horas (si su bebé nació por cesárea).

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 servicios de recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	Sin cargo	50% de coseguro	Sin cargo cuando tiene certificación previa; se aplican beneficios fuera de la red el servicio si no está certificado previamente. Sin cobertura fuera de la red durante las primeras 48 horas de atención de enfermería basada en el domicilio.
	Servicios de rehabilitación	\$35 de copago por consulta	Sin cobertura	Consultas cubiertas en virtud del Programa Administrado de Medicina Física; servicios cubiertos de rehabilitación cuando sean médicamente necesarios después de una hospitalización o cirugía relacionada.
	Servicios de habilitación	\$35 de copago por consulta	Sin cobertura	Servicios cubiertos a través del Programa Administrado de Medicina Física únicamente.
	Atención de enfermería de especialidad	Sin cargo	50% de coseguro por servicios cubiertos en el hogar; Sin cobertura en un centro de enfermería especializada.	Se requiere certificación previa; se aplican beneficios fuera de la red si la atención en el hogar no está certificada previamente. Sin cobertura fuera de la red durante las primeras 48 horas. Sin cobertura para los asegurados primarios de Medicare.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	50% de coseguro	Se exige certificación previa; se aplican beneficios fuera de la red si no están certificados previamente. Los suministros para diabéticos están cubiertos sin costo para usted si usa un proveedor del Programa de defensa de atención domiciliaria (HCAP). Se aplican beneficios fuera de la red si usa un proveedor fuera de la red.
	Servicios en un centro de cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cobertura	————ninguna————
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	————ninguna————
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	————ninguna————
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	————ninguna————

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Aparatos auditivos
- Atención de custodia
- Cirugía cosmética¹
- Programas para bajar de peso
- Atención de rutina de la vista (adulto y niño)
- Atención a largo plazo
- Atención de rutina para pies
- Atención que no es de emergencia al viajar fuera de EE. UU.
- Servicios experimentales, de investigación o que no son necesarios por razones médicas.
- Atención dental (adultos y niños), excepto para corregir un daño causado por un accidente
- Atención de paciente hospitalizado en centro de cuidados paliativos o en hospital fuera de la red, excepto en una emergencia, cuando no hay un centro médico de la red dentro de 30 millas de su residencia o cuando ningún centro médico dentro de 30 millas de su residencia puede prestar el servicio que usted necesita.
- Servicios de habilitación y rehabilitación fuera de la red bajo el Programa Administrado de Medicina Física

¹ Con excepción de un diagnóstico de disforia de género y determinación de necesidad médica

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

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica (con limitaciones)
- Atención quiropráctica
- Tratamiento por infertilidad (con limitaciones)
- Zapatos para diabéticos
- Telesalud

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York (New York State Department of Financial Services), teléfono: 1-800-342-3736, sitio web: www.dfs.ny.gov; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), teléfono: 1-877-267-2323 ext. 1565, sitio web: www.cciio.cms.gov; Administración de Seguridad de Beneficios para el Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration), teléfono: 1-866-444-3272, sitio web: www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una 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.

Su derecho a presentar un reclamo formal o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicho [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también dan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o un [reclamo formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- The Empire Plan llamando al 1-877-7-NYSHIP (1-877-769-7447) y seleccione el programa correspondiente.
- La División de Beneficios para Empleados, Departamento de Servicio Civil de Nueva York (New York State Department of Civil Service, Employee Benefits Division) llamando al 518-457-5754 o al 1-800-833-4344.
- El Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York (New York State Department of Financial Services) llamando al 518-474-6600 o al 1-800-342-3736.
- Adicionalmente, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese con la Sociedad de Servicios a la Comunidad de Nueva York (Community Service Society of New York) llamando al 888-614-5400 o en www.communityhealthadvocates.org.

¿Este plan da cobertura esencial mínima? Sí

¿Este plan cumple el valor mínimo estándar? Sí

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

Servicios de acceso a idiomas:

Para español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-877-769-7447.

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

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) puede 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. Enfóquese en las cantidades de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios no incluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar dentro de diferentes [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago por especialista	\$35
■ Copago del hospital (centro)	\$250
■ Otro copago	\$35

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el 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*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$460

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago por especialista	\$35
■ Copago del hospital (centro)	\$0
■ Otro copago	\$35

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*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,000
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,020

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago por especialista	\$35
■ Copago del hospital (centro)	\$130
■ Otro copago	\$35

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	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$400