

 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?	\$100 por persona cubierta. 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 ?	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), prótesis externas por mastectomía, segunda opinión en caso de un diagnóstico de cáncer, servicios de emergencia, servicios de ambulancia de emergencia, Programa Administrado de Medicina Física (Managed Physical Medicine Program) 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 (Basic Medical Program). El deducible solo se aplica cuando usted busca servicios fuera de la red.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Sí. \$100 para servicios quiroprácticos y servicios de fisioterapia fuera de la red. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos por estos servicios hasta la cantidad del deducible específico antes de que este plan empiece a pagar estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Límite de gastos de bolsillo dentro de la red: Individual \$9,450/Familiar \$18,900	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.
¿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 límite de gastos de bolsillo . En el máximo dentro de la red no se incluyen los gastos fuera de la red y cargos adicionales.	Aunque usted paga estos gastos, no se cuentan para el límite de gastos de bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿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 proveedor 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 proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos 'dentro de la red', ' preferido ' o 'participante' para los proveedores que forman parte de su red . Consulte la tabla que empieza en la página 2 para saber cómo paga este plan a distintos tipos de proveedores .
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No. Usted no necesita una derivación para consultar a un especialista.	Puede consultar al especialista 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	\$10 de copago por consulta más	20% de coseguro	Cobertura de hasta 15 visitas por persona, por año calendario, a un proveedor de la red. La cobertura fuera de la red se aplica a partir de la consulta 16 en adelante. Ciertos servicios no se cuentan para el máximo de 15 consultas, incluyendo, entre otros: diálisis, quimioterapia, terapia de radiación, las pruebas de laboratorio de diagnóstico y radiología que no se hicieron durante una visita en el consultorio, el control del niño sano y los servicios de atención preventiva. Ciertos servicios de atención preventiva están cubiertos cuando los presta un proveedor fuera de la red, incluyendo los servicios de control del niño sano.
	Consulta con un especialista	\$10 de copago por consulta más	20% de coseguro	
	Atención preventiva/ pruebas de detección/ vacunación	Sin cargo para los servicios de atención preventiva de acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio (PPACA).	La mayoría de los servicios no están cubiertos	

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)	\$10 de copago por consulta; \$15 de copago por entorno de hospital como paciente ambulatorio	20% de coseguro	La cobertura fuera de la red aplica para la visita 16 en adelante.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$10 de copago por consulta; \$15 de copago por entorno de hospital como paciente ambulatorio	20% de coseguro	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 medicamentos genéricos	\$5 por suministro para 1 a 30 días; \$5 por suministro para 31 a 90 días mediante el servicio de envíos por correo o en farmacia de especialidad	Los reclamos por sus gastos de bolsillo pueden ser elegibles para reembolso parcial.	Ciertos medicamentos requieren autorización previa para la cobertura. En ciertos centros de salud para estudiantes del campus de la Universidad Estatal de Nueva York (State University of New York, SUNY), las personas inscritas en el Plan de Salud para Estudiantes y Empleados (Student Employee Health Plan, SEHP) pueden surtir recetas médicas hasta para un suministro para 30 días por un copago de \$7. 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)
	Nivel 2, medicamentos preferidos o compuestos	\$25 por suministro para 1 a 30 días; \$50 por suministro para 31 a 90 días mediante el servicio de envíos por correo o en farmacia de especialidad		
	Nivel 3 o medicamentos no preferidos	\$45 por suministro para 1 a 30 días; \$90 por suministro para 31 a 90 días mediante el servicio de envíos por correo o en farmacia de especialidad		
	Medicamentos especializados	Se aplica copago según el nivel de copago del medicamento		

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)	
<p>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)</p>				<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para uso anticonceptivo de emergencia e interrupción del embarazo • 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 <p>Los medicamentos de marca cubiertos que tengan un equivalente genérico conllevan un cargo adicional, además del copago de Nivel 3.</p>
<p>Si le hacen una cirugía ambulatoria</p>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$10 de copago por consulta o consulta en el centro quirúrgico como paciente ambulatorio; \$15 de copago por entorno de hospital como paciente ambulatorio (centro médico, clínica de extensión, centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios)	20% de coseguro	<p>La cobertura fuera de la red se aplica a partir de la consulta 16 en adelante en un entorno de consultorio. El copago por centro quirúrgico para pacientes ambulatorios cubre el centro médico, las pruebas en el lugar el mismo día y los cargos de anestesiología.</p> <p>Los cargos del médico de cirugía ambulatoria no están sujetos al copago y no se cuentan para el límite anual individual de 15 consultas para beneficios dentro de la red.</p>
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	20% de coseguro	

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 atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	No se aplica el copago si usted ingresa como paciente hospitalizado directamente desde el Departamento de Emergencias (Emergency Department) y solo se aplica el copago por hospitalización.
	Transporte médico en caso de una emergencia	\$15 de copago por viaje	\$15 de copago por viaje	Cubierto cuando el servicio es proporcionado por un servicio de ambulancia autorizado al hospital más cercano donde se pueda realizar la atención de emergencia y se necesite transporte de ambulancia debido a una condición de emergencia.
	Atención de urgencia	\$10 de copago por consulta; \$15 de copago por consulta en un centro de atención de urgencia propiedad del hospital	20% de coseguro	No está sujeta al límite anual por persona de 15 consultas dentro de la red.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$200 de copago por estadía de paciente hospitalizado	\$200 de copago más 20% de coseguro	Se exige certificación previa; si usted no llama para certificar la hospitalización previamente, usted deberá asumir el costo total de la atención que se determina que no es médicamente necesaria más una penalización de \$200.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	20% de coseguro	Se aplican cargos del proveedor además de cargos del centro médico únicamente si el proveedor cobra por separado del centro médico.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o servicios de consumo de drogas	Servicios para pacientes ambulatorios	\$10 de copago por consulta	20% de coseguro	Cobertura de hasta 15 visitas por persona por año calendario a un proveedor de la red. La cobertura fuera de la red aplica para la visita 16 en adelante. Se requiere una certificación previa para algunos tipos de atención de salud mental y consumo de drogas.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$200 de copago por estadía de paciente hospitalizado	\$200 de copago más 20% de coseguro	Únicamente en centros aprobados. Duración de la estadía limitada por tipo de centro y tratamiento. Se requiere una certificación previa para algunos tipos de atención de salud mental y consumo de drogas.

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 está embarazada	Visitas en el consultorio	Sin cargo para atención de rutina pre- y posnatal.	20% de coseguro	No está sujeta al límite anual por persona de 15 consultas para cobertura dentro de la red. Las ecografías obstétricas de rutina pueden estar sujetas a \$10 de copago.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	20% de coseguro	Se aplican cargos del proveedor además de cargos del centro médico únicamente si el proveedor cobra por separado del centro médico.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$200 de copago/estadía de paciente hospitalizado	\$200 de copago más 20% de coseguro	Aunque no se exige 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 96 horas (si su bebé nació por cesárea).
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	Sin cargo	20% de coseguro	Se requiere certificación previa; no hay cobertura si no tiene certificación previa. Cubierto solamente en vez de hospitalización.
	Servicios de rehabilitación	\$10 de copago/consulta	20% de coseguro	Tratamiento quiropráctico únicamente a través del Programa Administrado de Medicina Física; no hay cobertura para terapia ocupacional ni del habla. Beneficios dentro de la red hasta para 15 consultas al quiropráctico por persona, por año y hasta 60 consultas de fisioterapia con certificación previa por diagnóstico. Los beneficios fuera de la red se aplican después del límite.
	Servicios de habilitación	\$10 de copago/consulta	20% de coseguro	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales (continúa)	Atención de enfermería de especialidad	No hay cobertura en centros de enfermería especializada; sin cargo por servicios cubiertos en el hogar	No hay cobertura en centros de enfermería especializada; 20% de coseguro por servicios cubiertos en el hogar	Sin cobertura en centros de enfermería especializada. Se requiere certificación previa para servicios en el hogar; no hay cobertura si no tiene certificación previa. Cubierto solamente en vez de hospitalización.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	Equipo médico duradero (excepto equipo/suministros para diabéticos) solo está cubierto en vez de hospitalización. Se requiere certificación previa; se aplican beneficios fuera de la red si no está certificado previamente. El equipo/los suministros para diabéticos no están sujetos a deducible ni coseguro.

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)	
	Servicios en un centro de cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cargo	Cobertura de hasta 210 días en un programa aprobado de cuidados paliativos.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$10 de copago por consulta	Sin cobertura	Examen de rutina de la vista cubierto una vez en un período de 24 meses
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Selección limitada al momento y en el lugar de un examen de la vista; una vez en un período de 24 meses.
	Control dental para niños	\$20 de copago por consulta	Sin cobertura	Hasta dos consultas por servicios cubiertos y hasta dos empastes en 12 meses, sujeto a \$10 de copago adicional/empaste.

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](#)).

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética¹ • Atención de custodia • Aparatos auditivos | <ul style="list-style-type: none"> • Atención a largo plazo • Chequeo dental fuera de la red • Examen de la vista/anteojos fuera de la red | <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional • Atención de rutina para pies • Atención en centro de enfermería especializada, incluida la rehabilitación | <ul style="list-style-type: none"> • Programas para bajar de peso • Terapia del habla • Servicios experimentales, de investigación o que no son necesarios por razones médicas. |
|---|---|---|--|

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 | • Telesalud | • Atención dental (adulto y niño) |
| • Cirugía bariátrica (con limitaciones) | • Tratamiento por infertilidad (con limitaciones) | • Atención de rutina de la vista (adulto y niño) |
| • Atención quiropráctica | • Atención que no es de emergencia al viajar fuera de EE. UU. | |

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 por 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 excluidos](#) 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	\$10
■ Copago del hospital (centro)	\$200
■ Otro Copago	\$10

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:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$360

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	\$10
■ Copago del hospital (centro)	\$0
■ Otro Copago	\$10

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:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$520

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	\$10
■ Copago del hospital (centro)	\$25
■ Otro Copago	\$10

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:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$100