

 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 más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de la cobertura completos, 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 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 1-877-7-NYSHIP (1-877-769-7447) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$1,000 (\$500 para personas inscritas de Grado 6 y menor o que ganen menos de \$41,756 para UUP; no se aplica a PA o PE) por persona inscrita, por cónyuge/pareja doméstica y por todos los hijos dependientes combinados. El <u>deducible</u> solo se aplica cuando usted busca servicios fuera de la red.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este plan empiece a pagar los servicios cubiertos que use que ningún centro de la red o proveedor participante proporcionen. El <u>deducible</u> se renueva el 1 de enero de cada año. Consulte la tabla que empieza en la página 2 para saber cuánto debe pagar por los servicios cubiertos después de cumplir con el <u>deducible</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. El <u>deducible</u> no se aplica para la atención prestada 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 Atención Médica a Precio Asequible (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, 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 cuentan para el <u>deducible</u> del Programa Médico Básico (Basic Medical Program). El <u>deducible</u> solo se aplica cuando usted busca servicios fuera de la red.
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	Sí. \$250 por persona inscrita, por cónyuge/pareja doméstica y por todos los hijos dependientes combinados para el Programa Administrado de Medicina Física. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Usted debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este plan empiece a pagar estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	Máximo dentro de la red: Individual \$7,350/Familiar \$14,700. Coseguro máximo: \$3,000 (\$1,500 para personas inscritas de Grado 6 y menor o que ganen menos de \$41,756 para UUP; no se aplica a PA o PE) por persona inscrita, por cónyuge/pareja doméstica y por todos los hijos dependientes combinados.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> 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. El límite le ayuda a planificar para los gastos de atención médica.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las primas, los cargos facturados sobre saldos y la atención médica que este plan no cubre no cuentan para ningún <u>límite de gastos de bolsillo</u> . En el máximo dentro de la red no se incluyen gastos fuera de la red y cargos adicionales. El coseguro máximo no incluye copagos de centros, sanciones ni gastos en virtud de los servicios del Programa de Medicamentos con Receta Médica (Prescription Drug Program), Programa Administrado de Medicina Física o Programa de Apoyo a la Atención en el Hogar (Home Care Advocacy Program, HCAP).	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Visite www.cs.ny.gov/employee-benefits o llame al 1-877-7-NYSHIP para obtener una lista de los proveedores participantes.	Si utiliza a un médico u otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga presente que su médico u hospital dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan el término dentro de la red, preferido o participante para los proveedores que forman parte de su red . Consulte la tabla que empieza a continuación para saber cómo paga este plan a los distintos tipos de proveedores .
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No. Usted no necesita una referencia para consultar a un especialista.	Puede consultar al especialista que elija sin permiso de este plan.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de alcanzar su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará la cantidad más baja)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la cantidad más alta)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o una lesión	Copago de \$20/consulta más copago de \$20 por servicios de radiología, laboratorio o vacunas	20% de coseguro	-----ninguno-----
	Consulta con un especialista	Copago de \$20/consulta más copago de \$20 por servicios de radiología, laboratorio o vacunas	20% de coseguro	-----ninguno-----
	Atención preventiva/examinación/vacunas	Sin cargo	Coseguro del 20 %	Sin cargo para los servicios de atención preventiva de acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica a Precio Asequible (PPACA).
Si tiene que hacerse un examen	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de laboratorio)	Copago de \$20/consulta; copago de \$40 (\$30 por NYS CSEA y UCS)/centros hospitalarios para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20 % en un consultorio; coseguro del 10 % o \$75 (lo que sea mayor) por atención hospitalaria como paciente ambulatorio	-----ninguno-----
	Imagenología (TAC/TEP/resonancia s magnéticas)	Copago de \$20/consulta; copago de \$40 (\$30 por NYS CSEA y UCS)/centros hospitalarios para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20 % en un consultorio; coseguro del 10 % o \$75 (lo que sea mayor) por atención hospitalaria como paciente ambulatorio	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.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará la cantidad más baja)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la cantidad más alta)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección 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	Suministro de 1 a 30 días: \$5; suministro de 31 a 90 días en farmacia de la red: \$10; suministro de 31 a 90 días en servicio por correo o farmacia especializada: \$5	Los reclamos por sus costos de desembolso directo pueden ser elegibles para reembolso parcial.	Ciertos medicamentos requieren autorización previa para la cobertura. El copago está exonerado, en farmacias de la red, para los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia oral, cuando se usan para tratar el cáncer, medicamentos anticonceptivos genéricos de administración oral y dispositivos anticonceptivos • Medicamentos/dispositivos anticonceptivos de marca que no tienen un equivalente genérico (medicamentos/dispositivos de marca de una sola fuente) • Tamoxifen y raloxifeno cuando se recetan para la prevención primaria del cáncer de mama Los medicamentos de marca cubiertos que tengan un equivalente genérico conllevan un cargo adicional, además del copago de Nivel 3.
	Nivel 2, medicamentos preferidos o compuestos	Suministro de 1 a 30 días: \$25; suministro de 31 a 90 días en farmacia de la red: \$50; suministro de 31 a 90 días en servicio por correo o farmacia especializada: \$50		
	Nivel 3 o medicamentos no preferidos	Suministro de 1 a 30 días: \$45; suministro de 31 a 90 días en farmacia de la red: \$90; suministro de 31 a 90 días en servicio por correo o farmacia especializada: \$90		
	Medicamentos especializados	Se aplica copago según el nivel de copago del medicamento		
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes ambulatorios)	Copago de \$20/cirugía en el consultorio; copago de \$30/cirugía ambulatoria que no sea en un hospital; copago de \$60 (\$40 por NYS CSEA y UCS)/cirugía ambulatoria en un hospital	Coseguro del 20 % en entorno de consultorio; coseguro del 10 % o \$75 (lo que sea mayor) por atención hospitalaria como paciente ambulatorio	Se aplican cargos del proveedor además de cargos del centro médico únicamente si el proveedor cobra por separado del centro médico.
	Aranceles del médico o cirujano	Copago de \$20/cirugía	Coseguro del 20 % en entorno de consultorio	

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará la cantidad más baja)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la cantidad más alta)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$70 (\$60 por NYS CSEA y UCS)/consulta	Copago de \$70 (\$60 por NYS CSEA y UCS)/consulta	Se exonera el copago si usted ingresa como paciente hospitalizado directamente desde el Departamento de Emergencias (Emergency Department).
	Transporte médico en caso de una emergencia	Copago de \$35/viaje	Copago de \$35/viaje	No está sujeto a deducible ni coseguro.
	Atención de urgencia	Copago de \$20/consulta; copago de \$40 (\$30 por NYS CSEA y UCS)/consulta ambulatoria en un hospital; copago adicional de \$20 por servicios de radiología, laboratorio o vacunas	Coseguro del 20 % en un consultorio; coseguro del 10 % o \$75 (lo que sea mayor) por atención hospitalaria como paciente ambulatorio	-----ninguno-----
Si lo ingresan en el hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	10 % de coseguro	Se requiere certificación previa; \$200 de penalización si no tiene certificación previa.
	Aranceles del médico o 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 por problemas de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Copago de \$20/consulta	20% de coseguro	Se requiere una certificación previa para algunos tipos de atención de salud mental y consumo de sustancias.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	10 % de coseguro	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo para atención de rutina pre- y posnatal.	20% de coseguro	-----ninguno-----
	Servicios profesionales para trabajo de parto/parto	Sin cargo	20% de coseguro	-----ninguno-----
	Servicios en un centro para trabajo de parto/parto	Sin cargo	10 % de coseguro	Se requiere certificación previa; \$200 de penalización si no tiene certificación previa.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará la cantidad más baja)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará la cantidad más alta)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	Sin cargo	50% de coseguro	Se requiere certificación previa; aplican beneficios fuera de la red si no está certificado previamente. Sin cobertura fuera de la red durante las primeras 48 horas de asistencia en el hogar.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$20/consulta	Coseguro del 50 % por consultas en virtud del Programa Administrado de Medicina Física; coseguro del 10 % o \$75 (lo que sea mayor) por atención hospitalaria como paciente ambulatorio	Servicios cubiertos de rehabilitación en hospital como paciente ambulatorio cuando sean médicamente necesarios después de una hospitalización o cirugía relacionada.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Copago de \$20/consulta	50% de coseguro	Asignación de la red del Programa de Apoyo a la Atención en el Hogar (HCAP) o del Programa Administrado de Medicina Física, según el servicio. Sin cargo cuando tiene certificación previa si el servicio está cubierto bajo HCAP. Sin máximo de coseguro para servicios de Managed Physical Medicine Program (Programa de Medicina Física Controlada).
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Coseguro del 50 %; coseguro del 10 % en un centro de enfermería especializada	Aplican limitaciones y excepciones a la cobertura en el centro de enfermería especializada. Requiere certificación previa; \$200 de penalización si la admisión no tiene certificación previa. Aplican beneficios fuera de la red si la enfermería especializada en el hogar no tiene certificación previa. 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	Los zapatos para diabéticos están cubiertos hasta por \$500/año cuando tienen una certificación previa. La asignación de zapatos para diabéticos comprados a un proveedor fuera de la red es un par hasta por 75% de la asignación dentro de la red. Se requiere certificación previa; se aplican beneficios fuera de la red si no está certificado previamente.
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo	Pacientes hospitalizados: 10 % de coseguro; pacientes ambulatorios: 10 % de coseguro o \$75 (lo que sea mayor)	-----ninguno-----
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----ninguno-----
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----ninguno-----
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	-----ninguno-----

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](#)).

- | | | |
|---|--|---|
| • Cirugía cosmética | • Atención a largo plazo | • Servicios que no son necesarios médicamente |
| • Cuidado de compañía | • Atención de rutina de la vista (adulto y niño) | • Programas de pérdida de peso |
| • Atención dental (adultos y niños), excepto para corregir un daño causado por un accidente | • Atención de rutina para pies | |

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

- | | | | |
|---|---|---|--|
| • Acupuntura | • Atención quiropráctica | • Tratamiento de infertilidad (con limitaciones) | • Servicios de enfermería privada (cubiertos únicamente bajo HCAP) |
| • Cirugía bariátrica (con limitaciones) | • Aparatos auditivos (con limitaciones) | • Atención que no es de emergencia al viajar fuera de EE. UU. | |

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si usted desea continuar con su cobertura después de que termine. La información de contacto de estos organismos es: Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York (New York State Department of Financial Services) al 1-800-342-3736 o en www.dfs.ny.gov/, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) al 1-877-267-2323 ext. 1565 o en www.cciio.cms.gov, Administración de Seguridad de Beneficios para el Empleado del Departamento de Trabajo de Estados Unidos (U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration) al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, tales 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 quejas formales y apelaciones: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también entregan toda la información para presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, 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 llamando al 518-457-5754 o al 1-800-833-4344
- El Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York 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.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

Si usted no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, deberá hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para quedar exento del requisito de que tuvo cobertura médica durante ese mes.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple el [valor mínimo estándar](#), es posible que califique para un [crédito fiscal para primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicios con acceso en otros idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-877-769-7447.

-----*Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir los costos en una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.*-----

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos 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 con los distintos [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en coberturas exclusivas para el titular.

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

- El [deducible](#) general [del plan](#) \$0
- [Copago del especialista](#) \$20
- [Copago del hospital \(centro médico\)](#) \$0
- Otro [copago](#) \$20

Este evento de EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

- Citas en el consultorio del especialista (*atención prenatal*)
- Servicios profesionales de parto/trabajo de parto
- Servicios del centro de parto/trabajo de parto
- Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
- Visita de un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$160

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

- El [deducible](#) general [del plan](#) \$0
- [Copago del especialista](#) \$20
- [Copago del hospital \(centro médico\)](#) \$0
- Otro [copago](#) \$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 del ejemplo \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$720

Fractura simple de Mia
(consultas en la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deducible](#) general [del plan](#) \$0
- [Copago del especialista](#) \$20
- [Copago del hospital \(centro médico\)](#) \$70
- Otro [copago](#) \$20

Este evento de EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

- 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 \$1,900

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$200