



El Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) es un documento que le ayudará a elegir un plan de salud. 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 solicitar una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-844-864-4352 o visítenos en www.ibxtpa.com. Para ver la definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación de saldos, conseguo, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-844-864-4352 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible general</u> ?	Preferido \$0 por persona / \$0 por familia; no preferido \$100 por persona / \$300 por familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada uno de ellos deberá alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos de <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Atención preventiva y atención de emergencia. No hay deducible preferido.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o un <u>conseguo</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Vea una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Se pagan otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar un <u>deducible</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para proveedores preferidos, \$7,150 por persona / \$14,300 por familia, para proveedores no preferidos \$7,600 por persona / \$15,200 por familia. Las primas, los cargos por facturación de saldos, la atención médica que no cubre este plan y las penalizaciones por autorización previa.	El <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> es lo máximo que usted puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos directos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> ?	No.	Aunque usted paga estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Consulte www.ibxtpa.com o llame al 1-844-864-4352 para obtener una lista de proveedores preferidos .	Este <u>plan</u> tiene una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del plan. Usted pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No. No necesita una remisión para ver a un especialista.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de haber alcanzado el **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (usted pagará lo mínimo)	Proveedor no preferido (usted pagará lo máximo)	
Si acude al consultorio o la clínica de un proveedor de salud	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$5 de copago	20% de coseguro	---Ninguna---
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$5 de copago	20% de coseguro	---Ninguna---
	<u>Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas</u>	Sin costo	20% de coseguro. No se aplica el deducible	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Después, verifique qué pagará su <u>plan</u> . Es posible que se apliquen limitaciones. Las vacunas están 100% cubiertas.
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin costo	20% de coseguro	---Ninguna---
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], imágenes por resonancia magnética [IRM])	Sin costo	20% de coseguro	Es necesaria una certificación previa.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en www.ibxtpa.com	Medicamentos genéricos	\$5 de copago	\$5 de copago	---Ninguna---
	Medicamentos de marca preferidos	\$5 de copago	\$5 de copago	---Ninguna---
	Medicamentos no preferidos	\$5 de copago	\$5 de copago	---Ninguna---
	<u>Medicamentos especializados</u>	Sin costo	20% de coseguro	---Ninguna---
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin costo	20% de coseguro	Es necesaria una certificación previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (usted pagará lo mínimo)	Proveedor no preferido (usted pagará lo máximo)	
	Honorarios del médico/cirujano	Sin costo	20% de coseguro	Es necesaria una certificación previa.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$35 de copago	\$35 de copago	---Ninguna---
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin costo	Sin costo	---Ninguna---
	<u>Atención de urgencia</u>	\$24 de copago	20% de coseguro	Los costos que le corresponde pagar por atención de urgencia se basan en la atención recibida en un centro o instalaciones de atención de urgencia designados y no en el consultorio de su médico. Los costos pueden variar dependiendo del lugar donde reciba la atención.
Si lo hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin costo	20% de coseguro	Es necesaria una certificación previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin costo	20% de coseguro	Es necesaria una certificación previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	\$5 de copago	20% de coseguro	---Ninguna---
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin costo	20% de coseguro	Es necesaria una certificación previa.
	Visitas al consultorio	\$5 de copago	20% de coseguro	El costo que tiene que pagar corresponde a la consulta inicial de obstetricia (OB).
Si está embarazada	Servicios de parto profesionales	Sin costo	20% de coseguro	Es necesaria una certificación previa.
	Servicios de instalaciones de parto profesionales	Sin costo	20% de coseguro	Es necesaria una certificación previa.
	<u>Cuidados médicos en el hogar</u>	Sin costo	20% de coseguro	Es necesaria una certificación previa.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin costo	20% de coseguro	Limitado a 60 días consecutivos por afección cubierta, después de una mejora significativa
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin costo	20% de coseguro	Limitado a 60 días consecutivos por afección cubierta, después de una mejora significativa
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Sin costo	20% de coseguro	Se limita a 180 días por periodo de beneficios. Es necesaria una certificación previa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin costo	20 % de coseguro	---Ninguna---
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	Sin costo	20% de coseguro	Es necesaria una certificación previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (usted pagará lo mínimo)	Proveedor no preferido (usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	---Ninguna---
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	---Ninguna---
	Revisión 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 excluidos).

<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética • Atención dental (adulto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de Estados Unidos (visite www.bcbsglobalcare.com) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención rutinaria de la vista (adulto) • Atención rutinaria de los pies • Programa para perder peso
---	--	--

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infertilidad (solamente diagnóstico y corrección quirúrgica) 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería privada
--	---	---

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: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que también tenga otras opciones de cobertura, como comprar 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.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. A este proceso se le llama queja o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Sus documentos del plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o una queja ante su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos o esta notificación, o para recibir ayuda, comuníquese al 1-844-864-4352 o visite www.ibxtpa.com. También puede comunicarse a la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿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 tenga derecho a una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, es posible que usted reúna los requisitos de un crédito fiscal para primas que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Aviso de no discriminación y Aviso de disponibilidad de asistencia y servicios auxiliares

Independence Administrators cumple las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Independence Administrators no excluye a personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Independence Administrators:

- brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, e información escrita en otros formatos, como letra grande;
- brinda servicios de idiomas gratuitos e información escrita en otros idiomas para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro coordinador de Derechos Civiles.

Si considera que Independence Administrators no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro coordinador de Derechos Civiles.

Hay cuatro maneras de presentar una queja directamente con Independence Administrators:

- por correo: Independence Administrators,
ATTN: Civil Rights Coordinator, 1900 Market Street, Philadelphia, PA 19103;
- por teléfono: 844-864-4352 (TTY 711);
- por fax: 215-761-0920, o
- por correo electrónico: IACivilRightsCoordinator@ibxtpa.com.

Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en la Oficina de Derechos Civiles de manera electrónica a través del portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; por correo a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; o por teléfono al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de acceso en distintos idiomas:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-864-4352 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-864-4352 (TTY: 711).

注意：如果您使用简体中文，您可以免费获得语言协助服务。请致电1-844-864-4352。

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, có dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin gọi số 1-844-864-4352.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вам предлагаются бесплатные услуги переводчика. Позвоните по телефону 1-844-864-4352.

Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzst, kannst du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helfft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-844-864-4352.

알림: 한국어 통역서비스가 필요한 분은 1-844-864-4352로 전화하십시오.
통역서비스를 무료로 받으실 수 있습니다.

ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per lei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Contatti il numero 1-844-864-4352.

انتباه: إذا كنت تتحدث العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل على الرقم: 1-844-864-4352.

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le 1-844-864-4352.

HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen über Language Assistance Services ein Dolmetscher kostenlos zur Verfügung. Wählen Sie 1-844-864-4352.

ध्यान आर्पणः शी तमे गुजराती बोलि शकता छि, ती तमारा माटे भाषा सहाय सेवाओ, विना मूल्ये, उपलब्ध छे. 1-844-864-4352 पर छे(टी ७११).

UWAGA: jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-844-864-4352.

ATANSYON: Si ou pale kreyòl ayisyen, gen asistans ak lang disponib pou ou gratis. Rele 1-844-864-4352.

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាមន-ខ្មែរ ឬមន-ខ្មែរ ហើយអ្នកចង់ស្នើសុំការសំដែងកិច្ចការសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-844-864-4352 ។

ATENÇÃO: se você fala português, serviços de assistência a idioma estão disponíveis gratuitamente para você. Ligue para 1-844-864-4352.

BAA IKON&N&ZIN: Din4 bizaad bee yln7'i'igo, ata' hane' bee lk1 i'iilyeed t'11 j77k'e bee n1 ah00r'i'. Koj8' hod77lnih 1-844-864-4352.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, makakakuha ka ng mga serbisyo ng tulong para sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-864-4352.

注意：日本語をお話しになる場合は、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。1-844-864-4352にお電話ください。

توجه: اگر بہ زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک در زمینه زبان، به رایگان در اختیار شما می باشد. با شماره 1-844-864-4352 تماس بگیرید.

_____ 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 la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes de salud distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solamente en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- **El deducible general del plan** \$0
- **Copago del especialista** \$5
- **Hospital (instalaciones) sin costo compartido** \$0
- **Otros sin costo compartido** \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de parto profesionales
 Pruebas diagnósticas (ultrasonidos y análisis de sangre)
 Visita al especialista (anestesia)

Costo total hipotético \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$120
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$180

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- **El deducible general del plan** \$0
- **Copago del especialista** \$5
- **Hospital (instalaciones) sin costo compartido** \$0
- **Otros sin costo compartido** \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
 Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total hipotético \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$270
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$330

Fractura simple de Mia

(consulta en la sala de emergencias dentro de la red y consultas de seguimiento)

- **El deducible general del plan** \$0
- **Copago del especialista** \$5
- **Hospital (instalaciones) sin costo compartido** \$0
- **Otros sin costo compartido** \$0

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:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$120
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$120

El plan sería responsable de los demás costos por los servicios cubiertos en este EJEMPLO.