

⚠ El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, Summary of Benefits and Coverage) lo ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-844-864-4352 o visite www.ibxtpa.com. Para obtener una definición 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 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-844-864-4352 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores preferidos: \$0 por persona/ \$0 por familia; para proveedores no preferidos: \$100 por persona/ \$300 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe alcanzar su deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducibles que hayan pagado todos los familiares alcance el deducible familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de alcanzar el deducible ?	Sí. Atención preventiva y de emergencia. No hay deducible para proveedores preferidos.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso sin haber alcanzado el monto del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios de prevención sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios de prevención cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar un deducible para obtener servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan ?	Para proveedores preferidos : \$7,150 por persona/ \$14,300 por familia; para proveedores no preferidos : \$7,600 por persona/ \$15,200 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que usted pagaría por año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , deben alcanzar su límite de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite familiar general de gastos de bolsillo .
¿Qué gastos no se incluyen dentro del límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturaciones de saldos , la atención médica que este plan no cubre y penalizaciones por falta de autorización previa .	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para alcanzar el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si se atiende con un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.ibxtpa.com o llame al 1-844-864-4352 para obtener una lista de proveedores preferidos .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si se atiende con un proveedor dentro de la red del plan. Pagará el monto máximo si se atiende con un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre los cargos de este y lo que el plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de que le preste los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar con el especialista que quiera sin necesidad de una remisión .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplicarán después de que haya alcanzado su [deducible](#), en el 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 preferido (pagará la cantidad mínima)	Proveedor no preferido (pagará el monto máximo)	
Si se atiende en la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica	Consulta con un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$5 de copago por consulta.	20% de coseguro	---Ninguna---
	Consulta con el especialista	\$5 de copago por consulta.	20% de coseguro	---Ninguna---
	Atención/exámenes de prevención/vacunación	Sin cargo	20% de coseguro No se aplica el deducible .	Podría tener que pagar por los servicios que no son de prevención . Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan . Es posible que se apliquen limitaciones. Las vacunas están cubiertas al 100%.
Si se hace una prueba	Pruebas diagnósticas (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	20% de coseguro	---Ninguna---
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética [MRI])	Sin cargo	20% de coseguro	Se requiere certificación previa para algunas pruebas de estudios por imágenes. Hay una reducción del 20% en los beneficios si no se obtiene la certificación previa.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (pagará la cantidad mínima)	Proveedor no preferido (pagará el monto máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Podrá encontrar más información sobre la cobertura de medicación recetada en www.ibxtpa.com	Medicamentos genéricos	Copago de \$5 por surtido de recetas en farmacias minoristas \$5 de copago por surtido de recetas mediante pedidos por correo	Copago de \$5 por surtido de recetas en farmacias minoristas \$5 de copago por surtido de recetas mediante pedidos por correo	---Ninguna---
	Medicamentos de marca preferida	\$30 de copago por surtido de recetas en farmacias minoristas \$30 de copago por surtido de recetas mediante pedidos por correo	\$30 de copago por surtido de recetas en farmacias minoristas \$30 de copago por surtido de recetas mediante pedidos por correo	---Ninguna---
	Medicamentos no preferidos	\$50 de copago por surtido de recetas en farmacias minoristas \$50 de copago por surtido de recetas mediante pedido por correo	\$50 de copago por surtido de recetas en farmacias minoristas \$50 de copago por surtido de recetas mediante pedido por correo	---Ninguna---
	Medicamentos especializados	El copago depende del nivel del medicamento: genérico, marca preferida o no preferida.	El copago depende del nivel del medicamento: genérico, marca preferida o no preferida.	---Ninguna---
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	20% de coseguro	Se requiere certificación previa para ciertas cirugías ambulatorias. Hay una reducción del 20% en los beneficios si no se obtiene la certificación previa.
	Honorarios de médicos/cirujanos	Sin cargo	20% de coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$35 de copago por visita	\$35 de copago por visita; deducible no aplicado	---Ninguna---
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo No se aplica el deducible .	---Ninguna---
	Atención de urgencia	\$24 de copago por consulta.	20% de coseguro	Los costos de la atención de urgencia se basan en la atención recibida en un centro o establecimiento de atención de urgencia designado, no en el consultorio del médico. Los costos pueden variar dependiendo del lugar en que reciba la atención.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (pagará la cantidad mínima)	Proveedor no preferido (pagará el monto máximo)	
Si lo hospitalizan	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	20% de coseguro	Se requiere certificación previa. Hay una reducción del 20% en los beneficios si no se obtiene la certificación previa cuando sea necesario.
	Honorarios de médicos/cirujanos	Sin cargo	20% de coseguro	
Si necesita servicios de salud mental o conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$5 de copago por consulta.	20% de coseguro	---Ninguna---
	Servicios para pacientes internados	Sin cargo	20% de coseguro	Se requiere certificación previa. Hay una reducción del 20% en los beneficios si no se obtiene la certificación previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$5 de copago por consulta.	20% de coseguro	El costo es para la visita inicial al obstetra únicamente.
	Servicios profesionales de parto	Sin cargo	20% de coseguro	Se requiere certificación previa. Hay una reducción del 20% en los beneficios si no se obtiene la certificación previa.
	Servicios de centros para el parto	Sin cargo	20% de coseguro	
Si necesita asistencia para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica en el hogar	Sin cargo	20% de coseguro	Se requiere certificación previa. Hay una reducción del 20% en los beneficios si no se obtiene la certificación previa.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	20% de coseguro	Se limita a 60 días consecutivos según la condición cubierta después de una mejora significativa.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	20% de coseguro	
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	20% de coseguro	Se limita a 180 días por período de beneficios. Se requiere certificación previa. Hay una reducción del 20% en los beneficios si no se obtiene la certificación previa.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	20% de coseguro	---Ninguna---
	Servicios de hospicio	Sin cargo	20% de coseguro	Se requiere certificación previa. Hay una reducción del 20% en los beneficios si no se obtiene la certificación previa.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	---Ninguna---
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	---Ninguna---
	Examen dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	---Ninguna---

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) por lo general NO cubre (consulte el documento de su póliza o plan para obtener más información y ver una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|----------------------------|---|----------------------------------|
| • Acupuntura | • Audífonos | • Atención de rutina de los pies |
| • Cirugía bariátrica | • Atención a largo plazo | • Programas de pérdida de peso |
| • Cirugía estética | • Atención que no es de emergencia fuera de EE. UU. | |
| • Cuidado dental (adultos) | • Atención oftalmológica de rutina (adultos) | |

Otros servicios cubiertos (Puede haber limitaciones a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|--------------------------|--|-----------------------------------|
| • Atención quiropráctica | • Tratamiento de infertilidad (solo diagnóstico y corrección quirúrgica) | • Servicios de enfermería privada |
|--------------------------|--|-----------------------------------|

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere continuar con su cobertura cuando termine. Información de contacto de estas agencias: Employee Benefits Security Administration (Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador) en el U.S. Department of Labor (Departamento del Trabajo de EE. UU.) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También podría tener otras opciones de cobertura, como adquirir una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado de seguros médicos](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene algún reclamo contra su [plan](#) por el rechazo de una [reclamación](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, revise la explicación de beneficios que recibirá por una [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [reclamo](#) ante su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o para recibir asistencia, comuníquese con las siguientes entidades: 1-844-864-4352 o ingrese en www.ibxtpa.com. También puede comunicarse con la Employee Benefits Security Administration del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan ofrece cobertura esencial mínima? Sí

Por lo general la [cobertura esencial mínima](#) incluye planes de seguro médico disponibles a través del Mercado de seguros médicos u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP, Programa de Seguro Médico para Niños), TRICARE y otras coberturas determinadas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el crédito tributario para la prima.

¿Este plan cumple con los valores mínimos estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [valores mínimos estándar](#), usted podría ser elegible para un [crédito tributario para las primas](#) para ayudarlo a pagar el [plan](#) a través del [mercado de seguros](#).

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

Independence Administrators cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Tampoco excluye ni trata de forma distinta a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Independence Administrators:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades, para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, e información escrita en otros formatos, como por ejemplo letras grandes.
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés e información escrita en otros idiomas.

Si necesita dichos servicios, comuníquese con nuestro coordinador de derechos civiles.

Si usted cree que Independence Administrators no le brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante nuestro coordinador de derechos civiles.

A continuación, se describen cuatro maneras de solicitar una queja formal ante Independence Administrators:

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

Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está aquí para ayudarle.

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

Servicios de asistencia de 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)] schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft 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.

ધ્યાન આપો : જો તમે ગુજરાતી બોલી શકતા હો, તો તમારા માટે ભાષા સહાય સેવાઓ, વિના મૂલ્યે, ઉપલબ્ધ છે. 1-844-864-4352 પર કોલ કરો.

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: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសា មន-ខ្មែរ ប្រទេសខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាដែលឥតគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ 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 !KON&N&ZIN: Din4 bizaad bee yln7[ti'go, ata' hane' bee lk1 i'iilyeed t'l1 j77k'e bee n1 ah00t'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 به 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 sobre cómo este plan podría cubrir los costos en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.*—————

Sobre estos ejemplos de cobertura:

⚠ Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solamente ejemplos del modo en que este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función de la atención médica concreta que usted reciba, de los precios que cobren sus [proveedores](#) y de muchos otros factores. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted tendría que pagar según los distintos [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura propia únicamente.

Peg tendrá un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)	
■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$5
■ Hospital (centro) sin costos compartidos	\$0
■ Otros costos no compartidos	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios de centros para el parto
 Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita a un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$70

Control de la diabetes de tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina de una afección bien controlada dentro de la red)	
■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$5
■ Hospital (centro) sin costos compartidos	\$0
■ Otros costos no compartidos	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

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

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es	\$620

Fractura simple de Mia (consulta en la sala de emergencia y atención de seguimiento dentro de la red)	
■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$5
■ Hospital (centro) sin costos compartidos	\$0
■ Otros costos no compartidos	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Atención en sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
 Pruebas diagnósticas (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$90
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$90

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.