|  |
| --- |
| **El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés)** es un documento que le ayudará a elegir un [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **médico. El SBC le muestra cómo usted y el** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **(llamada** [**prima**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium)**) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, [insert contact information]. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#allowed-amount), [facturación del saldo](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#balance-billing), [coseguro](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance), [copago](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment), [deducible](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), [proveedor](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.norcalaborers.org o llamar a 1-800-244-4530 para solicitar una copia. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Preguntas importantes** | **Respuestas** | **Por qué es importante** |
| **¿Cuál es el** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **general?** | **$150**/individual o **$450**/familia  01/01-12/31 | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Para cobertura familiar, consulte las instrucciones para ver las explicaciones aplicables adicionales. |
| **¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)**?** | Si. Atencion y servicios preventivos indicados empezando en pagina 2. | Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. |
| **¿Hay algún otro** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **por servicios específicos?** | No. | No tiene que pagar un deducible por servicios específicos. |
| **¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**?** | **$3,000/**individual o **$6,000/**familia | El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. |
| **¿Qué no incluye el** [**desembolso máximo**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)**?** | Primas, atencion que este plan no cubre y servicios indicados en la tabla empezando en pagina 2. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo. |
| **¿Pagará un poco menos si acude a un** [**proveedor dentro de la red**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network-provider) **medica?** | Si. Para una lista de proveedores del plan, visite [www.kp.org](http://www.kp.org) o llame 1-800-278-3296. | Este plan no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedir dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| **¿Necesita un referido para ver a un** [**especialista**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)**?** | Si, pero existe auto-referencia para cierto especialistas. | Este plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista pero solo si tiene un referido antes de acudir al especialista. |

| **Exclamation** | Todos los costos de [**copago**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) y [**coseguro**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), si aplica un [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible). |
| --- | --- |

| **Eventos médicos comunes** | **Servicios que podría necesitar** | **Lo que usted paga** | | **Limitaciones, excepciones y otra información importante** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Proveedor en la red**  **(Usted pagará lo mínimo)** | **Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)** |
| **Si acude a la oficina o clínica de un** [**proveedor**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) **de salud** | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | $15 copago / visita | No se cubre | Ninguno. |
| Visita al [especialista](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) | $15 copago / visita | No se cubre | Servicios para tratamiento de esterilidad se cubre a 50% coseguro/visita. |
| [Atención preventiva](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#preventive-care)/[examen colectivo](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#screening)/vacuna | No hay cargo | No se cubre | Ciertos proyecciones preventivos (como laboratori y imagenes) se puede cubrir en diferente comparte de costo. |
| **Si se realiza un examen** | [Prueba diagnóstica](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#diagnostic-test) (radiografía, análisis de sangre) | $10 copago/encuentro | No se cubre | Ninguno. |
| Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | $50 copago/  procedimiento | No se cubre | Ninguno. |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.**  Hay más información disponible acerca de la [cobertura de medicamentos con receta](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#prescription-drug-coverage) en www.kp.org/formulary | Medicamentos genéricos | Plan Farmacia: $10 copago/prescripcion de 1 a 30 dias;  Por correo:normalmente dos veces el costo compartido de la farmacia del plan para provision de hasta 100 dias | No se cubre | De acuerdo con directrices del formulario. Ciertos medicamentos se pueden cubrir a diferente comparte de costo. |
| Medicamentos de marcas preferidas | Plan Farmacia: $20 copago/prescripcion de 1 a 30 dias;  Por correo:normalmente dos veces el costo compartido de la farmacia del plan para provision de hasta 100 dias | No se cubre | De acuerdo con directrices del formulario. Ciertos medicamentos se pueden cubrir a diferente comparte de costo. |
| Medicamentos de marcas no preferidas | Igual a marca preferida | No se cubre | Igual a marca preferida cuando se apruebe usando procedimiento de excepcion. |
| [Medicamentos](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialty-drug)  especializados | Igual a marca preferida | No se cubre | Igual a marca preferida cuando se apruebe usando procedimiento de excepcion. |
| **Si se somete a una operación ambulatoria** | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 10% coseguro | No se cubre | Ninguno. |
| Honorarios del médico/cirujano | 10% coseguro | No se cubre | Ninguno. |
| **Si necesita atención médica inmediata** | [Atención en la sala de emergencias](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-room-care-emergency-services) | 10% coseguro | 10% coseguro | Ninguno. |
| [Transporte médico de emergencia](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-medical-transportation) | 10% coseguro | 10% coseguro | Ninguno. |
| [Atención de urgencia](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#urgent-care) | $15 copago/visita | $15 copago/visita | Proveedores fuera del plan se cubren cuando esta fuera del area de servicio. |
| **Si lo hospitalizan** | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | $10 coseguro | No se cubre | Ninguno |
| Honorarios del médico/cirujano | 10% coseguro | No se cubre | Ninguno |
| **Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías** | Sevicios ambulatorios | $15 copago/visita; 10% coseguro para ortros servicos externos | No se cubre | Salud Mental/Comportamiento: $7 copago/ visita por grupo;  Sustancia Abuso : $5 copago/ visita por grupo |
| Servicios internos | 10% coseguro | No se cubre | Ninguno |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | No hay cargo | No se cubre | Dependiendo en el tipo de servicio, un copago, coseguro o deducible puede aplicar. Atencion de Maternidad puede incluir examenes y servicios descritos en otra area del SBC (es decir ultrasonido) |
| Servicios de parto profesionales | 10% coseguro | No se cubre | Ninguno |
| Servicios de instalaciones de partos profesionales | 10% coseguro | No se cubre | Ninguno |
| **Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales** | [Cuidado de la salud en el hogar](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#home-health-care) | No hay cargo | No se cubre | Maximo de 2 horas por visita, hasta 3 visitas por dia, hasta 100 visitas por año. |
| [Servicios de rehabilitación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#rehabilitation-services) | Interno: $10 coseguro;  Externo: $15 copago/visita | No se cubre | Ninguno. |
| [Servicios de habilitación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#habilitation-services) | $15 copago/visita | No se cubre | Ninguno |
| [Cuidado de enfermería especializada](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#skilled-nursing-care) | 10% coseguro | No se cubre | Maximo de 100 dias por periodo de beneficio. |
| [Equipo médico duradero](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#durable-medical-equipment) | 10% coseguro | No se cubre | Debe de estar deacuerdo con directrices del formulario. Requiere autorizacion anticipada. |
| [Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#hospice-services) | No hay cargo. | No se cubre | Limite a diagnostico de enfermedad terminal con esperanza de vida de doce meses o menos. |
| **Si su niño necesita servicios dentales o de la vista** | Examen de la vista pediátrico | $15 copago/visita | No se cubre | Se puede cubrir bajo de un plan de vision. |
| Anteojos para niños | No se cubre | No se cubre | Se puede cubrir bajo de un plan de vision. |
| Chequeo dental pediátrico | No se cubre | No se cubre | Puede tener otra cobertura dental afuera. |

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicios que su** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros** [**servicios excluidos**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#excluded-services)**.)** | | |
| * Cirugía cosmética * Cuidado dental (para adultos) * Cuidado a largo plazo | * Cuidado no urgente cuando viaja fuera de EE.UU. * Servicio de enfermería privado | * Cuidado de rutina de los pies si no es necesario medicamente * Programas de pérdida de peso |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**.)** | | |
| * La acupuntura (si se prescribe para el tratamiento del dolor) * Cirugía bariátrica | * Cuidado quiropráctico (20 visitas limite/año) * Audífonos ($1,000 limite/oido cada 36 meses) | * Tratamiento de esterlilidad * Cuidado ojos de rutina (para adultos) |

**Sus derechos a continuar con su cobertura:** Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias se muestra en el cuadro a continuación. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted también, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama una queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también brindan información completa para presentar un reclamo, apelación o una queja cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con la agencia en el cuadro a continuación. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Póngase en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada y el Departamento de Seguros de California en 980 9th St, Suite # 500 Sacramento, CA 95814, 1-888-466-2219 o http://www.HealthHelp.ca.gov.

**Informacion de Contacto para Sus Derechos de Continuar Cobertura y Derechos de Reclamo y Apelacion:**

|  |  |
| --- | --- |
| Kaiser Permanente Member Services | 1-800-278-3296 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices |
| Department of Labor’s Employee Benefits Security Administration | 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform |
| Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight | 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov |
| California Department of Insurance | 1-800-927-HELP (4357) o www.insurance.ca.gov |
| California Department of Managed Healthcare | 1-888-466-2219 o www.healthhelp.ca.gov/ |

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, deberá realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de que tiene cobertura de salud para ese mes.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) no cumple con los [estándares de valor mínimo](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-value-standard), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium-tax-credits) para ayudarle a pagar un [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) a través del [Mercado](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace).

**Servicios lingüísticos:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 o TTY/TDD 711.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 o TTY/TDD 711.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-800-757-7585 o TTY/TDD 711.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-278-3296 o TTY/TDD 711.

––––––––––––––––––––––*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.–––––––––*

Exclamation

**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) y dentro del [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Acerca de los ejemplos de cobertura:**

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

◼ **El** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **general del** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **$150**

◼ [**Especialista**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***copago* $0**

◼ **Hospital (instalaciones) *coseguro* 10%**

◼ **Otro (analisis de sangre) copago**  **$10**

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al especialista *(atención prenatal)*

Servicios de parto profesionales

Servicios de instalaciones de partos profesionales

Pruebas diagnósticas *(sonogramas y análisis de sangre)*

Visita al especialista *(anestesia)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Costo total hipotético** | **$12,800** |

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

El [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

|  |  |
| --- | --- |
| *Costo compartido* | |
| Deducibles | $150 |
| Copagos | $100 |
| Coseguro | $900 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$1,210** |

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

◼ **El** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **general del** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **$150**

◼ [**Especialista**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***copago* $0**

◼ **Hospital (instalaciones) *coseguro* 10%**

◼ **Otro (analisis de sangre) copago**  **$10**

**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 hipotético** | **$7,400** |

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Costo compartido* | |
| Deducibles | $150 |
| Copagos | $900 |
| Coseguro | $100 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $50 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$1,200** |

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

◼ **El** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **general del** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **$150**

◼ [**Especialista**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***copago* $15**

◼ **Hospital (instalaciones) *coseguro* 10%**

◼ **Otro (analisis de sangre) copago**  **$10**

**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 | $150 |
| Copagos | $100 |
| Coseguro | $100 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Mia pagaría es** | **$350** |

El Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de los Trabajadores cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

|  |  |
| --- | --- |
| Language | Message about Language Assistance |
| Spanish | ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 707-864-2800. |
| Chinese | 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 707-864-2800. |
| Vietnamese | CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 707-864-2800. |
| Tagalog | PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 707-864-2800. |
| Korean | 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 707-864-2800. 번으로 전화해 주십시오. |
| Armenian | ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 707-864-2800. |
| Persian (Farsi) | تتوجھ: اگر بھ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسھیلات زبانی بصورت رایگان برای شما 707-864-2800 فراھم می باشد. با تماس بگیرید. |
| Russian | ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 707-864-2800. |
| Japanese | 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。707-864-2800 まで、お電話にてご連絡ください。 |
| Arabic | ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 707-864-2800. |
| Punjabi | ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 707-864-2800. 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। |
| Mon-Khmer, Cambodian | ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 707-864-2800 ។ |
| Hmong | LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 707-864-2800. |
| Hindi | ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 707-864-2800. पर कॉल कर\_। |
| Thai | ความสนใจ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย, บริการให้ความช่วยเหลือภาษาฟรีที่มีอยู่ โทร 707-864-2800. |

**7 of 7**