



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información acerca del costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.

Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos completos de la cobertura, comuníquese con Northwest Carpenters Trusts: 1-800-552-0635 o www.CarpentersBenefits.org. Para obtener definiciones de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.CarpentersBenefits.org o llame al 1-800-552-0635 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante esto:
¿Qué es el deducible general?	\$200 individual / \$400 familiar	En general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que el plan comience a pagar. Si otros miembros de su familia también pertenecen al plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Tienen cobertura los servicios antes de que alcance el deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y atención primaria tienen cobertura antes de que alcance el deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . Pero es posible que deba pagar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos de la red sin costos compartidos y antes de que alcance el deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros deducibles por servicios específicos?	No	
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	En el caso de proveedores de la red , \$4,000 individual / \$8,000 familiar; \$2,850 individual / \$5,700 familiar para medicamentos recetados; en el caso de proveedores que no pertenecen a la red no hay límite de gastos de bolsillo .	El límite de gastos de bolsillo es el monto máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen al plan , ellos deben alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta que alcancen el límite de gastos de bolsillo familiar.
¿Qué no se contabiliza para el límite de gastos de bolsillo ?	Los copagos de ciertos servicios, las primas , los cargos de facturación de saldos , los copagos y coseguros fuera de la red , y la atención de salud no cubierta por este plan .	Si bien usted paga estos gastos, no se contabilizan para el cálculo del límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.regence.com/go/preferred o llame al 1-888-367-2116 para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan. Pagará más si usa un proveedor que no pertenece a la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor que no pertenece a la red para algunos servicios (como anestesia y análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesito un referido para consultar a un especialista ?	No	Puede consultar a un especialista sin pedirle permiso al plan.



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que aparecen en este cuadro se aplican una vez que se ha alcanzado el [deducible](#), si corresponde un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor que no pertenece a la red (Usted pagará más)	
Si usted visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$10 y coseguro del 10 % por visitas al consultorio	Copago de \$20 y coseguro del 20 % por visitas al consultorio	Ninguna
	Visitas a especialistas	Copago de \$10 y coseguro del 10 % por visitas al consultorio	Copago de \$20 y coseguro del 20 % por visitas al consultorio	Ninguna
	Atención preventiva/exámenes de detección /vacunas	Sin cargo	Coseguro del 20 %. Sujeto al deducible.	Es posible que deba pagar por los servicios que no son preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué pagará su plan .
Si se realiza un examen	Examen de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro del 10 %/examen	Coseguro del 20 %/examen	Ninguna
	Imágenes (tomografías computadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	Coseguro del 10 %/examen	Coseguro del 20 %/examen	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede encontrar más información sobre cobertura de medicamentos recetados en www.Express-Scripts.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Copago de \$7/receta (farmacias minoristas) y copago de \$14/receta (farmacias de pedido por correo)	Reembolso del 100 % del “precio mayorista promedio” menos el copago correspondiente	Cubre hasta un suministro para 30 días (receta minorista); hasta un suministro para 90 días (receta de pedido por correo)
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Copago de \$15/receta (farmacias minoristas) y copago de \$30/receta (farmacias de pedido por correo)	Reembolso del 100 % del “precio mayorista promedio” menos el copago correspondiente	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Copago de \$30/receta (farmacias minoristas) y copago de \$60/receta (farmacias de pedido por correo)	Reembolso del 100 % del “precio mayorista promedio” menos el copago correspondiente	
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	Copago de \$7/\$15/\$30 (solo en farmacias minoristas)	No tienen cobertura	Se aplican los copagos de los Niveles 1, 2 y 3. Se requiere autorización previa.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza del [plan](#) en www.CarpentersBenefits.org

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor que no pertenece a la red (Usted pagará más)	
Si se realiza una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ej., centro quirúrgico ambulatorio)	<u>Coseguro</u> del 10 %	<u>Coseguro</u> del 20 %	Ninguna
	Honorarios de médicos/cirujanos	<u>Coseguro</u> del 10 %	<u>Coseguro</u> del 20 %	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Copago</u> de \$50 y <u>coseguro</u> del 10 %	<u>Copago</u> de \$50 y <u>coseguro</u> del 10 %	El copago se anula si usted es admitido en el hospital
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 10 %	<u>Coseguro</u> del 10 %	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	<u>Copago</u> de \$10 y <u>coseguro</u> del 10 % por visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$20 y <u>coseguro</u> del 20 % por visitas al consultorio	Ninguna
Si usted es hospitalizado	Tarifa del centro (por ej. habitación del hospital)	<u>Coseguro</u> del 10 %	<u>Copago</u> de \$200 y <u>coseguro</u> del 20 %	Se requiere <u>certificación previa</u> . Si no obtiene la <u>certificación previa</u> , se deducen \$50 de la tarifa máxima permitida de alojamiento y comidas para cada día, hasta un máximo de \$250.
	Honorarios de médicos/cirujanos	<u>Coseguro</u> del 10 %	<u>Coseguro</u> del 20 %	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	<u>Copago</u> de \$10/visita al consultorio y <u>coseguro</u> del 10 %	<u>Copago</u> de \$20/visita al consultorio y <u>coseguro</u> del 20 %	Ninguna
	Servicios para pacientes internados	<u>Coseguro</u> del 10 %	<u>Copago</u> de \$200 y <u>coseguro</u> del 20 %	Se requiere <u>certificación previa</u> . Si no obtiene la <u>certificación previa</u> , se deducen \$50 de la tarifa máxima permitida de alojamiento y comidas para cada día, hasta un máximo de \$250.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$10/visita al consultorio y <u>coseguro</u> del 10 %	<u>Copago</u> de \$20/visita al consultorio y <u>coseguro</u> del 20 %	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a ciertos <u>servicios preventivos</u> dentro de la red. Puede aplicarse un <u>coseguro</u> según el tipo de servicio. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (por ej. ecografías). Para el participante y el cónyuge únicamente.
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	<u>Coseguro</u> del 10 %	<u>Coseguro</u> del 20 %	
	Servicios de centros para el parto/nacimiento	<u>Coseguro</u> del 10 %	<u>Copago</u> de \$200 y <u>coseguro</u> del 20 %	

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza del [plan](http://www.CarpentersBenefits.org) en www.CarpentersBenefits.org

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor que no pertenece a la red (Usted pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Pagados al 100 %	Pagados al 100 %	30 visitas/año calendario Se requiere certificación previa .
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 10 %	Coseguro del 20 %	30 visitas como paciente ambulatorio/año calendario para servicios de rehabilitación y habilitación combinados. 15 visitas como paciente internado/año calendario para servicios de rehabilitación y habilitación combinados.
	Servicios de habilitación	Coseguro del 10 %	Coseguro del 20 %	30 visitas como paciente ambulatorio/año calendario para servicios de rehabilitación y habilitación combinados.
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 10 %	Coseguro del 20 %	25 días/año calendario
	Equipo médico duradero	Coseguro del 10 %	Coseguro del 20 %	Se requiere certificación previa .
	Servicios de hospicio	Pagados al 100 %	Pagados al 100 %	Se requiere certificación previa .
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Servicios prestados por Vision Service Plan. Visite www.vsp.com .	Servicios prestados por Vision Service Plan. Visite www.vsp.com .	Beneficios no disponibles con el paquete de beneficios de Eastern Washington, Idaho, Montana y Wyoming.
	Anteojos para niños	Servicios prestados por Vision Service Plan. Visite www.vsp.com .	Servicios prestados por Vision Service Plan. Visite www.vsp.com .	Beneficios no disponibles con el paquete de beneficios de Eastern Washington, Idaho, Montana y Wyoming.
	Control dental para niños	Servicios prestados por Delta Dental. Visite www.deltadentalwa.com .	Servicios prestados por Delta Dental. Visite www.deltadentalwa.com .	Servicios prestados por Delta Dental. Visite www.deltadentalwa.com .

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza del [plan](#) en www.CarpentersBenefits.org

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| ■ Cirugía estética | ■ Atención a largo plazo | ■ Programas de pérdida de peso |
| ■ Servicios experimentales y de investigación | ■ Lesiones intencionalmente autoinfligidas | ■ Atención de los pies de rutina |
| ■ Tratamientos para la infertilidad | ■ Enfermería privada | |

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--|
| ■ Pruebas para alergias | ■ Atención quiropráctica | ■ Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. |
| ■ Cirugía bariátrica | ■ Audífonos | |

Sus derechos relacionados con la continuación de la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarlo a continuar su cobertura una vez que esta finaliza. La información de contacto para tales agencias se detalla a continuación. Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo: llame al 1-866-444-3272 o visite www.dol.gov/ebsa; Departamento de Salud y Servicios Humanos: llame al 1-877-267- 2323 x61565 o visite www.cciio.cms.gov. Es posible que tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluido comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). Para obtener más información acerca del [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos relacionados con las quejas formales y las apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene quejas contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Estas quejas se denominan [quejas formales](#) o [apelaciones](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también le proporcionan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita asistencia, comuníquese con el plan llamando al 1-800-552-0635. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de trabajo de los EE. UU.

¿Proporciona cobertura esencial mínima este plan? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas comerciales individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertos otros tipos de cobertura. Si usted reúne los requisitos para obtener ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), no será elegible para recibir [crédito fiscal para la prima](#).

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimos? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimos](#), es posible que usted reúna los requisitos para recibir un [crédito fiscal para la prima](#) que lo ayudará a pagar el [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso de idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-552-0635.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-552-0635.

Chino (中文):如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-552-0635.

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-552-0635.

————— [Si desea ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima página.](#) —————

control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 0.08 horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, investigar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios con respecto a la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza del [plan](#) en www.CarpentersBenefits.org

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos nombrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según el tratamiento que en realidad reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#), [deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#) y en los [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría tener que pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura únicamente para uno mismo.

Peg va a tener un bebé.

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

- [Deducible general del plan](#) \$200
- [Copago de especialista](#) \$10
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 10 %
- [Otro coseguro](#) 10 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el parto/nacimiento

Servicios de centros para el parto/nacimiento

[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$200
Copagos	\$70
Coseguro	\$1,247
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$1,577

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- [Deducible general del plan](#) \$200
- [Copago de especialista](#) \$10
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 10 %
- [Otro coseguro](#) 10 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al [médico de atención primaria](#) (incluida la enseñanza sobre la enfermedad)

[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$200
Copagos	\$60
Coseguro	\$708
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Joe es	\$1,028

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencia y atención de seguimiento dentro de la red)

- [Deducible general del plan](#) \$200
- [Copago de especialista](#) \$10
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 10 %
- [Otro coseguro](#) 10 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluidos los suministros médicos)

[Examen de diagnóstico](#) (radiografía)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$200
Copagos	\$50
Coseguro	\$165
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$415

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