



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 de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada 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 1-800-374-1835 o visítenos en <http://www.nipponlifebenefits.com/member-service/ca-state-specific-requirements>. Para ver las definiciones generales de los términos comunes, como el monto permitido, la facturación del saldo, el coseguro, el copago, el deducible, el proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-800-374-1835 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Para <u>proveedores en la red</u> \$250 por miembro y \$750 por familia; para <u>proveedores fuera de la red</u> \$750 por miembro y \$2,250 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con su <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios de <u>proveedores en la red</u> para <u>atención preventiva</u> , consultas médicas de <u>proveedores en la red</u> , atención de urgencia de <u>proveedores en la red</u> , QuestSelect, visitas a salas de emergencia de <u>proveedores en la red</u> , servicios de <u>proveedores en la red</u> o <u>proveedores fuera de la red</u> para medicamentos con receta no especializados, y las vacunas para niños están cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$50 para el cuidado de la salud en el hogar <u>proveedores fuera de la red</u> . No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> , antes de que el <u>plan</u> comience a pagar por los servicios cubiertos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos</u> de su bolsillo para este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores preferidos</u> \$3,500 por miembro y \$7,000 por familia; para <u>proveedores fuera de la red</u> \$7,500 por miembro y \$15,000 por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , deben cumplir con su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar total.

¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u>?	<u>Primas</u>, cargos por <u>facturación de saldo</u>, atención médica que este <u>plan</u> no cubre, sanciones por incumplimiento para obtener una <u>autorización previa</u> de los servicios y la diferencia entre el precio del medicamento genérico y el precio del medicamento de marcas preferidas o no preferidas cuando esté disponible un medicamento genérico equivalente.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gasto de bolsillo</u>. Además, la diferencia entre el precio del medicamento genérico y el precio del medicamento preferido o medicamento de marca no preferido cuando haya un medicamento genérico equivalente disponible no se aplicará para el límite de \$250 de costo compartido para medicamentos recetados a pacientes ambulatorios.
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de red</u>?	Sí. Visite www.nipponlifebenefits.com/member-services o llame al 1-800-374-1835 para obtener una <u>lista de proveedores preferidos</u>.	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u>. Pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> del plan. Pagará la mayor cantidad si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <u>plan</u> (<u>saldo de facturación</u>). Tenga en cuenta que el <u>proveedor de la red</u> puede utilizar un <u>proveedor fuera de red</u> para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u>?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>derivación</u>.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son posteriores a la fecha en que se cumplió su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

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 de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 de copago por visita al consultorio; el deducible no se aplica	30% de coseguro	Ninguna
	Visita al especialista	\$40 de copago por visita al consultorio; el deducible no se aplica	30% de coseguro	Ninguna
	Cuidado preventivo, chequeo , vacunas	Sin cargo; el deducible no se aplica	Vacunas para niños: sin cargo hasta la cantidad permitido ; no se cubren excedentes. Otros servicios de cuidado infantil: 30% de coseguro; no se cubren servicios para adultos	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos . Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan .
Si se realiza un examen	Examen de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	Visitas fuera del consultorio: 10% de coseguro Sin cargo para los servicios de QuestSelect	30% de coseguro ; Servicios de emergencia : 10% de coseguro	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	10% de coseguro	30% de coseguro ; Servicios de emergencia : 10% de coseguro	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección Puede encontrar más información sobre la cobertura de	Medicamentos genéricos	\$15 de copago por receta (venta minorista)	100 % del costo al entregarse. Cuando se presenta un reclamo, se reembolsa al monto permitido inferior a los \$15 de copago por receta . El excedente no está cubierto.	El copago no se aplica a anticonceptivos genéricos y de fuente única para mujeres y el suministro mensual de medicamentos recetados cubiertos para pacientes ambulatorios que superen el límite de \$250 para costos compartidos. El copago por pedido con envío por correo es el

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)	
medicamentos recetados en http://www.nipponlifebenefits.com/member-services/	Medicamentos de marcas preferidas	\$30 de copago por receta (venta minorista)	100 % del costo al entregarse. Cuando se presenta un reclamo, se reembolsa al monto permitido inferior a los \$30 de copago por receta . El excedente no está cubierto.	doble del costo minorista. Un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento requiere tres copagos de 30 días. El copago se aplica a todos los inyectables recibidos en la farmacia minorista. Un inyectable no estaría sujeto al copago si se administra en un consultorio o en un hospital. Es posible que se requiera una aprobación previa para los medicamentos especiales.
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$50 de copago por receta (venta minorista)	100 % del costo al entregarse. Cuando se presenta un reclamo, se reembolsa al monto permitido inferior a los \$50 de copago por receta . El excedente no está cubierto.	Los medicamentos se reciben en la farmacia minorista: Medicamentos genéricos de Nivel 1 Medicamentos de marcas preferidas de Nivel 2 Medicamentos de marcas no preferidas de Nivel 3
	Medicamentos especiales	Nivel 1 \$15 de copago por receta (minorista), Nivel 2 \$30 de copago por receta (minorista); Nivel 3 \$50 de copago por receta (minorista)	100 % del costo al entregarse. Cuando se presenta un reclamo, se reembolsa al monto permitido inferior al Nivel 1 \$15 de copago por receta ; Nivel 2 \$30 de copago por receta ; Nivel 3 \$50 de copago por receta . El excedente no está cubierto.	Medicamentos especiales recibidos en la farmacia minorista
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	10% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	10% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna

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 necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencia	\$150 de copago por visita y luego 10% de coseguro ; el deducible no se aplica	\$150 de copago por visita y luego 10% de coseguro ; hasta la cantidad permitido ; no se cubren excedentes; el deducible no se aplica	Los servicios no urgentes \$150 de copago por visita y luego 30% de coseguro , las resonancias magnéticas (MRI), las tomografías computarizadas (CAT), las tomografías por emisión de positrones (PET), las tomografías computarizadas por emisión de fotones individuales (SPECT) y otros estudios de imágenes similares realizados en la Sala de emergencias se reembolsan en los beneficios del coseguro y los deducibles del plan regular.
	Transporte médico de emergencia	10% de coseguro	10% de coseguro	
	Atención de urgencia	\$50 de copago por visita al consultorio; el deducible no se aplica	30% de coseguro	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (por ej., habitación de hospital)	10% de coseguro	30% de coseguro	Se requiere autorización previa . Una penalización por incumplimiento del 30% hasta \$10,000.
	Honorarios del médico/cirujano	10% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	\$20 de copago por visita al consultorio y sin cargo para otros servicios ambulatorios	30% de coseguro	Se requiere preautorización para los servicios para pacientes internados. Una penalización por incumplimiento del 30% hasta \$10,000.
	Servicios internos	10% de coseguro	30% de coseguro	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$20 de copago por visita al consultorio	30% de coseguro	El costo compartido no se aplica a servicios preventivos . Según el tipo de servicios, se puede aplicar un coseguro . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	10% de coseguro	30% de coseguro	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	10% de coseguro	30% de coseguro	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene	Cuidado de salud en el hogar	10% de coseguro	20% de coseguro	100 visitas al año, sujeto a un deducible aparte de \$50 para proveedores fuera de la red.

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)	
otras necesidades de salud especiales	Servicios de rehabilitación	Copago de \$20/\$40 por visitas a la atención primaria/consultorio de especialistas; Sin cargo por otros	30% de coseguro	30 visitas al año. Incluye terapia física, ocupacional y del habla, que también está cubierta cuando se asocia con retraso del desarrollo. Los límites de visitas no se aplican a los servicios de salud mental, conductual o toxicomanías.
	Servicios de habilitación	Copago de \$20/\$40 por visitas a la atención primaria/consultorio de especialistas; Sin cargo por otros	30% de coseguro	
	Atención de enfermería especializada	10% de coseguro	30% de coseguro	120 días para la misma enfermedad o enfermedad relacionada. Se requiere autorización previa . Una penalización por incumplimiento del 30% hasta \$10,000.
Si su hijo necesita servicios odontológicos o de la vista	Equipo médico duradero	10% de coseguro	30% de coseguro	Excluye carros, scooters y cochecitos motorizados (excepto sillas de ruedas), camas de tipo no hospitalario y sillas elevadoras.
	Servicios de hospicio	10% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna
	Examen de la vista pediátrico	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento del [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|----------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| • Cirugía bariátrica | • Audífonos | • Cuidado ocular de rutina |
| • Cirugía cosmética | • Cuidado a largo plazo | • Cuidado rutinario de los pies |
| • Cuidado dental | • Servicio privado de enfermería | • 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](#)).

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|---|
| • Acupuntura hasta \$500 por año | • Atención quiropráctica | • Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los Estados Unidos por hasta 6 meses, excepto para viajes médicos |
| | • Tratamiento de infertilidad | |

Derechos a continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudar si desea continuar su cobertura luego de que finalice. La información de contacto de estas agencias es:

- Para la cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, ROGER CLEVELAND GOLF COMPANY INC. DBA DUNLOP SPORT
 - Para la cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, la Administración de seguridad de beneficios para los empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- [• Para los planes de salud grupales gubernamentales no federales, el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de información al consumidor y supervisión de seguros al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.]
- [• Los planes de la Iglesia no están cubiertos por las reglas de continuación de cobertura de COBRA federal. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado con respecto a sus posibles derechos a la continuación de la cobertura según la ley estatal.]
- Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [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](#). Este reclamo se conoce como [queja](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para ese [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para recibir asistencia, comuníquese con el plan: inglés y otros idiomas, 1-800-374-1835; japonés 1-800-971-0638; coreano 1-800-827-8713 o con el Departamento de Seguros de Georgia al 1-800-656-2298 o Administración de seguridad de beneficios para los empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Llame al 1-800-927-4357 o envíe un correo electrónico a <http://insurance.ca.gov/consumers/110-health/index.cfm>.

¿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 califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

[Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-374-1835.

[Tagalo: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-374-1835.

[Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 [1-800-374-1835.

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-374-1835.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cubran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#) y [servicios excluidos según el plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que podría pagar en diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg tiene un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$250
■ Copago de especialista	\$40
■ Coseguro de hospital (instalación)	10%
■ Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto,
 Servicios de sala de parto
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita de especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$250
Copagos	\$100
Coseguro	\$1,000
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,410

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$250
■ Copago de especialista	\$40
■ Coseguro de hospital (instalación)	10%
■ Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por receta
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$250
Copagos	\$1,000
Coseguro	\$200
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,470

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y cuidado de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$250
■ Copago de especialista	\$40
■ Coseguro de hospital (instalación)	10%
■ Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Cuidado en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
 Examen de diagnóstico (*rayos x*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$250
Copagos	\$400
Coseguro	\$60
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$710

Nota: Estos números suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese al 212-682-3000. *Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?" más arriba.