



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. **NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage including your plan's Summary Plan Description, visit csacbenefits.org or call 1-800-293-1370. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.dol.gov/ebsa/healthreform or call 1-800-293-1370 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	<p><u>Network Provider</u> per calendar year: \$3,000/individual; \$6,000/family. <u>Out-of-Network Provider</u> per calendar year: \$10,000/individual; \$20,000/family.</p>	<p>Generally, you must pay all of the costs from <u>providers</u> up to the <u>deductible</u> amount before this <u>plan</u> begins to pay. If you have other family members on the <u>plan</u>, each family member must meet their own individual <u>deductible</u> until the total amount of <u>deductible</u> expenses paid by all family members meets the overall family <u>deductible</u>.</p>
Are there services covered before you meet your deductible?	<p>Yes. <u>Preventive care</u> performed by <u>Network Providers</u>, second surgical opinion, in-<u>network</u> online visit, and outpatient <u>prescription drugs</u> are covered before you meet your <u>deductible</u>.</p>	<p>This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven't yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply. For example, this plan covers certain <u>preventive services</u> without <u>cost sharing</u> and before you meet your <u>deductible</u>. See a list of covered <u>preventive services</u> at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.</p>
Are there other deductibles for specific services?	<p>No.</p>	<p>You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.</p>
What is the out-of-pocket limit for this plan?	<p>Medical Plan <u>Network Provider</u>: \$5,600/individual; \$11,200/family per calendar year. <u>Out-of-Network Provider</u>: No <u>out-of-pocket limit</u>. Outpatient <u>prescription drugs</u> per calendar year: \$1,000/individual; \$2,000/family.</p>	<p>The <u>out-of-pocket limit</u> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <u>plan</u>, they have to meet their own <u>out-of-pocket limits</u> until the overall family <u>out-of-pocket limit</u> has been met.</p>
What is not included in the out-of-pocket limit?	<p>For the Medical <u>Plan</u>: <u>Premiums</u>, <u>balance billing</u> charges, health care this <u>plan</u> doesn't cover, outpatient retail/mail order drug expenses (which have a separate <u>out-of-pocket limit</u>), chiropractic treatment and out-of-<u>network</u> expenses except <u>Emergency Services</u>, certain non-<u>emergency service</u> provided by a Non-PPO <u>provider</u> at a PPO facility, and/or air ambulance service (as covered under the federal No Surprises Act). The <u>prescription drug out-of-pocket limit</u> does not include <u>premiums</u>, <u>balance-billing</u> charges, medical costs, and health care this <u>plan</u> doesn't cover.</p>	<p>Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u>.</p>

Important Questions	Answers	Why This Matters:
Will you pay less if you use a <u>network provider</u> ?	Yes. See www.MyIBXTPAbenefits.com or call Independence Administrators (IA) at 1-800-810-BLUE for a list of <u>Network Providers</u> .	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's network</u> . You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's charge</u> and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware, your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a <u>referral</u> to see a <u>specialist</u> ?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .



All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		<u>Network Provider</u> (You will pay the least)	<u>Out-of-Network Provider</u> (You will pay the most)	
If you visit a <u>health care provider's office or clinic</u>	Primary care visit to treat an injury or illness	Office visit: 20% <u>coinsurance</u> . Online visit: \$5 copay/visit, <u>deductible</u> does not apply.	50% <u>coinsurance</u> .	None.
	<u>Specialist</u> visit	20% <u>coinsurance</u> . Second opinion: No charge up to \$150, then 20% <u>coinsurance</u> , <u>deductible</u> does not apply. Online visit: \$5 copay/visit, <u>deductible</u> does not apply.	50% <u>coinsurance</u> . Second opinion: No charge up to \$150, then 30% <u>coinsurance</u> , <u>deductible</u> does not apply.	None.
	<u>Preventive care/screening/immunization</u>	No charge. <u>Deductible</u> does not apply.	Tests/screenings for sexually transmitted infections (STIs) ordered by a Health Care practitioner: 50% <u>coinsurance</u> All others: Not covered.	<u>Plan</u> covers required <u>preventive services</u> and supplies described at: https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/ . Age and frequency guidelines apply to covered <u>preventive care</u> . You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your <u>provider</u> if the services needed are <u>preventive</u> . Then check what your <u>plan</u> will pay for.
If you have a <u>test</u>	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	20% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	None.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	<u>Preauthorization</u> of some imaging tests (including, but not limited to, CT, CTA, MRA, MRI, Nuclear cardiology, PET scans) is required to avoid a financial penalty or non-payment.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		<u>Network Provider</u> (You will pay the least)	<u>Out-of-Network Provider</u> (You will pay the most)	
<p>If you need drugs to treat your illness or condition More information about <u>prescription drug coverage</u> is available at www.express-scripts.com or 1-800-987-7836.</p>	Generic drugs	Retail Pharmacy for 30-day supply: \$10 <u>copayment</u> per prescription; Mail Order for 90-day supply: \$25 <u>copayment</u> per prescription. No charge for FDA-approved generic contraceptives.	\$60 <u>copayment</u> plus 20% <u>coinsurance</u> .	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Deductible</u> does not apply. • Mail Order is required for maintenance medications after the second fill at a retail pharmacy to avoid non-payment of drugs. Maintenance drugs are those you take to treat an ongoing condition such as diabetes, arthritis or high blood pressure. • Some prescriptions are subject to <u>preauthorization</u> (to avoid non-payment), quantity limits and step therapy. • Certain over-the-counter (OTC) and prescription drugs are payable at no charge, with a prescription, in compliance with federal law. • If you purchase a brand drug when a generic drug is available you pay the brand drug <u>cost sharing</u> plus the difference in cost between the brand drug and generic drug. • If you fill a prescription at an Out-of-Network pharmacy, you will need to pay 100% for the drug at the time of purchase and file a claim with Express Scripts for reimbursement and Plan pays 80% of what it would have paid had you used a Network Retail pharmacy. • 90-day supplies of maintenance drugs can be obtained from any Smart90 retail pharmacy.
	Preferred brand drugs	Retail Pharmacy for 30-day supply: \$40 <u>copayment</u> per prescription; Mail Order for 90-day supply: \$100 <u>copayment</u> per prescription. No charge for FDA-approved brand name contraceptives if a generic is medically inappropriate.		
	Non-preferred brand drugs	Retail Pharmacy for 30-day supply: \$60 <u>copayment</u> per prescription; Mail Order for 90-day supply: \$150 <u>copayment</u> per prescription.		
	<u>Specialty drugs</u>	You pay a \$50 <u>copayment</u> per prescription for a 30-day supply and \$100 <u>copayment</u> per prescription for up to a 90-day supply.	Not covered.	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> up to a maximum allowable charge of \$5,000 per operative session and \$3,500 for other outpatient department services/supplies.	<u>Preauthorization</u> of some outpatient surgical procedures is required to avoid a financial penalty or non-payment.
	Physician/surgeon fees	20% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> up to a maximum allowable charge of \$5,000 per operative session and \$3,500 for other outpatient department services/supplies.	<u>Preauthorization</u> of some outpatient surgical procedures is required to avoid a financial penalty or non-payment. Assistant surgeon payable to 20% of the allowable charge for a primary surgeon (10% for the services of a state licensed Registered Nurse first assistant or state licensed Physician assistant).
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	\$250 <u>copayment</u> /visit plus 20% <u>coinsurance</u> .	For emergency care: \$250 <u>copayment</u> /visit plus 20% <u>coinsurance</u> . For non-emergency care: \$250 <u>copayment</u> /visit plus 50% <u>coinsurance</u> .	Physician/ <u>provider's</u> professional fees may be billed separately. <u>Copayment</u> waived if visit results in immediate admission to the hospital as an inpatient.
	<u>Emergency medical transportation</u>	\$50 <u>copayment</u> per trip <u>Deductible</u> does not apply.	\$50 <u>copayment</u> per trip <u>Deductible</u> does not apply.	<ul style="list-style-type: none"> • Elective (nonemergency) ground, air, and sea ambulance transportation, including inpatient hospital-to-hospital transfers require <u>Preauthorization</u> to avoid a financial penalty or non-payment. • Professional air, sea or ground ambulance services payable to and from the nearest hospital where treatment can be given. • You will not be <u>Balance Billed</u> for covered air ambulance services. • Services from an Emergency Medical Technician (EMT) are covered if you reasonably believe that a medical emergency existed even if you are not transported to a hospital at the <u>Plan's</u> regular benefits for ambulance services for a medical emergency.
	<u>Urgent care</u>	20% <u>coinsurance</u> .	20% <u>coinsurance</u> .	None.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	<u>Preauthorization</u> of a hospital admission is required to avoid a financial penalty or non-payment.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
	Physician/surgeon fees	20% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	<u>Preauthorization</u> of surgical procedures is required to avoid a financial penalty or non-payment. Assistant surgeon payable to 20% of the allowable charge for a primary surgeon (10% for the services of a state licensed Registered Nurse first assistant or state licensed Physician assistant).
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Office Visits and other outpatient services: 20% <u>coinsurance</u> . Online visit: \$5 copay/visit, <u>deductible</u> does not apply.	Office Visits, online visit, and other outpatient services: 50% <u>coinsurance</u> .	<u>Preauthorization</u> is required for some outpatient services (i.e., intensive outpatient programs, partial hospitalization, etc.) to avoid a financial penalty or non-payment.
	Inpatient services	20% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	<u>Preauthorization</u> is required for inpatient services to avoid a financial penalty or non-payment.
If you are pregnant	Office visits	No charge for office visits. <u>Deductible</u> does not apply.	For employee or spouse: 50% <u>coinsurance</u> .	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Cost sharing</u> does not apply for <u>preventive services</u>. • Depending on the type of services, <u>coinsurance</u> may apply. • Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound). • Prenatal care (other than ACA-required preventive <u>screening</u>) is not covered for dependent children.
	Childbirth delivery professional services	For employee and spouse: 20% <u>coinsurance</u> .	For employee and spouse: 50% <u>coinsurance</u> .	No coverage for delivery expenses for a dependent child, you must pay 100%, even in-network (certain Emergency Services may be covered by the No Surprises Act).
	Childbirth delivery facility services	For employee and spouse: 20% <u>coinsurance</u> .	For employee and spouse: 50% <u>coinsurance</u> .	
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	20% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	<u>Plan</u> covers services that require the skill and training of a Registered Nurse or licensed vocational nurse. <u>Preauthorization</u> of <u>home health care</u> is required to avoid a financial penalty or non-payment. No coverage for nurse's aide, custodial care or housekeeping services.
	<u>Rehabilitation services</u>	20% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	Physical therapy, occupational therapy and speech therapy include annual and/or lifetime visit limits (will not apply to treatment of diagnosed mental health conditions or substance use disorders consistent with generally recognized independent standards of current medical practice). <u>Preauthorization</u> is required for Inpatient <u>Rehabilitation Services</u> to avoid a financial penalty or non-payment.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
	<u>Habilitation services</u>	20% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	Physical therapy, occupational therapy and speech therapy include annual and/or lifetime visit limits (will not apply to treatment of diagnosed mental health conditions or substance use disorders consistent with generally recognized independent standards of current medical practice).
	<u>Skilled nursing care</u>	No charge for the first 30 days then 20% <u>coinsurance</u> for the next 150 days per disability.	No charge for the first 30 days then 20% <u>coinsurance</u> for the next 150 days per disability.	<u>Preauthorization</u> is required for a skilled nursing facility admission to avoid a financial penalty or non-payment. Maximum benefit is 180 days for any one period of disability. Day limits will not apply to treatment of diagnosed mental health conditions or substance use disorders consistent with generally recognized independent standards of current medical practice.
	<u>Durable medical equipment</u>	20% <u>coinsurance</u> .	50% <u>coinsurance</u> .	<u>Preauthorization</u> is required for certain <u>durable medical equipment</u> to avoid a financial penalty or non-payment. Rental is covered up to the purchase price.
	<u>Hospice services</u>	20% <u>coinsurance</u> .	20% <u>coinsurance</u> .	Maximum benefit is 180 days/lifetime (Day limits will not apply to treatment of diagnosed mental health conditions or substance use disorders consistent with generally recognized independent standards of current medical practice). <u>Preauthorization</u> of inpatient hospice is required to avoid financial penalty or non-payment.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not covered.	Not covered.	You must pay 100% of these expenses, even in- <u>network</u>
	Children's glasses	Not covered.	Not covered.	
	Children's dental check-up	Not covered.	Not covered.	You must pay 100% of these expenses, even in- <u>network</u>

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Bariatric Surgery
- Cosmetic surgery
- Infertility treatment
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine Dental care (adult & child)
- Routine Eye care (adult & child)
- Routine foot care
- Weight loss programs (except as required by health reform law)

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Chiropractic care (up to 24 visits/calendar year).
- Hearing aids (hearing test and hearing aids covered up to a maximum of \$1,000 per ear every 24 months)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information on how to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the Medical Plan Claims Administrator (Independence Administrators) at 1-833-242-3330 or the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes.

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-242-3330.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-242-3330.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-242-3330.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-242-3330.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$3,000
■ <u>Specialist</u> <u>coinsurance</u>	20%
■ <u>Hospital (facility)</u> <u>coinsurance</u>	20%
■ <u>Other</u> <u>coinsurance</u>	20%

This EXAMPLE event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

<u>Cost sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$3,000
<u>Copayments</u>	\$10
<u>Coinsurance</u>	\$1,630
<u>What isn't covered</u>	
Limits or exclusions	\$20
The total Peg would pay is	\$4,660

Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$3,000
■ <u>Specialist</u> <u>coinsurance</u>	20%
■ <u>Hospital (facility)</u> <u>coinsurance</u>	20%
■ <u>Other</u> <u>coinsurance</u>	20%

This EXAMPLE event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
Diagnostic tests (*blood work*)
 Prescription drugs
Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<u>Cost sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$1,860
<u>Copayments</u>	\$620
<u>Coinsurance</u>	\$0
<u>What isn't covered</u>	
Limits or exclusions	\$0
The total Joe would pay is	\$2,480

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$3,000
■ <u>Specialist</u> <u>coinsurance</u>	20%
■ <u>Hospital (facility)</u> <u>coinsurance</u>	20%
■ <u>Other</u> <u>copayment</u>	\$250

This EXAMPLE event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
Diagnostic test (*x-ray*)
Durable medical equipment (*crutches*)
Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<u>Cost sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$1,850
<u>Copayments</u>	\$60
<u>Coinsurance</u>	\$0
<u>What isn't covered</u>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$1,910

The plan would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

Sobre estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos del modo en que este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes en función de la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que es posible que deba pagar según los distintos planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a Tener un Bebé
(9 meses de atención prenatal con proveedores de la red y parto en un hospital)

- Deducible total del plan \$3,000
- Coseguro para especialista 20%
- Coseguro para el hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio de un especialista (atención prenatal)
Servicios profesionales de atención durante el parto
Servicios de establecimientos de atención durante el parto
Estudios de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre)

En este ejemplo, Peg pagaría:	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,630
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
Total que pagaría Peg	\$4,660

Control de la Diabetes Tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina con proveedores de la red de una condición bien controlada)

- Deducible total del plan \$3,000
- Coseguro para especialista 20%
- Coseguro para el hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio de un médico de atención primaria (incluye educación sobre la enfermedad)
Estudios de diagnóstico (análisis de sangre)
Medicamentos recetados

En este ejemplo, Joe pagaría:	
Deducibles	\$1,860
Copagos	\$620
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Total que pagaría Joe	\$2,480

La Fractura Simple de Mia
(visita a una sala de emergencias de la red y atención de seguimiento)

- Deducible total del plan \$3,000
- Coseguro para especialista 20%
- Coseguro para el hospital (establecimiento) 20%
- Otro copago \$250

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en sala de emergencias (incluye insumos médicos)
Estudio de diagnóstico (radiografía)
Equipo médico duradero (muletas)

En este ejemplo, Mia pagaría:	
Deducibles	\$1,850
Copagos	\$60
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Total que pagaría Mia:	\$1,910

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

Sus Derechos para Continuar la Cobertura: Existen organismos que pueden ser de ayuda si desea continuar con su cobertura una vez que esta terminada. La información de contacto de dichos organismos es la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration): 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede tener disponibles otras opciones de cobertura, como la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Derechos a Quejas y Apelaciones: Existen organismos que pueden ser de ayuda si tiene una queja contra su plan debido a que le han rechazado una reclamación. Puede enviar una queja o una apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por la reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo enviar una apelación por una reclamación o una queja ante su plan por el motivo que sea. Para obtener asistencia o más información sobre sus derechos o este aviso, comuníquese con el administrador de reclamaciones de planes médicos (Independence Administrators) al 1-833-242-3330 o con 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 brinda cobertura mínima esencial? SI. Por lo general, la [cobertura mínima esencial](#) incluye [planes de seguro de salud](#) a través del Mercado u otras políticas de mercado individuales, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para cierto tipo de [cobertura mínima esencial](#), puede que no sea elegible para el [crédito fiscal de tarifas](#).

? Este plan satisface los niveles de valor mínimos? SI. Si su plan no satisface los niveles de valor mínimos, es posible que califique para un [crédito fiscal de tarifas](#) con el fin de que pueda pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso de Idiomas: Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-833-242-3330. Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-242-3330. Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-242-3330. Navajo (Dine): Dine'ehngo shika at'ohwol ninisingo, kwiiigo hoine' 1833242-3330.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica, consulte la siguiente sección

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
	Servicios de rehabilitación	20% coseguro.	50% coseguro.	La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla incluyen límites de visitas anuales y/o de por vida (no se aplicarán al tratamiento de afecciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por consumo de sustancias consistentes con los estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual). Se requiere una autorización previa para los Servicios de Rehabilitación para Pacientes Hospitalares para evitar una multa financiera o falta de pago.
	Servicios de rehabilitación	20% coseguro.	50% coseguro.	La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla incluyen límites de visitas anuales y/o de por vida (no se aplicarán al tratamiento de afecciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por consumo de sustancias consistentes con los estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual).
	Servicios de atención de enfermería especializada	Sin cargo durante los primeros 30 días; luego un 20% coseguro durante los siguientes 150 días por incapacidad.	Sin cargo durante los primeros 30 días; luego un 20% coseguro durante los siguientes 150 días por incapacidad.	Se requiere autorización previa para la admisión de un centro de enfermería especializada para evitar una multa financiera o falta de pago. La prestación máxima es de 180 días por cualquier período de discapacidad. Los límites de día no se aplicarán al tratamiento de afecciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por consumo de sustancias consistentes con los estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual.
	Equipo médico duradero	20% coseguro.	50% coseguro.	Se requiere autorización previa para ciertos equipos médicos duraderos para evitar una penalización económica o impago. El alquiler está cubierto hasta el precio de compra.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)		Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
	Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Servicios para pacientes hospitalizados	20% coseguro.	50% coseguro.	Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización para evitar una penalización económica o impago.	
Si esta embarazada	Visitas a consultorios	No hay cargo para visitas a consultorios. No se aplica deducible.	Servicios para empleados o cónyuges: 50% coseguro.	Servicios para empleados o cónyuges: 50% coseguro.	<ul style="list-style-type: none"> No se aplica el costo compartido para servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro. La atención de maternidad puede incluir estudios y servicios que figuran en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonidos). No esta cubierta la atención prenatal (aparte de los estudios de diagnóstico exigidos por la ACA (Ley de Atención Médica Accesible)) para hijos dependientes. 	<ul style="list-style-type: none"> No se aplica el costo compartido para servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro. La atención de maternidad puede incluir estudios y servicios que figuran en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonidos). No esta cubierta la atención prenatal (aparte de los estudios de diagnóstico exigidos por la ACA (Ley de Atención Médica Accesible)) para hijos dependientes. 	
Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras necesidades especiales	Servicios profesionales de atención durante el establecimiento de servicios de atención durante el parto	Servicios de atención durante el parto	Para el empleado y su cónyuge: 20% coseguro.	Para el empleado y su cónyuge: 20% coseguro.	Para el empleado y su cónyuge: 50% coseguro.	Para el empleado y su cónyuge: 50% coseguro.	El plan cubre servicios que exigen las habilidades y capacitación de enfermeros. Se recomienda obtener con una autorización previa para determinados servicios de atención médica en el hogar. No hay cobertura para los servicios de enfermeras auxiliares, asistencia de apoyo o limpieza.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)		Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
	Lo que Usted Pagará						
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	\$250 copago por visita más 20% coseguro.	\$250 copago por visita más 20% coseguro. Para atención que no es de emergencia: \$250 copago por visita más 50% coseguro.			Es posible que los honorarios profesionales del médico/proveedor se facturen aparte. El copago no se aplica si la visita da lugar a la admisión inmediata al hospital como paciente hospitalizado.	
	Transporte médico de emergencia	\$50 copago por viaje No se aplica deducible.	\$50 copago por viaje No se aplica deducible.			<ul style="list-style-type: none"> El transporte electivo (no urgente) terrestre, aéreo y marítimo, incluidos los traslados hospitalarios con ingreso, requiere autorización previa para evitar una penalización económica o impago. Los servicios profesionales de ambulancia por aire, mar, o tierra se pagan hasta y desde el hospital más cercano en el que se pueda proporcionar tratamiento. No se le cobrará el balance por los servicios de ambulancia aérea cubiertos. Los servicios de Emergencias Médicas (EMT) están cubiertos si cree razonablemente que existió una emergencia médica, aunque no lo transportan a un hospital de los beneficios regulares del plan para de ambulancia para emergencia médica. 	
	Atención de urgencia	20% coseguro.	20% coseguro.			Sin cargo.	
	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	20% coseguro.	20% coseguro.			Se requiere la autorización previa de una admisión hospitalaria para evitar una penalización económica o impago.	
Si es hospitalizado	Honorarios del médico/cirujano	20% coseguro.	20% coseguro.			Se requiere la autorización previa de una admisión hospitalaria para evitar una penalización económica o impago. Los servicios de un cirujano auxiliar corresponden a un 20% del cargo permitido para un cirujano principal (10% por los servicios de un enfermero titular con licencia estatal o asistente médico con licencia estatal).	

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)		50% <u>coseguro</u> hasta un cargo máximo permitido de \$5,000 por sesión operativa y \$3,500 por otros servicios/suministros para pacientes ambulatorios.	Se requiere la autorización previa de algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios para evitar una multa financiera o falta de pago. Cirujano auxiliar pagadero al 20% del cargo permitido para un cirujano primario (10% para los servicios de una enfermera registrada con licencia estatal primera asistente o asistente médico con licencia estatal).
	Honorarios del médico/ cirujano	20% <u>coseguro</u> .	20% <u>coseguro</u> .	Se requiere autorización previa de algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios para evitar una multa financiera o falta de pago. Cirujano auxiliar pagadero al 20% del cargo permitido para un cirujano primario (10% para los servicios de una enfermera registrada con licencia estatal primera asistente o asistente médico con licencia estatal).
	<u>Medicamentos especializados</u> receta para un suministro de 30 días y un copago de \$100 por receta para un suministro de 90 días.	Sin cobertura		<ul style="list-style-type: none"> No se aplica deducible fuera de la red. Los <u>medicamentos especializados</u> requieren autorización <u>previa</u> (para evitar la falta de pago) llamando a Accredado Specialty Pharmacy al 1-800-803-2523. La lista de <u>medicamentos especializados</u> de SaveOnSP <u>está disponible</u> llamando al 1-800-683-1074. Su costo compartido por estos <u>medicamentos especializados</u> "no esenciales", así como cualquier <u>tarifa</u> cantidad pagado por el fabricante del medicamento a través de su programa de asistencia de copagos, no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo.

Acontecimiento Médico Común

Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición
 Puede obtener más información sobre la **recetas en medicamentos** en www.express-scripts.com o al llamar al 18009877836.

Servicios que es Posible que Necesite

Medicamentos genéricos	Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos de marca no preferidos
<p>Farmacia minorista para un suministro de 30 días: \$10 copago por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: \$25 copago por receta No hay cargo por anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA.</p>	<p>Farmacia minorista para un suministro de 30 días: \$40 copago por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: \$100 copago por receta. No hay cargo por anticonceptivos de marca aprobados por la FDA si un anticonceptivo genérico se considera medicamente inadecuado.</p>	<p>Farmacia minorista para un suministro de 30 días: \$60 copago por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: \$150 copago por receta.</p>

Lo que Usted Pagará

<p>Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)</p>	<p>Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)</p>
<p>Farmacia minorista para un suministro de 30 días: \$10 copago por receta; pedido por correo para un suministro de 90 días: \$25 copago por receta No hay cargo por anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA.</p>	<p>\$60 copago más 20% coseguro.</p>

Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante

- No se aplica deducible.
- Con el fin de evitar el incumplimiento del pago, los medicamentos de mantenimiento necesitan un pedido por correo luego de surtir la receta por segunda vez en una farmacia minorista. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se toman para tratar condiciones crónicas como la diabetes, la artritis o la presión alta.
- Algunas recetas están sujetas a autorización previa (para evitar el incumplimiento del pago), límites de dosis y tratamientos escalonados.
- De acuerdo con las leyes federales, ciertos medicamentos recetados y de venta libre se pagan sin cargo con una receta médica.
- Si compra un medicamento de marca cuando está disponible un medicamento genérico, usted paga el costo compartido del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el medicamento genérico.
- Si surte una receta en una farmacia fuera de la red, deberá pagar el 100% del costo del medicamento al momento de la compra y luego enviar una reclamación ante Express Scripts para que se le haga un reintegro. Además, en ese caso, el plan paga el 80% de la cantidad que pagaría si usted hubiera utilizado una farmacia minorista de la red.
- Se pueden obtener suministros de medicamentos de mantenimiento para 90 días en cualquier farmacia minorista Smart90.

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite		Lo que Usted Pagará	Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
	Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)		
Si le realizan un examen	Examen de diagnóstico (ra-diografía, análisis de sangre)	20% coseguro.	50% coseguro.	Sin cargo.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	20% coseguro.	50% coseguro.	Se requiere la autorización previa de algunas pruebas de imagen (incluyendo, pero no limitado a, CT, CTA, MRA, MRI, Cardiología nuclear, tomografías PET) para evitar una penalización económica o impago.

Preguntas importantes

? Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?

Si. Para consultar una lista de los proveedores de la red, visite www.MyIBXTPAbenefits.com o llame a Independence Adminstrators (IA) al 1800810BLUE.

Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan. Pagará el costo máximo si utiliza un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de balance). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de recibir servicios.

Puede ver al especialista que desee sin una derivación.

? Necesita una derivación para consultar a un especialista?

No.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que figuran en esta tabla se aplican una vez que haya alcanzado su **deducible**, si es que se aplica un **deducible**.



Acontecimiento Médico Común

Servicios que es Posible que Necesite

Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad

Visita al consultorio: 20% coseguro. Visita en línea: \$5 copago por visita, no se aplica el deducible.

50% coseguro.

Sin cargo.

Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica

Visita a un especialista

20% de coseguro. Segunda opinión: Sin cargo hasta \$150, luego 20% de coseguro, deducible no se aplica. Visita en línea: \$5 copago por visita, no se aplica el deducible.

50% coseguro. Segunda opinión: Sin cargo hasta \$150, luego 30% de coseguro, deducible no se aplica

Sin cargo.

Atención preventiva/estudios de diagnóstico/vacunas

Sin cargo No se aplica deducible.

Pruebas/detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) ordenadas por un profesional de salud: 50% de coseguro

Todos los demás: No cubiertos.

El plan cubre los servicios preventivos y suministros descritos en: <https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/>. Se aplican guías sobre edad y frecuencia a los servicios cubiertos de atención preventiva. Es posible que debe pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios preventivos son preventivos. Luego verifique los gastos que cubre su plan.

Lo que Usted Pagará

Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)

Proveedor Fuera de la Red (usted paga el costo máximo)

Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante



El documento de Resumen y Beneficios de Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC le indica de qué modo usted y el plan comparten los costos de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado **tarifa**) **proporciona en un documento separado**. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para conseguir una copia de las cláusulas de cobertura completas, incluida la Descripción del Resumen del Plan, visite csacbenefits.org o llame al 1-800-293-1370. Para conocer las definiciones generales de los términos comunes como cantidad permitida, facturación de balance, copago, deducible, proveedor u otros términos que aparecen subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o puede llamar al 1-800-293-1370 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
<p>?Cuál es el deducible general?</p> <p>Proveedor de la red por año calendario: \$3,000/persona; \$6,000/familia Proveedor fuera de la red por año calendario: \$10,000/persona; \$20,000/familia</p>	<p>Este plan cubre algunos artículos y servicios aun si todavía no ha alcanzado la cantidad deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro.</p> <p>Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible. Puede ver una lista de servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.</p> <p>No.</p>	<p>Hay otros deducibles para servicios específicos?</p> <p>Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible?</p>
<p>?Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?</p> <p>Proveedor de la red del plan médico: \$5,600/persona; \$11,200/familia por año calendario. Proveedor fuera de la red: Sin límite de gastos de bolsillo.</p> <p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por año calendario: \$1,000/persona; \$2,000/familia</p>	<p>Para el plan Médico: tarifas, cargos de facturación de balance, atención médica que este plan no cubre, gastos de medicamentos para pacientes ambulatorios minoristas / pedidos por correo (que tienen un límite de desembolso separado), tratamiento quirúrgico y seguros fuera de la red, excepto Servicios de emergencia, ciertos servicios que no son de emergencia proporcionados por un proveedor que no es PPO en un centro PPO y / o servicio de ambulancia aérea (según lo cubierto por la Ley federal de No Sorpresas). El límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados no incluye tarifas, cargos por facturación de balance, costos médicos y atención médica que no cubre este plan.</p>	<p>?Hay otros deducibles para servicios específicos?</p> <p>?Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?</p>
<p>?Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?</p> <p>Si bien usted paga estos gastos, no se los tiene en cuenta para el límite de gastos de bolsillo.</p>	<p>Si tiene otros familiares inscritos en el plan cada uno de ellos debe alcanzar la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares inscritos en el plan cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagada por todos los familiares alcancen el deducible familiar total.</p> <p>Este plan cubre algunos artículos y servicios aun si todavía no ha alcanzado la cantidad deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro.</p> <p>Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible. Puede ver una lista de servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.</p> <p>No es necesario que alcance deducibles para servicios específicos.</p>	<p>?Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible?</p> <p>?Hay otros deducibles para servicios específicos?</p> <p>?Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?</p> <p>?Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?</p>