



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](http://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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) or call 1-800-293-1370 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
<b>What is the overall <u>deductible</u>?</b>	<p><u>Network Providers</u> per calendar year: \$0.  <u>Out-of-Network Providers</u> per calendar year: \$500/individual; \$1,500/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>
<b>Are there services covered before you meet your <u>deductible</u>?</b>	<p>Yes. All services and supplies obtained from <u>Network Providers</u>, as well as ambulance services, emergency services received in an emergency room, and outpatient <u>prescription drugs</u> obtained from <u>Out-of-Network Providers</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.</p>
<b>Are there other <u>deductibles</u> for specific services?</b>	<p>No.</p>	<p>You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.</p>
<b>What is the <u>out-of-pocket limit</u> for this <u>plan</u>?</b>	<p>Medical Plan <u>Network Providers</u> per calendar year: \$2,500/individual; \$5,000/family.  <u>Out-of-Network Provider</u>: No <u>out-of-pocket limit</u>.                      Outpatient <u>prescription drugs</u> from <u>Network Providers</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>
<b>What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u>?</b>	<p>For the Medical <u>Plan</u>: <u>Premiums</u>, <u>balance billing</u> charges, health care this <u>plan</u> doesn't cover, vision <u>plan</u> expenses, outpatient retail/mail order drug expenses (which have a separate <u>out-of-pocket limit</u>), chiropractic treatment and <u>out-of-network deductibles</u>, <u>copayments</u> and <u>coinsurance</u> except Emergency Services, certain non-emergency service provided by a Non-PPO provider 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 <b>network provider</b> ?	Yes. See <a href="http://www.MyIBXTPAbenefits.com">www.MyIBXTPAbenefits.com</a> or call Independence Administrators (IA) at 1-800-810-BLUE for a list of <b>Network Providers</b> .	This <b>plan</b> uses a <b>provider network</b> . You will pay less if you use a <b>provider</b> in the <b>plan's network</b> . You will pay the most if you use an <b>out-of-network provider</b> , and you might receive a bill from a <b>provider</b> for the difference between the <b>provider's charge</b> and what your <b>plan</b> pays ( <b>balance billing</b> ). Be aware, your <b>network provider</b> might use an <b>out-of-network provider</b> for some services (such as lab work). Check with your <b>provider</b> before you get services.
Do you need a <b>referral</b> to see a <b>specialist</b> ?	No.	You can see the <b>specialist</b> you choose without a <b>referral</b> .



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
		<b>Network Provider</b> (You will pay the least)	<b>Out-of-Network Provider</b> (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	Office visit: \$15 <b>copay</b> /visit. Online visit: \$5 <b>copay</b> /visit.	50% <b>coinsurance</b> .	None.
	<b>Specialist</b> visit	Office visit: \$30 <b>copay</b> /visit. Online visit: \$5 <b>copay</b> /visit.	50% <b>coinsurance</b> .	None.
	<b>Preventive care/screening/immunization</b>	No charge.	50% <b>coinsurance</b> .	<b>Plan</b> covers required <b>preventive services</b> and supplies described at: <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Age and frequency guidelines apply to covered <b>preventive care</b> . You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your <b>provider</b> if the services needed are <b>preventive</b> . Then check what your <b>plan</b> will pay for.
If you have a test	<b>Diagnostic test</b> (x-ray, blood work)	\$30 <b>copay</b> /test.	50% <b>coinsurance</b> .	None.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$30 <b>copay</b> /test.	50% <b>coinsurance</b> .	<b>Preauthorization</b> 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)	
<b>If you need drugs to treat your illness or condition</b> More information about <b><u>prescription drug coverage</u></b> is available at <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a> or 1-800-987-7836.	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 ACA preventive drugs (e.g. generic contraceptives).		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Out-of-Network deductible</u> does not apply.</li> <li>• 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.</li> <li>• Some prescriptions are subject to <u>preauthorization</u> (to avoid non-payment) and quantity limits.</li> <li>• Certain over-the-counter (OTC) and <u>prescription drugs</u> are payable at no charge, with a prescription, in compliance with federal law.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 90-day supplies of maintenance drugs can be obtained from any Smart90 retail pharmacy.</li> </ul>
	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 brand name ACA preventive drugs if a generic is medically inappropriate.	\$60 <u>copayment</u> plus 20% <u>coinsurance</u> .	
	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.	
<b>If you have outpatient surgery</b>	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$250 <u>copay</u> /surgery.	50% <u>coinsurance</u> up to a maximum allowable charge of \$5,000 per operative session and \$3,500 for other	<u>Preauthorization</u> of some outpatient surgical procedures 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	\$30 <u>copay</u> /surgery. <u>Deductible</u> does not apply.	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.	For emergency services: \$250 <u>copayment</u> /visit. <u>Deductible</u> does not apply. For non-emergency services: \$250 <u>copayment</u> /visit plus 50% <u>coinsurance</u> .	Physician/ <u>provider</u> 's 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>	\$100 <u>copayment</u> per trip.	\$100 <u>copayment</u> per trip. <u>Deductible</u> does not apply.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Professional air, sea or ground ambulance services payable to and from the nearest hospital where treatment can be given.</li> <li>• You will not be <u>Balance Billed</u> for covered air ambulance services.</li> <li>• Services from an Emergency Medical Technician (EMT) are covered at the Plan's regular benefits level for ambulance services for a medical emergency, <u>even if you are not transported to a hospital, provided you reasonably believe that a medical emergency existed.</u></li> </ul>
	<u>Urgent care</u>	\$50 <u>copay</u> /visit.	50% <u>coinsurance</u> .	None.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$500 <u>copay</u> /admission.	50% <u>coinsurance</u> .	<u>Preauthorization</u> of a hospital admission is required to avoid a financial penalty or non-payment.
	Physician/surgeon fees	\$30 <u>copay</u> /admission. <u>Deductible</u> does not apply.	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: \$15 <u>copay</u> /visit. Online visit: No charge.	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	\$500 <u>copay</u> /admission.	50% <u>coinsurance</u> .	<u>Preauthorization</u> is required for inpatient services 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)	
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"> <li><u>Cost sharing</u> does not apply for <u>preventive services</u>.</li> <li>Depending on the type of services, <u>coinsurance</u> may apply to <u>Out-of-Network</u> services.</li> <li>Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).</li> <li>Prenatal care (other than ACA-required preventive <u>screenings</u>) is not covered for dependent children.</li> </ul>
	Childbirth delivery professional services	For employee and spouse: \$30 <u>copay</u> /delivery. <u>Deductible</u> does not apply.	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: \$500 <u>copay</u> /delivery. <u>Deductible</u> does not apply.	For employee and spouse: 50% <u>coinsurance</u> .	
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	\$30 <u>copay</u> /visit. <u>Deductible</u> does not apply.	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 of 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>	Inpatient <u>Rehabilitation Services</u> : \$500 <u>copay</u> /admission. <u>Deductible</u> does not apply. Outpatient <u>Rehabilitation Services</u> : \$15 <u>copay</u> /visit. <u>Deductible</u> does not apply.	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.
	<u>Habilitation services</u>	\$15 <u>copay</u> /visit. <u>Deductible</u> does not apply.	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>	\$500 <u>copay</u> /admission. <u>Deductible</u> does not apply.	\$500 <u>copay</u> /admission. <u>Deductible</u> does not apply.	Payable only if hospitalized for at least 5 consecutive days immediately before admission to a skilled nursing facility. <u>Preauthorization</u> is required for a skilled nursing facility admission 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)	
	<u>Durable medical equipment</u>	\$30 <u>copay</u> /item. <u>Deductible</u> does not apply.	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>	\$100 <u>copay</u> /admission. <u>Deductible</u> does not apply.	10% <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.
<b>If your child needs dental or eye care</b>	Children's eye exam	Please refer to your VSP Member Benefit Summary for specific plan information.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vision coverage is available under a separate vision plan through VSP.</li> <li>• An eye exam is covered every 12 months.</li> <li>• Frames are payable every 12 months.</li> <li>• See <a href="https://csacbenefits.org">csacbenefits.org</a> for more information.</li> </ul>
	Children's glasses	Please refer to your VSP Member Benefit Summary for specific plan information.		
	Children's dental check-up	Please refer to your comparison of dental benefits for specific plan information.		

## 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 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)
- Routine Dental care (adult & child) available through United Healthcare
- Routine Eye care (adult & child) available through VSP

**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](http://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](http://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](http://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>	\$0
■ <u>Specialist copayment</u>	\$30
■ <u>Hospital (facility) copayment</u>	\$500
■ <u>Other copayment</u>	\$250

#### 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*)

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$12,700</b>
---------------------------	-----------------

#### In this example, Peg would pay:

<u>Cost sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$0
<u>Copayments</u>	\$700
<u>Coinsurance</u>	\$0
<u>What isn't covered</u>	
Limits or exclusions	\$20
<b>The total Peg would pay is</b>	<b>\$720</b>

### 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>	\$0
■ <u>Specialist copayment</u>	\$30
■ <u>Hospital (facility) copayment</u>	\$500
■ <u>Other copayment</u>	\$250

#### 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*)

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$5,600</b>
---------------------------	----------------

#### In this example, Joe would pay:

<u>Cost sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$0
<u>Copayments</u>	\$1,260
<u>Coinsurance</u>	\$0
<u>What isn't covered</u>	
Limits or exclusions	\$0
<b>The total Joe would pay is</b>	<b>\$1,260</b>

### Mia's Simple Fracture

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

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$0
■ <u>Specialist copayment</u>	\$30
■ <u>Hospital (facility) copayment</u>	\$500
■ <u>Other 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*)

<b>Total Example Cost</b>	<b>\$2,800</b>
---------------------------	----------------

#### In this example, Mia would pay:

<u>Cost sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$0
<u>Copayments</u>	*\$720
<u>Coinsurance</u>	\$0
<u>What isn't covered</u>	
Limits or exclusions	\$0
<b>The total Mia would pay is</b>	<b>\$720</b>

\* Copays in the fracture example include a \$250 emergency room copay and various copays for other services. The \$500 hospital copay has not been applied.

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



**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.

**La fractura simple de Mia**  
(visita una sala de emergencias de la red y atención de seguimiento)

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(a un año de atención de rutina con proveedores de la red de una condición bien controlada)

**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 \$0
- Copago para especialista \$30
- Copago para el hospital \$500
- Otro copago \$250

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**  
Atención en la sala de emergencias (incluye *suministros médicos*)  
Estudio de diagnóstico (radiografía)  
Equipo médico duradero (muletas)  
Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

- Deducible total del plan \$0
- Copago para especialista \$30
- Copago para el hospital \$500
- Otro copago \$250

**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  
Equipo médico duradero (glucómetro)

- Deducible total del plan \$0
- Copago para especialista \$30
- Copago para el hospital \$500
- Otro copago \$250

**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)  
Visita a un especialista (anestesia)

**Costo total del ejemplo \$12,700**

**En este ejemplo, Peg pagaría**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>Total que Peg pagaría</b>	<b>\$720</b>

**Costo total del ejemplo \$5,600**

**En este ejemplo, Joe pagaría**

<i>Costo compartido</i>	
Deducible	\$0
Copagos	\$1,260
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Total que pagaría Joe</b>	<b>\$1,260</b>

**Costo total del ejemplo \$2,800**

**En este ejemplo, Mia pagaría**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	*\$720
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Total que pagaría Mia</b>	<b>\$720</b>

\* Los copagos en el ejemplo de la factura incluyen un copago de sala de emergencias de \$250 y varios copagos por otros servicios. No se ha aplicado el copago hospitalero de \$500. El plan sería responsable de cubrir los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Servicios que su Plan generalmente NO cubre (verifique su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- Tratamiento de infertilidad
- Enfermería privada
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Atención de largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera
- Programas de pérdida de peso (excepto según lo exija la ley de reforma sanitaria)

Otros Servicios Cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios; Esta no es una lista completa; consulte el documento de su plan).

- Audífonos (se cubren prueba de audición y audífonos hasta un máximo de \$1,000 por oído cada 24 meses)
- Atención quirirpráctica (hasta 24 visitas por año calendario)
- Atención oftalmológica de rutina (adultos y niños) disponible a través de United Healthcare
- Atención ocular de rutina (adultos y niños) disponible a través de VSP

**Sus Derechos para Continuar la Cobertura:** Existen agencias que pueden asistirle si desea continuar con su cobertura una vez que esta terminada. La información de contacto de dichas agencias 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](http://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](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos a Quejas y Apelaciones:** Existen agencias que pueden asistirle si tiene una queja contra su plan debido a que le han rechazado una reclamación. Puede presentar 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 plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar 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](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**?Este plan brinda cobertura mínima esencial?** Si. Generalmente, la **cobertura mínima esencial** incluye planes de seguro de salud disponibles a través del Mercado u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos pagos de **cobertura esencial** del Mercado puede que no sea elegible para un **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): Dinekehng shika at'ohwoi ninisingo, kwijigo hoine' 1-833-242-3330.

Para ver ejemplos sobre el modo en que este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Lo que Usted Pagará		Médico Común		Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite
Proveedor fuera de la Red (usted paga el costo máximo)		Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)			
Cobertura de visión es disponible bajo un plan de visión separado a través de VSP. Se cubre un examen de la vista cada 12 meses. Los marcos se pagan una vez cada 12 meses. Visite <a href="http://csacbenefits.org">csacbenefits.org</a> para más información.		Examen de la vista para menores de edad Por favor consulte su Resumen de Beneficios de Miembro de VSP para información específica del plan.		<b>Si su hijo necesita atención dental o de vista</b>	Examen de la vista para menores de edad
Cobertura dental está disponible bajo el plan dental separado a través de United HealthCare. Visite <a href="http://csacbenefits.org">csacbenefits.org</a> para más información.		Anteojos para menores de edad Por favor consulte su Resumen de Beneficios de Miembro de VSP para información específica del plan.			Examen dental de rutina para menores de edad
Su cobertura dental está disponible bajo el plan dental separado a través de United HealthCare. Visite <a href="http://csacbenefits.org">csacbenefits.org</a> para más información.		Consultar su comparación de beneficios dentales para obtener información específica del plan.			Examen dental de rutina para menores de edad

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)	necesidades médicas especiales
<p>La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla incluyen límites de visitas anuales y/o de por vida (no se aplicarán límites de visitas anuales y/o de por vida para pacientes con trastornos de afeciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por consumo de sustancias consistentes con los estándares 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.</p>	<p>Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados: \$500 de copago por admisión. No aplica un deducible. Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: \$15 copago por visita. No se aplica deducible.</p>	<p>50% coseguro.</p>	<p>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 afeciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por consumo de sustancias consistentes con los estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual).</p>	<p>Servicios de rehabilitación</p>
<p>Se paga solo si se lo hospitaliza durante al menos 5 días consecutivos inmediatamente antes de su ingreso a un centro de enfermería especializada. Se recomienda obtener una autorización previa para la admisión en un centro de enfermería especializada.</p>	<p>\$500 copago por admisión. No se aplica deducible.</p>	<p>50% coseguro.</p>	<p>Atención de enfermería especializada</p>	<p>Atención de enfermería especializada</p>
<p>Se requiere preautorización para ciertos equipos médicos duraderos para evitar una penalización económica o impago. El alquiler está cubierto hasta el precio de compra.</p>	<p>\$30 copago por ítem. No se aplica deducible.</p>	<p>50% coseguro.</p>	<p>Equipo médico duradero</p>	<p>Equipo médico duradero</p>
<p>El beneficio máximo es de 180 días/por vida (los límites de días no se aplicarán al tratamiento de afeciones de salud mental diagnosticadas o trastornos por consumo de sustancias consistentes con los estándares independientes generalmente reconocidos de la práctica médica actual). Se requiere autorización previa del hospicio para pacientes hospitalizados para evitar multas financieras o impago.</p>	<p>\$100 copago por admisión. No se aplica deducible.</p>	<p>10% coseguro.</p>	<p>Servicios de hospicio</p>	<p>Servicios de hospicio</p>

Lo que Usted Pagará

Limitaciones, excepciones, y otra información importante

Acontecimiento Médico Común		Servicios que es Posible que Necesite		Lo que Usted Pagará		Limitaciones, excepciones, y otra información importante
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas a consultorios y otros servicios para pacientes ambulatorios: \$15 copago por visita. Visita en línea: Sin cargo.	50% coseguro.	La autorización previa es necesaria para algunos servicios ambulatorios (por ejemplo, programas intensivos ambulatorios, hospitalización parcial, etc.) para evitar una penalización económica o impago.	Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización para evitar una penalización económica o impago.	
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$500 copago/admisión.	50% coseguro.			
Si esta embarazada	Visitas a consultorios	No hay cargo para visitas a consultorios. No se aplica deducible.	Para el empleado o cónyuge: 50% coseguro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se aplica el costo compartido para servicios preventivos.</li> <li>Según el tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro a servicios fuera de la red.</li> <li>La atención de maternidad puede incluir estudios y servicios que figuran en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonidos).</li> <li>No está cubierta la atención prenatal (aparte de los estudios de diagnóstico exigidos por la ACA (Ley de Atención Médica Accesible)) para hijos dependientes.</li> </ul>	Sin cobertura para gastos del parto de un hijo dependiente; debe pagar el 100%, incluso con proveedores de la red (ciertos Servicios de Emergencia pueden estar cubiertos por la Ley No Surprise).	
	Servicios profesionales de atención durante el parto	Para el empleado y su cónyuge: \$30 copago deducible.	Para el empleado y su cónyuge: 50% coseguro.			
Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras	Atención médica en el hogar	\$30 copago por visita. No se aplica deducible.	50% coseguro.	El plan cubre servicios que exigen las habilidades y entrenamiento de enfermeros. Se recomienda obtener una autorización previa para la 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)	
		Lo que Usted Pagará			
		Atención en sala de emergencias	\$250 copago por visita.	Por atención médica de emergencia: \$250 copago por visita. No se aplica deducibles. 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	\$100 copago por viaje.	No se aplica deducible.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>No se le cobrará el balance por los servicios de ambulancia aérea cubiertos.</li> <li>Los servicios de un técnico 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.</li> </ul>
		Atención de urgencia	\$50 copago por visita.	50% coseguro.	Sin cargo.
		Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	\$500 copago por admisión.	50% coseguro.	Se requiere la autorización previa de una admisión hospitalaria para evitar una penalización económica o impago.
		Honorarios del médico/cirujano	\$30 copago por admisión. No se aplica deducible.	50% coseguro.	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 o primario (10% para los servicios de una enfermera con licencia estatal primera asistente o asistente médico con licencia estatal).
		Si necesita atención médica inmediata			
		Si es hospitalizado			

Limitaciones, excepciones, y otra información importante

Acontecimiento Médico Común		Servicios que es Posible que Necesite		Lo que Usted Pagará	
<p>Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en <a href="http://www.expressscrip.com">www.expressscrip.com</a> o al llamar al 1-800-987-7836.</p>	<p>Medicamentos de marca no preferidos</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 medicamentos preventivos de marca de la ACA si un genérico se considera médicamente inadecuado.</p>	<p>Farmacia minorista para un suministro de 30 días y un copago de \$100 por receta para un suministro de 90 días.</p>	Sin cobertura	<p>50% coseguro hasta un cargo máximo permitido de \$5,000 por sesión operatoria y \$3,500 por otros servicios/suministros para pacientes ambulatorios.</p>
	<p>Medicamentos de marca no preferidos</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>	<p>usted paga un copago de \$50 por receta para un suministro de 30 días y un copago de \$100 por receta para un suministro de 90 días.</p>		
<p>Limitaciones, excepciones, y otra información importante</p>	<p>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 presentar 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.</p>	<p>No se aplica un deducible por proveedor fuera de la red. Para medicamentos de especialidad se necesita una autorización previa (para evitar el incumplimiento del pago) que se obtiene llamando a la farmacia de medicamentos de especialidad Accredado al 1-800-803-2523.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La lista de medicamentos especializados de SaveOnSP esta disponible llamando al 1-800-683-1047. Su costo compartido por cualquier tarifa 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.</li> </ul>	<p>Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) Honorarios del médico/cirujano</p>	<p>\$30 copago por cirugía. No se aplica deducible.</p>	<p>Se requiere la autorización previa de algunos procedimientos quirúrgicos ambulatorios para evitar una penalización económica o impago.</p>

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
<p>Si le realizan un examen</p>	<p>Visita a un especialista            Visita al consultorio: \$30            copago/visita. Visita en línea: \$5 copago/visita.</p>	<p>Atención preventiva/            estudios de diagnóstico/            vacunas</p>	<p>Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)</p>	<p>Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)</p>
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</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 medicamentos</p>	<p>Medicamentos genéricos</p>	<p>Medicamentos genéricos</p>	<p>Si compra un medicamento de marca cuando está disponible un medicamento genérico, usted paga el costo compartido del medicamento.</p>
<p>Lo que Usted Pagará</p>	<p>Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)</p>	<p>Proveedor fuera de la Red (usted paga el costo máximo)</p>	<p>Proveedor fuera de la Red (usted paga el costo máximo)</p>	<p>Limitaciones, excepciones, y otra información importante</p>

Acontecimiento Médico Común	Servicios que es Posible que Necesite	Proveedor de la Red (usted paga el costo mínimo)	50% coseguro.	Sin cargo.	Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica
		Proveedor fuera de la Red (usted paga el costo máximo)			

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](#).



<p><b>Preguntas Importantes</b></p> <p><b>?Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?</b></p> <p>Para el plan Médico: tarifas, cargos de facturación de balance, atención médica que este plan no cubre, gastos del plan de visión, gastos de medicamentos para pacientes ambulatorios minoristas / pedidos por correo (que tienen un límite de desembolso separado), tratamiento quirúrgico y deductibles, copagos y coseguros 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><b>Respuestas</b></p> <p>Por qué es importante:</p> <p>Si bien usted paga estos gastos, no se los tiene en cuenta para el límite de gastos de bolsillo.</p>
<p><b>?Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?</b></p> <p>Si. Para consultar una lista de los proveedores de la red, visite <a href="http://www.MyIBXTPAbenefits.com">www.MyIBXTPAbenefits.com</a> o llame a Independence Administrators (IA) al 1-800-810-BLUE.</p>	<p>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.</p>
<p><b>?Necesita una derivación para consultar a un especialista?</b></p>	<p>No.</p> <p>Puede ver al especialista que desee sin necesidad de una derivación.</p>

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**) se 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](http://csacbenefits.org) o llame al 1-800-293-1370. Para conocer las definiciones generales de los términos comunes como cantidad permitida, facturación de salud, copago, deducible, proveedor u otros términos que aparecen subrayados, consulte el Glosario. Ver el glosario en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://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><b>¿Cuál es el deducible general?</b></p>	<p>Proveedores de la red por año calendario: \$ 0. Proveedores fuera de la red por año calendario: \$500/persona; \$1,500/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><b>¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible?</b></p>	<p>Si. Todos los servicios y suministros obtenidos de los Proveedores de la Red, así como también servicios de ambulancia, servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencias y medicamentos recetados para pacientes ambulatorios obtenidos de Proveedores Fuera de la Red están cubiertos antes de cumplir con su deducible.</p>	<p>No es necesario que alcance deducibles para servicios específicos.</p>
<p><b>¿Hay otros deducibles para servicios específicos?</b></p>	<p>Proveedores de la red del plan médico por año calendario: \$2,500/persona; \$5,000/familia Proveedor fuera de la red: Sin límite de gastos de bolsillo. Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de Proveedores de la Red por año calendario: \$1,000/persona; \$2,000/familia</p>	<p><b>¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?</b></p>

El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de su familia en este plan, deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo total familiar.