




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite <https://iwtrustfund.com> o llame al 1-937-454-1744. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 937-454-1744 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Proveedores dentro de la red: individual \$1,000 /familiar \$2,000 ; proveedores fuera de la red: individual \$2,000 /familiar \$4,000 .	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> pagada por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> dentro de la red, las consultas con médicos de atención primaria dentro de la red, las consultas con <u>especialistas</u> dentro de la red, las visitas prenatales en el consultorio dentro de la red, los servicios de salud mental, de salud conductual o de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios dentro de la red, los exámenes preventivos de la vista dentro de la red para niños y adultos y los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios dentro de la red están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$200 por persona para <u>medicamentos con receta médica</u> pedidos por correo o al por menor tanto <u>dentro</u> como <u>fuera</u> de la red. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de <u>deducible</u> , antes de que este <u>plan</u> comience a pagar estos servicios.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Atención médica de <u>proveedores dentro de la red</u> : individual \$5,250 /familiar \$10,500 ; <u>fuera de la red</u> : individual \$10,500 /familiar \$21,000 . <u>Medicamentos con receta médica dentro de la red</u> : individual \$2,900 /familiar \$5,800 ; <u>fuera de la red</u> : sin límite .	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , las sanciones por incumplimiento, los servicios de trasplante <u>fuera de la red</u> , los cargos de <u>facturación de saldo</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> de Aetna Choice® POS II (Open Access), visite www.aetna.com o llame al 937-454-1744.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red del plan</u> . Pagará el máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .

 Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$30 de <u>copago</u> /visita. No se aplica <u>deducible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$30 de <u>copago</u> /visita. No se aplica <u>deducible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación</u> /vacunas	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	\$200 de <u>deducible</u> /persona (no se aplica para pedidos por correo); \$10 de <u>copago</u> /medicamento con receta médica (al por menor); \$20 de <u>copago</u> /medicamento con receta médica (pedidos por correo). No se aplica el <u>deducible</u> médico.	\$200 de <u>deducible</u> /persona; 50 % de <u>coseguro</u> , \$50 como mínimo para farmacias al por menor. No se aplica el <u>deducible</u> médico.	Los beneficios de <u>medicamentos con receta médica</u> son administrados por CVS Caremark. Para conocer las exclusiones y las limitaciones del <u>plan</u> en detalle, consulte la descripción resumida del <u>plan</u> para Iron Workers District Council of Southern Ohio & Vicinity Benefit Trust que se encuentra en https://iwtrustfund.com . Limitado a un suministro de 30 días de medicamentos que no son de mantenimiento (al por menor). Los medicamentos de mantenimiento están limitados a dos suministros de 30 días (al por menor). Luego, tendrá que pasar a un suministro de 90 días (al por menor o pedidos por correo). Los medicamentos preventivos genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), tales como los anticonceptivos de marca si un genérico es médicamente inapropiado, son sin cargo.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca del <u>formulario</u>	\$200 de <u>deducible</u> /persona (no se aplica para pedidos por correo); \$30 de <u>copago</u> /medicamento con receta médica (al por menor); \$70 de <u>copago</u> /medicamento con receta médica (pedidos por correo). No se aplica el <u>deducible</u> médico.	\$200 de <u>deducible</u> /persona; 50 % de <u>coseguro</u> , \$50 como mínimo para farmacias al por menor. El servicio de pedidos por correo no está cubierto. No se aplica el <u>deducible</u> médico.	Los medicamentos de <u>especialidad</u> se obtienen a través del programa de <u>copagos</u> de PrudentRx. Los medicamentos de <u>especialidad</u> cubiertos que figuran en la lista de <u>medicamentos de especialidad</u> exclusivos del <u>plan</u> y se obtienen en una farmacia CVS Specialty® son sin cargo. Si el <u>medicamento de especialidad</u> que usted toma no está incluido en dicha lista, seguirá pagando el <u>copago</u> de <u>medicamentos de especialidad</u> por cada receta. Si no se inscribe en el programa PrudentRx, pagará un 30 % de <u>coseguro</u> por los <u>medicamentos de especialidad</u> . <u>Límite de gastos de bolsillo para medicamentos con receta médica de un proveedor dentro de la red: individual \$2,900/familiar \$5,800; fuera de la red: sin límite.</u>
	<u>Medicamentos de especialidad</u> o fuera del <u>formulario</u> de marca	\$200 de <u>deducible</u> /persona (no se aplica para pedidos por correo); 50 % de <u>coseguro</u> con un mínimo de \$50 y máximo de \$100 (al por menor); \$125 de <u>copago</u> /medicamento con receta médica (pedidos por correo). No se aplica el <u>deducible</u> médico.	\$200 de <u>deducible</u> /persona; 50 % de <u>coseguro</u> , \$50 como mínimo para farmacias al por menor. El servicio de pedidos por correo no está cubierto. No se aplica el <u>deducible</u> médico.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>			
	<u>Atención de urgencia</u>			
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano			
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30 de <u>copago</u> /visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> . 30 % de <u>coseguro</u> /otros servicios para pacientes ambulatorios.	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo. No se aplica <u>deducible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	El <u>costo compartido</u> no se aplica a ciertos <u>servicios preventivos</u> . Es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> según el tipo de servicio. La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	120 visitas por año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Pacientes ambulatorios: \$30 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> . Pacientes hospitalizados: 30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	La terapia del habla solo está cubierta para la corrección de un impedimento del habla. Los <u>servicios de rehabilitación</u> para pacientes hospitalizados se limitan a 60 días por persona, por año calendario, combinados para servicios <u>dentro y fuera de la red</u> (el límite incluye la terapia de día).
	<u>Servicios de habilitación</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	No se aplican límites de visitas a los servicios de habilitación.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Hasta 180 días por período de beneficios.
	<u>Equipo médico duradero</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Se cubre hasta la cantidad máxima permitida para el artículo estándar que constituya un servicio cubierto. Los costos de alquiler no deben superar el precio de compra.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si usted, su cónyuge o sus hijos necesitan atención dental o para la vista	Examen de la vista	\$30 de <u>copago</u> /visita. No se aplica <u>deducible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Se cubre con el <u>plan</u> médico.
	Anteojos	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Usted debe pagar el 100 % del servicio, incluso si lo recibe de un <u>proveedor dentro de la red</u> .
	Control dental	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Usted debe pagar el 100 % del servicio, incluso si lo recibe de un <u>proveedor dentro de la red</u> .

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura.
- Cirugía cosmética (excepto cirugía de reconstrucción para corregir un impedimento físico funcional causado por una enfermedad, traumatismo, anomalía congénita o proceso terapéutico anterior; o bien, tras una mastectomía).
- Atención dental (adultos y niños).
- Audífonos.
- Tratamiento para la infertilidad.
- Atención a largo plazo.
- Atención de rutina para la vista (adultos y niños) (excepto exámenes de la vista).
- Atención de rutina para los pies (a menos que sea médicamente necesaria).
- Programas para la pérdida de peso (excepto según lo requerido por la ley de reforma del sistema de atención médica).

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Cirugía bariátrica (cobertura de hasta \$10,000 por persona de por vida si es médicamente necesaria).
- Cuidado quiropráctico (hasta 12 manipulaciones de la columna vertebral por año calendario).
- Enfermería particular (solo está cubierta en el hogar).
- Atención de emergencia y que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU. o Canadá.

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, 1-866-444-EBSA (3272, www.dol.gov/ebsa/healthreform). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Penny Brown, Administradora del Fondo, 1470 Worldwide Place, Vandalia, OH 45377-1156; 1-937-454-1744, health@iwtrustfund.com. También puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, 200 Constitution Ave., NW Washington, DC 20210; número gratuito: 866-487-2365, http://www.dol.gov/ebsa/consumer_info_health.html.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 937-454-1744.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- El deducible general del plan \$1,000
- Copago de especialista \$30
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30 %
- Otro coseguro 30 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)

Consulta con un especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u> *	\$1,010
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$3,040
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es	\$4,070

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina de un proveedor dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$1,000
- Copago de especialista \$30
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30 %
- Otro coseguro 30 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)

Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)

Medicamentos con receta médica

Equipo médico duradero (*glucómetro*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$340
<u>Copagos</u>	\$820
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,160

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$1,000
- Copago de especialista \$30
- Coseguro del hospital (establecimiento) 30 %
- Otro coseguro 30 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)

Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mía pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u> *	\$1,010
<u>Copagos</u>	\$240
<u>Coseguro</u>	\$310
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$1,560

* **NOTA:** Este plan incluye otros deducibles para servicios específicos que se muestran en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila “¿Hay otros deducibles para servicios específicos?” que figura más arriba.

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