



# T&D Moravits & Company

Resumen de prestaciones y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto paga usted por los servicios cubiertos  
Plan de prestaciones sanitarias: Plan médico

Período de cobertura: 01/07/2026-30/06/2027 T&D Moravitz & Company, LLC  
Cobertura para: EE/EE+SP/EE+CH(n)/FAM | Tipo de plan: EPO



El documento «Resumen de beneficios y cobertura» (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado «prima») se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura, o para recibir una copia de los términos completos de la cobertura, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente de CAS en el 855-373-8232. Para consultar las definiciones generales de términos comunes, como «importe permitido», «facturación del saldo», «coseguro», «copago», «deducible», «proveedor» u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en [www.casbenefits.com](http://www.casbenefits.com) o llamar al 855-373-8232 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es el <u>deducible</u> total?	<p><u>Proveedor de nivel 1 de DPC o proveedor derivado de DPC:</u> \$ 0 por persona / \$ 0 por familia</p> <p><u>Proveedor de la red de nivel 2 - First Health:</u> \$ 5.000 por persona / \$ 10.000 por familia</p> <p><u>Proveedor fuera de la red de nivel 3:</u> No cubierto</p>	Por lo general, debe pagar todos los costos de <u>los proveedores</u> hasta alcanzar el monto <u>del deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay <u>servicios cubiertos</u> antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Si. <u>La atención preventiva</u> y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el importe <u>del deducible</u> . Sin embargo, puede aplicarse un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>copago</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para <u>servicios específicos</u> ?	No	No hay ningún importe <u>de deducible</u> adicional que deba alcanzar antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por <u>servicios específicos</u> .
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	<p><u>Proveedor de nivel 1 del DPC o proveedor derivado por el DPC:</u> \$ 0 por persona / \$ 0 por familia</p> <p><u>Proveedor de la red de nivel 2 - First Health:</u> \$ 5.000 por persona / \$ 10.000 por familia</p> <p><u>Nivel 3: Proveedor fuera de la red:</u> No cubierto</p>	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es la cantidad máxima que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si hay otros miembros de su familia en este <u>plan</u> , estos deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> total de la familia.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Las primas</u> , los cargos por <u>facturación del 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 utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Si. Visite <a href="http://www.casbenefits.com">www.casbenefits.com</a> o llame al 855-373-8232 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> cuenta con una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> de la <u>red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan (facturación del saldo)</u> . Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría recurrir a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su



Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
		<u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No, no necesita una remisión para ver a un especialista.	Puede acudir al <u>especialista</u> que elija sin necesidad de permiso de este plan.



Todos los costos **de copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de que se haya alcanzado su **deducible**, si es que se aplica **uno**.

Evento medico comun	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		DPC o proveedor derivado por DPC (Pagará lo menor)	Nivel 1 (Pagará lo menor)	Nivel 2 Proveedor First Health (Pagará más)	
Si acude al consultorio o a la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Cobertura del 100 %, sin <u>deducible</u>	Copago de \$50 por visita, luego, cobertura del 100 %, sin <u>deducible</u>	No cubierto	
	Visita al <u>especialista</u>	Cobertura del 100 %, sin <u>deducible</u>	Copago de \$75 por visita, luego cobertura del 100 %, sin <u>deducible</u>	No cubierto	
	<u>Atención preventiva/pruebas de detección/vacunación</u>	Cobertura del 100 %, sin <u>franquicia</u>		No cubierto	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. A continuación, compruebe qué cubre su <u>plan</u> .
Si se realiza una prueba	<u>Prueba diagnóstica</u>	Cubierto al 100 %, sin <u>deducible</u>	100 % después del <u>deducible</u>	No cubierto	
	Pruebas de imagen (radiografías, tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	Cobertura del 100 %, sin <u>deducible</u>	100 % tras el <u>deducible</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u>
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Nivel 1: marcas preferidas y genéricos	<u>Copago</u> de \$ 0 por receta	<u>Copago</u> de \$ 15 por receta, sin <u>deducible</u>	No cubierto	Medicamentos preventivos: sin cargo  Suministro para 30 días (precio de venta al público)

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



Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1 DPC o proveedor derivado por DPC (Pagará lo menor)	Nivel 2 Proveedor First Health (Pagará más)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo mayor)	
Encontrará más información sobre la <b>cobertura de medicamentos con receta</b> en <a href="http://www.usrxcare.com">www.usrxcare.com</a>	Nivel 2: Marcas y genéricos de menor coste	<u>Copago de \$ 0 por receta</u>	<u>Copago de \$ 50 por receta, sin deducible</u>	No cubierto	receta); suministro de 90 días (receta por correo)  Se aplican las disposiciones de DAW
	Nivel 3: marcas no preferidas y genéricos	<u>Copago de \$ 0 por receta</u>	<u>Copago de \$ 250 por receta, sin deducible</u>	No cubierto	
	Nivel 4: Medicamentos especializados	<u>Copago de \$ 0 por receta</u>	<u>Copago de \$ 250 por receta, sin deducible</u>	No cubierto	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Cobertura del 100 %, <u>sin deducible</u>	100 % después <u>del deducible</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	Cobertura del 100 %, <u>sin deducible</u>	100 % después <u>del deducible</u>	No cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en urgencias</u>	100 % tras <u>un deducible de \$ 5,000</u>	100 % tras <u>el deducible</u>	100 % tras <u>el deducible</u>	
	<u>Transporte médico de urgencia</u>	Cobertura del 100 %, <u>sin franquicia</u>	100 % tras <u>el deducible</u>	100 % tras <u>el deducible</u>	
	<u>Atención de urgencia</u>	Cobertura del 100 %, <u>sin deducible</u>	<u>Copago de \$ 250 por visita, luego 100 % cubierto, sin deducible</u>	No cubierto	
Si tienes una hospitalización	Tarifa de centro (p. ej., habitación de hospital)	Cobertura del 100 %, <u>exención del deducible</u>	100 % después <u>del deducible</u>	No cubierto	
	Honorarios del médico/cirujano	Cubierto al 100 %, <u>sin deducible</u>	100 % después <u>del deducible</u>	No cubierto	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Cobertura del 100 %, <u>sin deducible</u>	100 % después <u>del deducible</u>	No cubierto	
	Servicios hospitalarios	100 % tras <u>el deducible</u>	100 % tras <u>el deducible</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> para el centro hospitalario



Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Nivel 1 DPC o proveedor derivado por DPC (Pagará lo menor)	Nivel 2 Proveedor First Health (Pagará más)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo mayor)	
Si está embarazada	Consulta en el consultorio	Cobertura del 100 %, sin <u>deducible</u>	100 % tras la <u>franquicia</u>	No cubierto	El <u>copago</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicio, puede aplicarse un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (por ejemplo, ecografías).
	Maternidad global	Cobertura del 100 %, sin <u>deducible</u>	100 % después del <u>deducible</u>	No cubierto	
	Servicios de centros de maternidad y servicios hospitalarios para el parto servicios	Cobertura del 100 %, sin <u>deducible</u>	100 % después del <u>deducible</u>	No cubierto	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención médica a domicilio</u>	Cubierto al 100 %, sin <u>deducible</u>	100 % después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> . Limitado a 60 visitas por año
	<u>Servicios de rehabilitación/habilitación</u>	Cobertura del 100 %, sin <u>deducible</u>	100 % tras el <u>deducible</u>	No cubierto	Limitado a 60 visitas al año en total para fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional.
	Terapia ocupacional	Cobertura del 100 %, sin <u>deducible</u>	100 % después del <u>deducible</u>		
	<u>Cuidados de enfermería especializada</u>	Cobertura del 100 %, sin <u>deducible</u>	100 % tras el <u>deducible</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	Cobertura del 100 %, sin <u>deducible</u>	100 % después del <u>deducible</u>	No cubierto	Se requiere autorización previa para equipos médicos duraderos (DME) de más de 50\$ 0.
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	Cobertura del 100 %, sin <u>deducible</u>	100 % tras la <u>franquicia</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> . Limitado a 60 días de por vida.
	Examen oftalmológico infantil			No cubierto	
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Gafas para niños			No cubierto	
	Revisión dental infantil			No cubierto	



#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre por lo general (Consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía estética</li><li>• Audífonos</li><li>• Atención dental (adultos)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados a largo plazo</li><li>• Atención no urgente durante viajes fuera de los EE. UU.</li><li>• Atención oftalmológica rutinaria (adultos)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de enfermería privada</li><li>• Atención podológica de rutina</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Programas de pérdida de peso</li></ul> |
|--|---|---|

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen restricciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte el documento de su plan.)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios quiroprácticos (Limitados a 15 visitas por año natural).</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de la infertilidad (limitado a: pruebas de diagnóstico para determinar el diagnóstico únicamente)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura (Limitado a 15 visitas por año natural).</li></ul> |
|--|---|---|

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Existen organismos que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice. La información de contacto de dichos organismos es: el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, en el 1-866-444-3272 o en <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>. Es posible que también tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la contratación de una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de reclamación y apelación:** Existen organismos que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina reclamación o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, una apelación o una queja por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, póngase en contacto con: 1-855-373-8232

#### ¿Ofrece este plan la cobertura mínima esencial? Sí.

La cobertura mínima esencial suele incluir planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si cumple los requisitos para determinados tipos de cobertura mínima esencial, es posible que no tenga derecho al crédito fiscal para las primas.

#### ¿Cumple este plan con los Estándares de Valor Mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los Estándares de valor mínimo, es posible que tenga derecho a un crédito fiscal para las primas que le ayude a pagar un plan a través del Mercado de Seguros Médicos.

#### Servicios de acceso lingüístico:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 855-373-8232

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

**Declaración de divulgación de la PRA:** De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, nadie está obligado a responder a una recopilación de información a menos que esta incluya un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es, de media, **0,08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



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



**Esto no es una herramienta de estimación de costes.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costes reales serán diferentes dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los importes de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguos) y a los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costes que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

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

■ <b>Deducible total del plan</b>	<b>\$5,000</b>
■ <b>Copago por especialista</b>	<b>\$75</b>
■ <b>Coseguro hospitalario (centro)</b>	<b>0%</b>
■ <b>Otros coseguos</b>	<b>0%</b>

Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al especialista (atención prenatal) Servicios profesionales de parto/alumbramiento Servicios de centros de parto/alumbramiento Pruebas diagnósticas (ecografías y análisis de sangre) Visita al especialista (anestesia)

Coste total del ejemplo **\$12,800**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costes compartidos	
Franquicias	\$5,000
Copagos	\$75
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$5,075</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención rutinaria dentro de la red para una afección bien controlada)

■ <b>Deducible total del plan</b>	<b>\$5,000</b>
■ <b>Copago por visita al especialista</b>	<b>\$50</b>
■ <b>Coseguro hospitalario (centro)</b>	<b>0%</b>
■ <b>Otros coseguos</b>	<b>0%</b>

Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al médico de atención primaria (incluida la educación sobre enfermedades) Pruebas diagnósticas (análisis de sangre) Medicamentos recetados Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Coste total del ejemplo **\$7,400**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Copago	
Franquicias*	\$5,000
Copagos	\$50
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$5,050</b>

### La fractura leve de Mia

(visita a urgencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ <b>Deducible total del plan</b>	<b>\$5,000</b>
■ <b>Copago de urgencias</b>	<b>0%</b>
■ <b>Copago hospitalario (centro)</b>	<b>0%</b>
■ <b>Otros coseguos</b>	<b>0%</b>

Este ejemplo de caso incluye servicios como: atención en urgencias (incluidos los suministros médicos) Pruebas diagnósticas (radiografías) Equipo médico duradero (muletas) Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Coste total del ejemplo **\$5,900**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costes compartidos	
Franquicias*	\$5,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El importe total que pagaría Mia es de</b>	<b>\$5,000</b>

El plan se haría cargo de los demás costes de estos servicios cubiertos del EJEMPLO.

