



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) 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, llame al 1-833-841-6703. 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.cuidadodesalud.gov/es/glossary/> (en español) o <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> (en inglés) o llamar al 1-833-841-6703 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Para proveedores dentro de la red : \$3,500 por individual o \$7,000 por familia. Para proveedores fuera de la red : No cubierto	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia tiene que alcanzar el deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia el deducible general familiar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios que cobran un copago, los medicamentos con receta , atención preventiva dentro de la red, servicios de laboratorio y y ciertos servicios realizados en el consultorio del médico están cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del deducible . Pero puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios de prevención sin gastos compartidos y antes de alcanzar el deducible . Puede ver una lista de los servicios de prevención en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$8,500 por individual o \$17,000 por familia Para proveedores fuera de la red : No cubierto	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan , estos tienen que completar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se complete el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos por facturación de saldo , sanciones de preautorización , y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red , visite www.healthcarehighways.com o llame al 1-833-841-6703.	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si usa 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 su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referido para ver un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin un referido .

⚠ 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 lesión o enfermedad	Copago de \$20 por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Las consultas virtuales (telesalud) están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su plan.
	Consulta con un especialista	Copago de \$35 por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos . Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos . Luego, consulte lo que pagará su plan .
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Ninguna

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 necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en www.caremark.com o llamando a Servicios para Miembros de RxBenefits al 1-800-334-8134.	Medicamentos genéricos	\$15: suministro de 1 a 30 días \$45: suministro de 1 a 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura	Dispensar según lo prescrito (DAW) Si usted elige comprar el medicamento de marca cuando exista un equivalente genérico disponible, deberá pagar el copago o coseguro correspondiente al medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el de marca. Los medicamentos de especialidad deben obtenerse a través de CVS Specialty Pharmacy llamando al 1-800-237-2767. Se aplican algunas excepciones.
	Medicamentos de marca preferidos	\$50: suministro de 1 a 30 días \$150: suministro de 1 a 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$75 - suministro de 1 a 30 días \$225 - suministro de 1 a 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio)	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	10% de coseguro (\$2,500 máx.)	Sin cobertura	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Coseguro del 20% Sin cargo en un entorno de consultorio médico	Sin cobertura	Ninguna

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 necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Copago de \$500 por visita más 25% de coseguro	Copago de \$500 por visita más 25% de coseguro	Se renuncia al copago de la sala de emergencias si es ingresado al hospital. Si es ingresado, se aplicarán el coseguro a los gastos hospitalarios.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Transportación terrestre y aérea cubierta
	Atención de urgencia	Copago de \$35 por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Copago de \$20 por visita; no se aplica el deducible Coseguro del 20% por otros servicios para pacientes ambulatorios	No cubierto	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 20%	No cubierto	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de \$20 por visita; no se aplica el deducible	No cubierto	El copago se aplica a la primera visita prenatal (por embarazo). Después de la visita inicial, se aplica un coseguro del 20%. Los gastos compartidos no se aplican a los servicios preventivos . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un copago, coseguro o deducible. La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido)
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Coseguro del 20%	No cubierto	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Coseguro del 20%	No cubierto	

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 necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Coseguro del 20%	No cubierto	Limitada a 60 consultas por año calendario. Se requiere autorización previa
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 20%	No cubierto	Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia pulmonar y terapia del habla: límite de 20 consultas por terapia por año calendario. La re/habilitación cardíaca está limitada a 36 consultas por año calendario.
	Servicios de habilitación	Coseguro del 20%	No cubierto	
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20%	No cubierto	Limitado a 60 días por año calendario. Se requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	No cubierto	Se requiere autorización previa si el Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) cuesta más de \$1,000.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Coseguro del 20%	No cubierto	Limitado a 360 días de por vida. Se requiere autorización previa.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Copago de \$35 por visita; no se aplica el deducible	No cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna

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 • Atención dental (adultos) • Atención médica a largo plazo • Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos	• Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética/estética • Cuidado de rutina de los pies	• Enfermería de servicio privado • Programas de pérdida de peso (no quirúrgica) • Tratamiento para la infertilidad
--	---	--

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

• Atención quiropráctica (20 consultas por año calendario)	• Aparatos auditivos (limitados a \$2,000 por oído, por periodo de 36 meses)	• Cuidado de rutina de los ojos (adultos) – uno examen por año
--	--	--

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: comuníquese con el [plan](#) al 1-833-841-6703, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. 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 Healthcare Highways al 1-833-841-6703 o comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una [apelación](#). Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-252-3439 o visite www.texashealthoptions.com.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Si

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? Si

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:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-833-841-6703.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-841-6703.

Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-841-6703.

Navajo (Dine): Dine'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-841-6703.

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:



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 dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$3,500
■ Coseguro del especialista	20%
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	20%

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:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$3,500
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,500
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$5,070

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$3,500
■ Coseguro del especialista	20%
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	20%

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:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1,800
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,520

Fractura simple de Mía

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

■ El deducible general del plan	\$3,500
■ Coseguro del especialista	20%
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
■ Otro coseguro	20%

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, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$2,700
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,710

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.