



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, [insert contact information]. 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 [www.\[insert\].com](#) o llamar al 1-800-[insert] para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$	
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?		
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	\$	
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$	
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?		
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?		
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?		

⚠ 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			
	Consulta con un especialista			
	Atención preventiva/evaluación /vacunas			
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)			
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)			
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.[insert].com	Medicamentos genéricos			
	Medicamentos de marca preferidos			
	Medicamentos de marca no preferidos			
	Medicamentos de especialidad			
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)			
	Tarifas del médico/cirujano			

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			
	Transporte médico de emergencia			
	Atención de urgencia			
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)			
	Tarifas del médico/cirujano			
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios			
	Servicios para pacientes hospitalizados			
Si está embarazada	Visitas al consultorio			
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto			
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto			
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar			
	Servicios de rehabilitación			
	Servicios de habilitación			
	Atención de enfermería especializada			
	Equipo médico duradero			
	Servicios en un programa de cuidados paliativos			
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños			
	Anteojos para niños			
	Control dental para niños			

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).		
•	•	•

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

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: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. 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: [insert applicable contact information from instructions].

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? [Sí/No]

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/No]

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 [insertar número de teléfono].]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [insertar número de teléfono].]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 [insertar número de teléfono].]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a't'ohwol ninisingo, kwijigo holne' [insertar número de teléfono].]

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

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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](#) \$
- [Especialistas](#) [[costo compartido](#)] \$
- Hospital (establecimiento) %
[[costo compartido](#)]
- Otros [[costo compartido](#)] %

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$
Copagos	\$
Coseguro	\$
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$
El total que Peg pagaría es	\$

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](#) \$
- [Especialistas](#) [[costo compartido](#)] \$
- Hospital (establecimiento) %
[[costo compartido](#)]
- Otros [[costo compartido](#)] %

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$
Copagos	\$
Coseguro	\$
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$
El total que Joe pagaría es	\$

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$
- [Especialistas](#) [[costo compartido](#)] \$
- Hospital (establecimiento) %
[[costo compartido](#)]
- Otros [[costo compartido](#)] %

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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$
Copagos	\$
Coseguro	\$
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$
El total que Mia pagaría es	\$

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