



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 <b>deducible</b> total?	Para <b>proveedores dentro de la red</b> : <b>\$3,500</b> por individual o <b>\$7,000</b> por familia. Para <b>proveedores fuera de la red</b> : No cubierto	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <b>proveedores</b> hasta la cantidad <b>deducible</b> antes de que este <b>plan</b> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia tiene que alcanzar el <b>deducible</b> individual hasta que el monto total de los gastos de <b>deducible</b> pagados por todos los miembros de la familia el <b>deducible</b> general familiar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <b>deducible</b> ?	Sí. Los servicios que cobran un copago, los <b>medicamentos con receta</b> , <b>atención preventiva</b> dentro de la red, servicios de laboratorio y y ciertos servicios realizados en el consultorio del médico están cubiertos antes de que alcance su <b>deducible</b> .	Este <b>plan</b> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del <b>deducible</b> . Pero puede aplicarse un <b>copago</b> o <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre ciertos <b>servicios de prevención</b> sin <b>gastos compartidos</b> y antes de alcanzar el <b>deducible</b> . Puede ver una lista de los <b>servicios de prevención</b> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <b>deducibles</b> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> para este <b>plan</b> ?	Para <b>proveedores dentro de la red</b> : <b>\$7,500</b> por individual o <b>\$15,000</b> por familia Para <b>proveedores fuera de la red</b> : No cubierto	El <b>límite de gastos de bolsillo</b> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <b>plan</b> , estos tienen que completar sus propios <b>límites de gastos de bolsillo</b> hasta que se complete el <b>límite de gastos de bolsillo</b> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ?	<b>Primas</b> , cargos por <b>facturación de saldo</b> , sanciones de <b>preautorización</b> , y atención médica que este <b>plan</b> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <b>límite de gastos del bolsillo</b> .
¿Pagará menos si acude a un <b>proveedor dentro de la red</b> ?	Sí. Para obtener una lista de <b>proveedores de la red</b> , visite <a href="http://www.healthcarehighways.com">www.healthcarehighways.com</a> o llame al 1-833-841-6703.	Este <b>plan</b> utiliza una <b>red</b> de <b>proveedores</b> . Pagará menos si usa un <b>proveedor</b> que esté incluido en la <b>red</b> del <b>plan</b> . Pagará más si usa un <b>proveedor fuera de la red</b> , y es posible que reciba una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia entre el cargo del <b>proveedor</b> y lo que su <b>plan</b> paga ( <b>facturación de saldo</b> ). Tenga en cuenta que su <b>proveedor dentro de la red</b> puede usar un <b>proveedor fuera de la red</b> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <b>proveedor</b> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <b>referido</b> para ver un <b>especialista</b> ?	No.	Puede ver al <b>especialista</b> que usted elija sin un <b>referido</b> .

! 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)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	Las consultas virtuales (telesalud) están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su plan.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	Ninguna
	<a href="#">Atención preventiva/ evaluación/vacunas</a>	Sin cargo; no se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por servicios que no sean <a href="#">preventivos</a> . Consulte con su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que usted necesita son <a href="#">preventivos</a> . Luego, consulte lo que pagará su <a href="#">plan</a> .
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://www.express-scripts.com/es">https://www.express-scripts.com/es</a>	Medicamentos genéricos	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	La cobertura para medicamentos recetados se proporciona a través de Express Scripts visitando <a href="http://www.express-scripts.com/es">www.express-scripts.com/es</a> o llamando a Servicio al Asegurado de RxBenefits al 1-800-334-8134. <a href="#">Los medicamentos especializados</a> están limitados a un suministro de 30 días. Los medicamentos especializados se obtienen en Accredo, farmacia de medicamentos especializados de Express Scripts, llamando a Accredo al 1-800-803-2523.
	Medicamentos de marca preferidos	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	Ninguna

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.healthcarehighways.com](http://www.healthcarehighways.com). **Página 2 de 6**

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)	
	Tarifas del médico/cirujano	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Ninguna
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	Transportación terrestre y aérea cubierta
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	No cubierto	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	No cubierto	Se requiere autorización previa.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	No cubierto	<a href="#">Los gastos compartidos</a> no se aplican a los servicios <a href="#">preventivos</a> . 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	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	No cubierto	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	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)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	No cubierto	Limitada a 60 consultas por año calendario. Se requiere autorización previa
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	No cubierto	Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia pulmonar y terapia del habla: límite de 20 consultas por terapia por año calendario. La rehabilitación cardíaca está limitada a 36 consultas por año calendario.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	No cubierto	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	No cubierto	Limitado a 60 días por año calendario. Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	No cubierto	Se requiere autorización previa si el <a href="#">Equipo médico duradero</a> (DME, por sus siglas en inglés) cuesta más de \$1,000.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	No cubierto	Limitado a 360 días de por vida. Se requiere autorización previa.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	<a href="#">Coseguro</a> del 30%	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](#)).

<ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Atención dental (adultos)</li><li>• Atención médica a largo plazo</li><li>• Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía cosmética/estética</li><li>• Cuidado de rutina de los pies</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermería de servicio privado</li><li>• Programas de pérdida de peso (no quirúrgica)</li><li>• Tratamiento para la infertilidad</li></ul>
--	--	--

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

<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención quiropráctica (20 consultas por año calendario combinado con Fisioterapia)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aparatos auditivos (limitados a \$2,000 por oído, por período de 36 meses)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado de rutina de los ojos (adultos)</li></ul>
---	--	---

**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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.texashealthoptions.com).

### ¿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:

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): Dinek'ehgo shika a'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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$3,500
■ Coseguro del <a href="#">especialista</a>	30%
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	30%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$3,500
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,700
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$6,260</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$3,500
■ Coseguro del <a href="#">especialista</a>	30%
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	30%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$3,500
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$600
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$4,120</b>

### Fractura simple de Mía

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$3,500
■ Coseguro del <a href="#">especialista</a>	30%
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	30%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,800
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,800</b>

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