



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, [inserte la información de contacto]. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.\[inserte\].com](#) o llamar a 1-800-[inserte] para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Vea el cuadro Eventos Médicos Comunes que sigue para sus gastos por servicios que este plan cubre.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí, el cuidado preventivo está cubierto En la Red.	En la Red – Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque usted aun no haya cumplido con el deducible . Pero un copago o coseguro puede aplicar. Fuera de la Red – el cuidado preventivo no está cubierto.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	No aplica.	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo para sus gastos.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	No aplica.	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo para sus gastos.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Vea [www.multiplan.com] o llame al [1-877-685-2423] para obtener una lista de proveedores en la red .	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si visita un proveedor en la red del plan . Usted pagará más si visita un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor en la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios). Verifique esto con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Usted puede ver al especialista que usted escoja sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	No están cubiertas	No están cubiertas	No aplica
	Visita al especialista	No están cubiertas	No están cubiertas	No aplica
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No están cubiertas	No hay cobertura aparte de los servicios preventivos listados con una clasificación de A o B por el U.S. Preventive Services Task Force; ciertos Servicios Preventivos para Mujeres; ciertas vacunas; y ciertos Cuidados para Niños Sanos.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	No están cubiertas	No están cubiertas	No aplica
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.[insert].com	Medicamentos genéricos	Sin cargo	No están cubiertos	Solo Medicamentos Anticonceptivos – Suministro limitado a 30 días para recetas de venta al por menor
	Medicamentos de marcas preferidas	Sin cargo	No están cubiertos	Solo Medicamentos Anticonceptivos – Suministro limitado a 30 días para recetas de venta al por menor
	Medicamentos de marcas no preferidas	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
	Medicamentos especializados	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
	Honorarios del médico/cirujano	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	No está cubierta	No está cubierta	No aplica
	Transporte médico de emergencia	No está cubierto	No está cubierto	No aplica

[* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [\[www.insert.com\]](#).]

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Atención de urgencia	No está cubierta	No está cubierta	No aplica
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	No está cubierto	No está cubierto	No aplica
	Honorarios del médico/cirujano	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
	Servicios internos	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No están cubiertas	No están cubiertas	No aplica
	Servicios de parto profesionales	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No está cubierto	No está cubierto	No aplica
	Servicios de rehabilitación	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
	Servicios de habilitación	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
	Cuidado de enfermería especializada	No está cubierto	No está cubierto	No aplica
	Equipo médico duradero	No está cubierto	No está cubierto	No aplica
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	No aplica
	Anteojos para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	No aplica
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	No aplica

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cirugía Bariátrica• Cuidado Quiropráctico• Cirugía Cosmética• Parto y todos los servicios hospitalarios• Cuidado Dental• Equipo Médico Duradero• Servicios de Habilitación	<ul style="list-style-type: none">• Atención Médica Domiciliaria• Servicio de Hospicio• Hospitalización, Cargo de Instalaciones y Honorarios de Médicos/Cirujanos• Audífonos• Tratamiento de Infertilidad• Cuidado a Largo Plazo• Cuidado de no emergencia al viajar fuera de los Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none">• Servicios de Rehabilitación• Atención Privada de Enfermería• Cuidado de los ojos de rutina• Cuidado de los pies de rutina• Servicios relacionados con una condición mental/de comportamiento o abuso de sustancia• Programas para la pérdida de peso
---	--	---

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: [insert applicable contact information from instructions].

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista](#) [costo compartido] N/A
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] N/A
- Otro [costo compartido] N/A

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$12,800
El total que Peg pagaría es	\$12,800

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista](#) [costo compartido] N/A
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] N/A
- Otro [costo compartido] N/A

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$7,400
El total que Joe pagaría es	\$7,400

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista](#) [costo compartido] N/A
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] N/A
- Otro [costo compartido] N/A

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético \$1,900

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$1,900
El total que Mia pagaría es	\$1,900

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