




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, www.HealthSCOPEBenefits.com. 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.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-399-7187 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Dentro de la red: \$3,150 USD Individual, \$5,300 USD Familia; Fuera de la red: \$6,300 USD Individual, \$10,600 USD Familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí, la atención preventiva y los suministros para diabéticos están cubiertos antes de alcanzar su deducible.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Dentro de la red: \$6,300 USD Individual, \$10,600 USD Familia; Fuera de la red: \$12,600 USD Individual, \$21,200 USD Familia	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas, balance de gastos facturados y cobros del cuidado de la salud de gastos que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Véa www.healthscopebenefits.com o llame al 1-800-399-7187 para una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor dentro de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor dentro de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia 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 afección o lesión	20% coseguro	40% coseguro	Ninguno
	Consulta con un especialista	20% coseguro	40% coseguro	Ninguno
	Atención preventiva/ evaluación /vacunas	Sin cargo	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios preventivos son necesarios Luego compruebe lo que su plan pagará
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% coseguro	40% coseguro	Ninguno
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% coseguro	40% coseguro	Pre-certificación puede ser requerida.

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 un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.ehiphanyRx.com	Medicamentos genéricos	20% coseguro	No cubierto	Ninguno
	Medicamentos de marca preferidos	20% coseguro	No cubierto	Ninguno
	Medicamentos de marca no preferidos	20% coseguro	No cubierto	Ninguno
	Medicamentos de especialidad	20% coseguro	No cubierto	Ninguno
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro	40% coseguro	Ninguno
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	Pre-certificación puede ser requerida.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno
	Atención de urgencia	20% coseguro	40% coseguro	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% coseguro	40% coseguro	Pre-certificación puede ser requerida.
	Tarifas del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	Pre-certificación puede ser requerida.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20% coseguro	40% coseguro	Ninguno
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% coseguro	40% coseguro	Pre-certificación puede ser requerida.
	Visitas al consultorio	20% coseguro	40% coseguro	Ninguno

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 está embarazada	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% coseguro	40% coseguro	Ninguno
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% coseguro	40% coseguro	Se requiere precertificación para pacientes hospitalizados que permanezcan en el hospital por más de 48 horas (parto vaginal) o 96 horas (cesárea).
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% coseguro	40% coseguro	La cobertura está limitada a 120 visitas por año (año del plan). Pre-certificación puede ser requerida.
	Servicios de rehabilitación	20% coseguro	40% coseguro	La cobertura está limitada a 20 visitas por año (año del plan).
	Servicios de habilitación	20% coseguro	40% coseguro	
	Atención de enfermería especializada	20% coseguro	40% coseguro	La cobertura está limitada a 90 visitas por año (año del plan). Pre-certificación puede ser requerida.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	40% coseguro	Limitado a un beneficio máximo de 6 meses de alquiler o precio de compra, lo que sea menor. Pre-certificación puede ser requerida.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% coseguro	40% coseguro	Limitado a un beneficio máximo de por vida de 30 días para servicios para pacientes hospitalizados y un beneficio máximo de por vida de \$ 3,000 para servicios para pacientes ambulatorios.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	No cubierto	Incluye la detección de niños menores de 5 años como parte del beneficio preventivo solamente.
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguno
	Control dental para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguno

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">• Acupuntura• Cirugía bariátrica• Audífonos• Cirugía cosmética• Tratamiento de Infertilidad• Cuidado a largo plazo | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado no urgente cuando viaja fuera de los Estados Unidos• Cuidado de rutina de los pies• Programas de pérdida de peso | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de rutina de la vista (Adultos)• Cuidado de rutina ocular (Adulto)• Cuidado dental (adulto) |
|---|--|---|

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">• Cuidado quiropráctico (Limitado a \$ 500 de beneficio máximo por período de beneficio) | | |
|--|--|--|

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: 1-866-444-3272. 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: HealthSCOPE Benefits at 1-800-399-7187.

¿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:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-399-7187.

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-399-7187.

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-399-7187.

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-399-7187.

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](#) \$3,150
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) 20%
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) 20%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 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	\$3,150
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,900
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$5,110

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](#) \$3,150
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) 20%
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) 20%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 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	\$3,150
Copagos	\$0
Coseguro	\$500
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$3,670

Fractura simple de Mía

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,150
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) 20%
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) 20%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 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	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,800

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