**Resumen de beneficios y cobertura:** Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos **Período de cobertura: [See Instructions]**

**:**  **Cobertura para:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| **Tipo de plan:** \_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| La imagen del signo de exclamación para resaltar la información importante.**El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **de salud. El SBC muestra cómo usted y el** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **(denominado** [**prima**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium)**) 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,](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#allowed-amount) [facturación de saldo,](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#balance-billing) [coseguro,](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance) [copago,](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) [deducible](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), [proveedor](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.](http://www/)[insert].com o llamar al 1-800-[insert] para pedir una copia. |

| **Preguntas importantes** | **Respuestas** | **Por qué es importante:** |
| --- | --- | --- |
| **¿Cuánto es el** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **total?** | **$** |  |
| **¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)**?** |  |  |
| **¿Hay otros** [**deducibles**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **para servicios específicos?** | **$** |  |
| **¿Cuánto es el** [**límite de** **gastos de bolsillo**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit) **para este** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**?** | **$** |  |
| **¿Qué es lo que no está incluido en el** [**límite de** **gastos de bolsillo**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)**?** |  |  |
| **¿Pagará menos si acude a un** [**proveedor dentro de la** **red**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network-provider)**?** |  |  |
| **¿Necesita una** [**derivación**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#referral) **para atenderse con un** [**especialista**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)**?** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **La imagen del signo de exclamación para resaltar la información importante.** | Todos los [**copagos**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) y el [**coseguro**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), 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**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión |  |  |  |
| Consulta con un [especialista](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) |  |  |  |
| [Atención preventiva](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#preventive-care)/ [evaluación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#screening)/vacunas |  |  |  |
| **Si se realiza un examen** | [Exámenes de diagnóstico](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#diagnostic-test) (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**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#prescription-drug-coverage) en www.[insert].com | Medicamentos genéricos |  |  |  |
| Medicamentos de marca preferidos |  |  |  |
| Medicamentos de marca no preferidos |  |  |  |
| [Medicamentos de especialidad](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialty-drug) |  |  |  |
| **Si le hacen una cirugía ambulatoria** | Tarifa del centro  (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) |  |  |  |
| Tarifas del médico/cirujano |  |  |  |
| **Si necesita atención médica inmediata** | [Atención en la Sala de Emergencias](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-room-care-emergency-services) |  |  |  |
| [Transporte médico de emergencia](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-medical-transportation) |  |  |  |
| [Atención de urgencia](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#urgent-care) |  |  |  |
| **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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#home-health-care) |  |  |  |
| [Servicios de rehabilitación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#rehabilitation-services) |  |  |  |
| [Servicios de habilitación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#habilitation-services) |  |  |  |
| [Atención de enfermería especializada](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#skilled-nursing-care) |  |  |  |
| [Equipo médico duradero](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#durable-medical-equipment) |  |  |  |
| [Servicios en un programa de cuidados paliativos](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#hospice-services) |  |  |  |
| **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**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan), **por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **para obtener más información y una lista de otros** [**servicios** **excluidos**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#excluded-services)**).** | | |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

| **Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace) [de Seguros Médicos.](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#health-insurance) Para obtener más información sobre el [Mercado,](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace) 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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) por la denegación de una [reclamación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim). Esta queja se denomina [queja](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#grievance) formal o [apelación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#appeal). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim) médica. Los documentos de su [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) también dan toda la información para presentar una [reclamación,](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim) una [apelación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#appeal) o una [queja formal](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#grievance) por cualquier motivo a su [plan.](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#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](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-essential-coverage) generalmente incluye [planes](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan), [seguros médicos](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#health-insurance) disponibles a través del [Mercado](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace) 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,](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-essential-coverage) tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium-tax-credits).

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? [Sí/No]**

Si su [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) no cumple con el [valor mínimo estándar](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-value-standard), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium-tax-credits) que lo ayudará a pagar un [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) en el [Mercado.](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace)

**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 at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' [insertar número de teléfono].]

|  |
| --- |
| ***Para ver ejemplos de cómo este*** [***plan***](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#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:**

|  |  |
| --- | --- |
| La imagen del signo de exclamación para resaltar la información importante. | **Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing) ([deducibles,](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) [copagos](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) y [coseguro](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance)) y en los [servicios excluidos](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#excluded-services) por el [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos.](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) 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**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **general del** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **$**

◼ [**Especialistas**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[***[***costo compartido***](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing)***]*** **$**

◼ **Hospital (establecimiento) %  
*[***[***costo compartido***](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing)***]***

◼ **Otros *[***[***costo compartido***](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing)***]*** **%**

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [especialista](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) *(atención prenatal)*

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#diagnostic-test) *(ecografías y análisis de sangre)*

Consulta con un [especialista](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) *(anestesia)*

| **Costo total del ejemplo** | **$12,700** |
| --- | --- |
| **En este ejemplo, Peg pagaría:** |  |
| *Costos compartidos* | |
| [Deducibles](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) | $ |
| [Copagos](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) | $ |
| [Coseguro](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance) | $ |
| *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**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **general del** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **$**

◼ [**Especialistas**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[***[***costo compartido***](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing)***]*** **$**

◼ **Hospital (establecimiento) %  
*[***[***costo compartido***](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing)***]***

◼ **Otros *[***[***costo compartido***](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing)***]*** **%**

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios   
como:**

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#primary-care-physician) *(incluye la educación sobre enfermedades)*

[Exámenes de diagnóstico](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#diagnostic-test) *(análisis de sangre)*

[Medicamentos con receta médica](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#prescription-drugs)

[Equipo médico duradero](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#durable-medical-equipment) *(glucómetro)*

| **Costo total del ejemplo** | **$5,600** |
| --- | --- |
| **En este ejemplo, Joe pagaría:** |  |
| *Costos compartidos* | |
| [Deducibles](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) | $ |
| [Copagos](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) | $ |
| [Coseguro](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance) | $ |
| *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**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **general del** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **$**

◼ [**Especialistas**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[***[***costo compartido***](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing)***]*** **$**

◼ **Hospital (establecimiento) %  
*[***[***costo compartido***](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing)***]***

◼ **Otros *[***[***costo compartido***](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing)***]*** **%**

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios   
como:**

[Atención en la Sala de Emergencias](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-room-care-emergency-services) *(incluye suministros médicos)*

[Exámenes de diagnóstico](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#diagnostic-test) *(radiografías)*

[Equipo médico duradero](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#durable-medical-equipment) *(muletas)*

[Servicios de rehabilitación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#rehabilitation-services) *(fisioterapia)*

| **Costo total del ejemplo** | **$2,800** |
| --- | --- |
| **En este ejemplo, Mia pagaría:** |  |
| *Costos compartidos* | |
| [Deducibles](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) | $ |
| [Copagos](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) | $ |
| [Coseguro](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance) | $ |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $ |
| **El total que Mia pagaría es** | **$** |

El [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.