**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:** _____

**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 | | | |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la Sala de Emergencias | | | |
| | Transporte médico de emergencia | | | |
| | Atención de urgencia | | | |

| 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 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 | | | |
| | 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 Mercadode 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 [insert telephone number].
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [insert telephone number].
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 [insert telephone number].
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' [insert telephone number].
Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf [insert telephone number] uff.
Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni [insert telephone number].
Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye [insert telephone number].
Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, å'gang [insert telephone number].

***Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.***

**PRA Disclosure Statement:** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is **0938-1146**. The time required to complete this information collection is estimated to average **0.02** hours per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

[* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en [www.insert.com].]

## 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.