El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de todos los términos de cobertura, visite individualandfamily.chpw.org o llame al 1-866-907-1906. Para ver las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-318-2596 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Qué es el deducible general?	$7,000 individual / $14,000 familiar	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Los servicios de atención preventiva, atención primaria, pruebas de laboratorio, visitas a atención de urgencia y medicamentos genéricos están cubiertos antes de que usted alcance el deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aún si usted no alcanzó el monto del deducible. Pero se puede aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance su deducible. Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para los servicios específicos?	No.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Qué es el límite de costos de bolsillo para este plan?	$11,800 individual/$23,600 familiar	El límite de costos de bolsillo es el máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que alcanzar sus propios límites de costos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de costos de bolsillo de toda la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de costos de bolsillo?	Los servicios fuera de la red no están incluidos en el límite de costos de bolsillo.	Aunque usted pague estos gastos, estos no cuentan para el límite de costos de bolsillo.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. No hay proveedores fuera de la red en este plan.	Este plan cuenta con una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan. Pagará el máximo si usa un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia para consultar a un especialista?	No se necesitan referencias para consultar con un especialista o proveedor dentro de la red.	Puede consultar con el especialista de la red que elija sin una referencia.

⚠ Todos los costos de los **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro se aplican después de que haya alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si va al consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Primeras dos consultas: $1 de copago / consulta; el deducible no se aplica. Consultas adicionales: $45 de copago /consulta; el deducible no se aplica	Sin cobertura	
	Consulta con un especialista	$100 de copago / consulta; el deducible no se aplica	Sin cobertura	
	Atención preventiva/prueba de detección/ vacunas	Sin cargo; no se aplica deducible.	Sin cobertura	
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	40% del coseguro para servicios de laboratorio y profesionales. 40% del coseguro para radiografías y diagnóstico por imágenes	Sin cobertura	
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/por emisión de positrones [PET], resonancias magnéticas [MRI])	40% del coseguro	Sin cobertura	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos recetados** en individualandfamily.chpw.org/2027formulary.	Medicamentos genéricos	$32 de copago / suministro para 30 días $86.40 de copago / suministro para 90 días No se aplica deducible	Sin cobertura	Los medicamentos recetados se proporcionan hasta un suministro para 90 días en las farmacias minoristas participantes o a través del pedido por correo.
	Medicamentos de marca preferidos	40% del coseguro	Sin cobertura	Los medicamentos recetados se proporcionan hasta un suministro para 90 días en las farmacias minoristas participantes o a través del pedido por correo.
	Medicamentos de marca no preferidos	40% del coseguro	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro para 30 días.
	Medicamentos especializados	40% del coseguro	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro para 30 días. Inhaladores para el asma (corticosteroides/combinación de corticosteroides), autoinyectores de epinefrina, EpiPens e insulina, límite total mensual de gastos de bolsillo (OOP) de $35 /suministro para 30 días no sujeto a deducible.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% del coseguro	Sin cobertura	
	Cargos del médico/cirujano	40% del coseguro	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	40% del coseguro	40% del coseguro	El costo compartido para los servicios de atención de emergencia es el mismo si un miembro obtiene servicios de un proveedor de la red o fuera de la red en una situación de emergencia.
	Transporte médico de emergencia	40% del coseguro	40% del coseguro	El costo compartido para los servicios de atención de emergencia es el mismo si un miembro obtiene servicios de un proveedor de la red o fuera de la red en una situación de emergencia.
	Atención de urgencia	$100 de copago / consulta; el deducible no se aplica	Sin cobertura	
Si tiene una hospitalización	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	40% del coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Cargos del médico/cirujano	40% del coseguro	Sin cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes externos	Primeras dos consultas en consultorio: $1 de copago / consulta; el deducible no se aplica. Consultas en consultorios adicionales: $45 de copago /consulta; el deducible no se aplica. Otros servicios para pacientes externos: 40% del coseguro	Sin cobertura	
	Servicios para pacientes internados	40% del coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; no se aplica deducible	Sin cobertura	
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	40% del coseguro	Sin cobertura	
	Servicios en el centro para el parto/nacimiento	40% del coseguro	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para una recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica a domicilio	$50 de copago / día; el deducible no se aplica	Sin cobertura	Límite de 130 consultas por año calendario. Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Paciente externo: 40% del coseguro Paciente interno: 40% del coseguro	Sin cobertura	Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Paciente interno: Máximo de 30 días para todos los servicios de terapia de rehabilitación por año calendario. Paciente externo: 25 consultas como máximo para todos los servicios de terapias de rehabilitación por año calendario.
	Servicios de habilitación	Paciente externo: 40% del coseguro Paciente interno: 40% del coseguro	Sin cobertura	Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Paciente interno: Un máximo de 30 días para todos los servicios de terapia de habilitación por año calendario. Paciente externo: 25 consultas como máximo para todos los servicios de terapias de habilitación por año calendario.
	Atención de enfermería especializada	40% del coseguro	Sin cobertura	60 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	40% del coseguro	Sin cobertura	
	Servicios en centros para enfermos terminales	Pacientes externos: $50 de copago / consulta; el deducible no se aplica Paciente interno: 40% del coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Cuidados paliativos: 14 días de por vida máximo.

[* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://individualandfamily.chpw.org].

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen de la vista de los niños	Sin cargo; no se aplica deducible	Sin cobertura	Incluye la dilatación según indicación profesional y con refracción. 1 examen por año calendario.
	Anteojos para los niños	Sin cargo; no se aplica deducible	Sin cobertura	Limitado para niños menores de 19 años. Un par de anteojos o lentes de contacto recetados cada año calendario, incluso lentes de policarbonato y revestimiento resistente a los rayones. Un par de marcos o lentes de contacto (en lugar de lentes y marcos) por año calendario. Incluye el cargo de adaptación.
	Control dental de los niños	Sin cobertura	Sin cobertura	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que, por lo general, su plan NO cubre (vea el documento de su póliza o plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- Proveedores fuera de la red
- Tratamiento contra la infertilidad (excepto inseminación artificial)
- Exámenes de la vista de rutina para adultos
- Atención de enfermería privada
- Atención que no sea de emergencia a la hora de viajar fuera de los EE. UU.
- Servicios dentales
- Ortodoncia para adultos

Otros servicios cubiertos (en estos servicios pueden aplicarse limitaciones. Esta lista no está completa. Consulte el documento de su plan).

- Aborto
- Audífonos
- Atención de rutina de los pies
- Acupuntura
- Atención al recién nacido
- Atención quiropráctica (10 consultas por año calendario)
- Cirugía reconstructiva

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que termina. La información de contacto de esas agencias es: WAHBE 1-855-923-4633 y WA OIC 1-800-562-6900. También es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluso la compra de una cobertura de seguro individual mediante Health Insurance Marketplace. Para obtener más información sobre Marketplace, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a reclamos y apelaciones: hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por el rechazo de una reclamación. La información de contacto de esas agencias es: WA OIC 1-800-562-6900. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también dan información completa sobre cómo enviar una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, llame al: 1-866-907-1906.

[* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://individualandfamily.chpw.org].

¿Este plan brinda Cobertura esencial mínima? **Sí**
La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través de Marketplace u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura esencial mínima, puede no ser elegible para el crédito fiscal de la prima.

¿Este plan cumple con los Estándares de valor mínimo? **No corresponde**
Si su plan no cumple con los Estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para un crédito fiscal de la prima para ayudarle a pagar un plan mediante Marketplace.

Servicios de acceso lingüístico:

[Inglés (English): If you need assistance in English, please call 1-866-907-1906.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-907-1906.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-866-907-1906.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-866-907-1906.]

Para ver ejemplos sobre cómo este plan puede cubrir los costos de una situación médica de muestra, vea la siguiente sección.

Sobre los ejemplos de esta cobertura:

Esto no es una estimación de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán distintos según la efectiva atención que reciba, los cargos que sus proveedores cobren, y muchos otros factores. Céntrese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura de autónomos.

Nace el bebé de Peg
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)

- **El deducible general del plan** **$7,000**
- **Copago por especialista** **$100**
- **Coseguro por hospital (centro)** **40%**
- **Otro coseguro** **40%**

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:
Consultas en el consultorio de un especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el parto/nacimiento
Servicios en el centro para el parto/nacimiento
Pruebas de diagnóstico *(ultrasonido y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$7,000
Copagos	$10
Coseguro	$2,540
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$9,610**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$7,000**
- **Copago por especialista** **$100**
- **Coseguro por hospital (centro)** **40%**
- **Otro coseguro** **40%**

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:
Consultas en el consultorio de un médico de atención primaria *(incluye la educación sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$7,000
Copagos	$410
Coseguro	$100
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$7,530**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$7,000**
- **Copago por especialista** **$100**
- **Coseguro por hospital (centro)** **40%**
- **Otro coseguro** **40%**

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en sala de emergencias *(incluye los suministros médicos)*
Prueba de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$7,000
Copagos	$10
Coseguro	$0
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$7,010**

[* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://individualandfamily.chpw.org].

El plan se haría responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Aviso de disponibilidad de servicios de ayuda con el idioma y recursos auxiliares

English
For free language assistance services and auxiliary aids and services, call 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Español (Spanish)
Para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística así como ayudas y servicios auxiliares,
llame al 1-866-907-1906 (TTY: 711).

中文（简体) (Chinese)
如需免费的语言协助服务以及辅助工具和服务，请致电1-866-907-1906
(听障人士请拨打 TTY：711）。

Tiếng Việt (Vietnamese)
Để sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cũng như các dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm,
hãy gọi 1-866-907-1906 (TTY: 711).

한국인 (Korean)
무료 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 원하시면 1-866-907-1906 (TTY: 711)로 문의해 주시기 바랍니다.

Русский (Russian)
Для получения бесплатных услуг языковой помощи а также вспомогательных средств и услуг, звоните по номеру 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Tagalog
Para sa mga libreng serbisyo sa tulong sa wika at mga pantulong na kagamitan at serbisyo,
tumawag sa 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Українська (Ukrainian)
Для отримання безкоштовної мовної допомоги, допоміжних засобів та послуг телефонуйте за номером 1-866-907-1906 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Mon-Khmer Cambodian)
សម្រាប់សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា និងឧបករណ៍ និងសេវាកម្មជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមទូរសព្ទទៅលេខ

[* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://individualandfamily.chpw.org].

1-866-907-1906 (TTY: 711)᛬

日本語 (Japanese)
言語サポートサービス（無料）および補助的な器具やサービスをご希望の方は、
1-866-907-1906 (TTY: 711) までお電話ください。

አማርኛ (Amharic)
ለ ለነጻ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች እንዲሁም ለአካል ጉዳተኞች እርዳታ እና አገልግሎቶች፣ ወደ 1-866-907-1906 (TTY: 711) ይደውሉ።

العربية (Arabic)
لتلقي خدمات المساعدة اللغوية المجانية والأدوات المساعدة والخدمات الإضافية، يرجى الاتصال على الرقم
1-866-907-1906 (الهاتف النصي TTY: اتصل على الرقم 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, 1-866-907-1906 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Deutsch (German)
Kostenlose Sprachassistenzdienste, Hilfsmittel und Dienstleistungen erhalten Sie unter
1-866-907-1906 (TTY: 711).

ພາສາລາວ (Laotian)
ສຳລັບການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການເສີມແບບບໍ່ເສຍຄ່າ,
ໃຫ້ໂທ 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Cushite Afaan Oromoo
Tajaajiloota hiikkaa afaanii, fi namoota hanqina dubbachuu, arguu fi dhagahuu qabaniif deeggarsa dubbii, argaa fi dhageettii meeshaatiinii bilisaan argachuuf, gara 1-866-907-1906 (TTY: 711) tti bilbilaa.

ትግርኛ (Tigrinya)
ብነጻ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎት፣ ከምኡ'ውን ናይ ረድኤት ሓገዝን ኣገልግሎትን ንምርካብ ናብ
1-866-907-1906 (TTY፡- 711) ደውሉ።

Soomaali (Somali)
Si aad u hesho adeegyada caawinta luqadda bilaashka ah iyo qalabka iyo adeegyada kaalmada ah,
wac 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Français (French)
Pour bénéficier d’une assistance linguistique gratuite et d’aides et services auxiliaires,
appelez le 1-866-907-1906 (TTY : 711).

دری (Dari)
برای درخواست خدمات ترجمه رایگان، و کمک ها و خدمات پشتیبان مخصوص افراد ناتوان یا کم توان، با
1-866-907-1906 (TTY: 711) به تماس شوید.