



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 para 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 la cobertura o conseguir una copia de todos los términos de cobertura, visite [individualandfamily.chpw.org](http://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, vea el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-318-2596 para pedir una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué esto es importante:  |
|---|---|--|
| ¿Qué es el <a href="#">deducible</a> general?   | <b>\$750 por individuo;<br/>\$1,500 por familia</b>   | 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 el <a href="#">deducible</a> ?                     | 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 <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios aún si usted no alcanzó el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que usted alcance el <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de los <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>  |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para los servicios específicos?                         | <b>\$750 por individuo;<br/>\$1,500 por familia</b>   | Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar por estos servicios.  |
| ¿Qué es el <a href="#">límite de costos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?      | <b>\$2,400 por individuo;<br/>\$4,800 por familia</b>   | El <a href="#">límite de costos de bolsillo</a> es el máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otro familiar suyo está en este <a href="#">plan</a> , tiene que alcanzar sus propios <a href="#">límites de costos de bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de costos de bolsillo</a> de toda la familia.  |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de costos de bolsillo</a> ?          | 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 <a href="#">límite de costos de bolsillo</a> .   |
| ¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                                 | Sí. No hay proveedores fuera de la red en este plan.  | Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red</a> de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor de la <a href="#">red del plan</a> . Pagará el máximo si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación de saldos</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede usar a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Controle con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para consultar con un <a href="#">especialista</a> ? | No se necesitan referencias para consultar con un especialista o proveedor dentro de la red.  | Puede consultar con el <a href="#">especialista</a> de la red que elija sin una <a href="#">referencia</a> .   |

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



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) |  |
| <b>Si va al consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b>  | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad   | Copago de \$10  | Sin cobertura                                      |  |
|  | Visita a <a href="#">especialistas</a><br><a href="#">Atención preventiva/ prueba de detección/ vacunas</a> | Copago de \$30<br><br>Sin cargo   | Sin cobertura<br><br>Sin cobertura                 |  |
| <b>Si tiene una prueba</b>   | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)                                    | Análisis de laboratorio: copago de \$20<br>Radiografías: copago de \$40   | Sin cobertura                                      |  |
|  | Diagnóstico por imágenes (tomografías TC/PET, IRM)  | Coseguro del 20%  | Sin cobertura                                      | Coseguro posterior al deducible  |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="https://individualandfamily.chpw.org/prescriptiondrugs">individualandfamily.chpw.org/prescriptiondrugs</a> | Medicamentos genéricos  | \$12 por un suministro de 30 días<br>\$32.40 por un suministro de 90 días suministro  | Sin cobertura                                      | Los medicamentos recetados se dan en suministros de hasta 90 días en las farmacias minoristas participantes y mediante los pedidos por correo.   |
|  | Medicamentos de marca preferidos  | \$35 por un suministro de 30 días<br>\$94.50 por un suministro de 90 días suministro  | Sin cobertura                                      | Los medicamentos recetados se dan en suministros de hasta 90 días en las farmacias minoristas participantes y mediante los pedidos por correo.   |
|  | Medicamentos de marca no preferidos   | \$160 por un suministro de 30 días suministro   | Sin cobertura                                      | La cobertura se limita a un suministro para 30 días.   |
|  | <a href="#">Medicamentos especializados</a>   | \$160 por un suministro de 30 días<br>*El costo compartido del miembro para la insulina es el siguiente: (1) límite total mensual de costos de bolsillo (OOP) de \$100/ suministro para 30 días; (2) la insulina no está sujeta al deducible. | Sin cobertura                                      | La cobertura se limita a un suministro para 30 días en una farmacia especializada.<br>*El costo compartido del miembro para la insulina de la siguiente manera: (1) límite total mensual de costos de bolsillo de \$100/ suministro para 30 días; (2) la insulina no está sujeta al 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) |   |
| <b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>  | Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Copago de \$325                              | Sin cobertura                                      | Copago posterior al deducible   |
|  | Cargos del médico/cirujano                               | Copago de \$120                              | Sin cobertura                                      | Copago posterior al deducible   |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>   | <a href="#">Atención en sala de emergencias</a>          | Copago de \$425                              | Copago de \$425                                    | Copago posterior al deducible. El copago no se aplica si se admite como paciente internado en un plazo de 24 horas. El costo compartido para los Servicios de atención de emergencia es el mismo si un miembro recibe servicios de un proveedor de la red o uno fuera de la red en una situación de emergencia. |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>          | Copago de \$175                              | Copago de \$175                                    | El costo compartido para los Servicios de atención de emergencia es el mismo si un miembro recibe servicios de un proveedor de la red o uno fuera de la red en una situación de emergencia.   |
|  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                     | Copago de \$30                               | Sin cobertura                                      |   |
| <b>Si tiene una hospitalización</b>  | Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)       | \$425 por día                                | Sin cobertura                                      | Copago posterior al deducible. Límite de 5 copagos por hospitalización. Se requiere preautorización.  |
|  | Cargos del médico/cirujano                               | Sin cargo                                    | Sin cobertura                                      | Los honorarios por las visitas a un médico/cirujano del hospital se incluyen en el copago de la institución.  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes externos                        | Copago de \$10                               | Sin cobertura                                      |   |
|  | Servicios para pacientes internados                      | \$425 por día                                | Sin cobertura                                      | Copago posterior al deducible. Límite de 5 copagos por la estadía por un tratamiento en paciente internado.   |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio                                   | Copago de \$10                               | Sin cobertura                                      |   |
|  | Servicios profesionales para el parto/nacimiento         | Sin cargo                                    | Sin cobertura                                      | Los cargos por los servicios profesionales se incluyen en el cargo del centro.  |
|  | Servicios en el centro para el parto/nacimiento          | \$425 por día                                | Sin cobertura                                      | Copago posterior al deducible. Límite de 5 copagos por día en el hospital.  |

| 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) |  |
| <b>Si necesita ayuda para una recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <a href="#">Atención médica a domicilio</a>                   | \$10 por día                                 | Sin cobertura                                      | Copago. Límite de 130 visitas por año calendario. Se requiere preautorización.   |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                   | Copago de \$20                               | Sin cobertura                                      | Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. 25 visitas como máximo para todos los servicios de terapia de rehabilitación por año calendario.  |
|  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                     | Copago de \$20                               | Sin cobertura                                      | Incluye fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. 25 visitas como máximo para todos los servicios de terapia de habilitación por año calendario.  |
|  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>          | \$425 por día                                | Sin cobertura                                      | Copago posterior al deducible. 60 días por año calendario; límite de 5 copagos por estadía.  |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                        | Coseguro del 20%                             | Sin cobertura                                      | Coseguro posterior al deducible  |
|  | <a href="#">Servicios en centros para enfermos terminales</a> | \$10 por día                                 | Sin cobertura                                      | Copago. Se requiere preautorización.   |
| <b>Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica</b>                             | Examen de la vista de los niños                               | Sin cargo                                    | Sin cobertura                                      | 1 examen por año calendario para una prueba de detección de la visión de rutina y 1 examen de la vista integral por año calendario.  |
|  | Anteojos para los niños                                       | Sin cargo                                    | 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 por año calendario o lentes de contacto (en lugar de lentes y marcos). Incluye el cargo de adaptación. |
|  | Chequeo 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
- Servicios dentales
- Tratamiento contra la infertilidad
- Atención de enfermería privada
- Exámenes de la vista de rutina para adultos
- Atención auditiva
- Ortodoncia para adultos

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

- Cirugía reconstructiva
- Aborto
- Atención al recién nacido
- Acupuntura
- Atención quiropráctica
- Implantes cocleares

**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. 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](http://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](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de los 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 la asistencia, llame al: 1-866-907-1906.

**¿Este plan brinda Cobertura esencial mínima? Sí.**

La [cobertura esencial mínima](#), por lo general, incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [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? Sí.**

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.] [Chino (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, kwijigo 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.*

**Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA):** Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona tendrá la obligación de responder a un instrumento de recopilación de información que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es el promedio de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud 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.

**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](#) \$750
- [Especialista](#) [[costo compartido](#)] \$30
- Hospital (centro) [[costo compartido](#)] \$425 por día
- Otro [[costo compartido](#)] 20%

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [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)  
 Visita a un [especialista](#) (anestesia)

|                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$12,700</b> |
| <b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b> |                 |
| <i>Costo compartido</i>              |                 |
| <a href="#">Deducibles</a>           | \$750           |
| <a href="#">Copagos</a>              | \$1,051         |
| <a href="#">Coseguro</a>             | \$0             |
| <i>¿Qué no está cubierto?</i>        |                 |
| Límites o exclusiones                | \$61            |
| <b>El total que Peg pagaría es</b>   | <b>\$1,862</b>  |

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$750
- [Especialista](#) [[costo compartido](#)] \$30
- Hospital (centro) [[costo compartido](#)] \$425 por día
- Otro [[costo compartido](#)] 20%

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre la enfermedad)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)  
[Medicamentos recetados](#)  
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$5,600</b> |
| <b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b> |                |
| <i>Costo compartido</i>              |                |
| <a href="#">Deducibles</a>           | \$750          |
| <a href="#">Copagos</a>              | \$741          |
| <a href="#">Coseguro</a>             | \$8            |
| <i>¿Qué no está cubierto?</i>        |                |
| Límites o exclusiones                | \$22           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b>   | <b>\$1,521</b> |

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$750
- [Especialista](#) [[costo compartido](#)] \$30
- Hospital (centro) [[costo compartido](#)] \$425 por día
- Otro [[costo compartido](#)] 20%

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)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$2,800</b> |
| <b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b> |                |
| <i>Costo compartido</i>              |                |
| <a href="#">Deducibles</a>           | \$750          |
| <a href="#">Copagos</a>              | \$430          |
| <a href="#">Coseguro</a>             | \$57           |
| <i>¿Qué no está cubierto?</i>        |                |
| Límites o exclusiones                | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b>   | <b>\$1,237</b> |

El [plan](#) se haría responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.