



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, [insert contact information]. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.\[insert\].com](#) o llamar a 1-800-[insert] para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|------------|-----------------------|
| ¿Cuál es el deducible general? | USD | |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ? | | |
| ¿Hay algún otro deducible por servicios específicos? | USD | |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ? | USD | |
| ¿Qué no incluye el desembolso máximo ? | | |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ? | | |
| ¿Necesita un referido para ver a un especialista ? | | |



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | | | |
| | Visita al especialista | | | |
| | Atención preventiva/examen colectivo /vacuna | | | |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | | | |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | | | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.[insert].com | Medicamentos genéricos | | | |
| | Medicamentos de marcas preferidas | | | |
| | Medicamentos de marcas no preferidas | | | |
| | Medicamentos especializados | | | |
| Si se somete a una operación ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | | | |
| | Honorarios del médico/cirujano | | | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | | | |
| | Transporte médico de emergencia | | | |
| | Atención de urgencia | | | |

[* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [\[www.insert.com\]](#).]

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | | | |
| | Honorarios del médico/cirujano | | | |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Sevicios ambulatorios | | | |
| | Servicios internos | | | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | | | |
| | Servicios de parto profesionales | | | |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | | | |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en el hogar | | | |
| | Servicios de rehabilitación | | | |
| | Servicios de habilitación | | | |
| | Cuidado de enfermería especializada | | | |
| | Equipo médico duradero | | | |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | | | |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | | | |
| | Anteojos para niños | | | |
| | Chequeo dental pediátrico | | | |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

• • •

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

• • •

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: [insert applicable contact information from instructions].

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? [Sí/No]

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? [Sí/No]

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

[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, kwijigo holne' [insert telephone number].]

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) %
- Otro [\[costo compartido\]](#) %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

| | |
|-------------------------------|------------|
| Costo total hipotético | USD |
|-------------------------------|------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | USD |
| Copagos | USD |
| Coaseguro | USD |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | USD |
| El total que Peg pagaría es | USD |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) %
- Otro [\[costo compartido\]](#) %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

| | |
|-------------------------------|------------|
| Costo total hipotético | USD |
|-------------------------------|------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | USD |
| Copagos | USD |
| Coaseguro | USD |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | USD |
| El total que Joe pagaría es | USD |

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) %
- Otro [\[costo compartido\]](#) %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

| | |
|-------------------------------|------------|
| Costo total hipotético | USD |
|-------------------------------|------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | USD |
| Copagos | USD |
| Coaseguro | USD |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | USD |
| El total que Mia pagaría es | USD |

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