



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, llame al (833)-389-0027. 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.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al (833)-389-0027 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?	<b>Dentro de la red:</b> \$800 Individuo/\$1,600 Familia. <b>Fuera de la red:</b> \$2,400 Individuo/\$4,800 Familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia deberá alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos de <a href="#">deducible</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Si. Medicamentos con receta de farmacias dentro de la red, consultas medicas de un proveedor dentro de la red, cuidado preventivo mandado por la ACÁ de un proveedor dentro de la red son cubiertos antes de alcanzar el deducible.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos 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 servicios específicos?	No.	No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	<b>Dentro de la red:</b> \$2,000 Individuo/\$4,000 Familia. <b>Fuera de la red:</b> \$6,000 Individuo/\$12,000 Familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada uno debe alcanzar su propio <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	Primas, facturación del saldo, multas y pagos por atención medica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Si. Para encontrar un proveedor medico dentro de la red, vea <a href="http://www.regence.com">www.regence.com</a> o llame al (866) 240-9580. Para encontrar una farmacia dentro de la red, vea <a href="http://www.optumrx.com">www.optumrx.com</a> o llame al	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a 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 su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
	(844) 368-0083.	servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

 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 <a href="#">proveedor</a>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$20 <a href="#">copago</a> por visita. El <a href="#">deducible</a> no aplica. 20% <a href="#">coseguro</a> para todos los demás servicios.	40% de <a href="#">coseguro</a>	El copago solo aplica a cada visita dentro de la red. Todos los demás servicios están cubiertos al coseguro especificado, después del deducible.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	\$40 <a href="#">copago</a> por visita. El <a href="#">deducible</a> no aplica. 20% <a href="#">coseguro</a> para todos los demás servicios.	40% de <a href="#">coseguro</a>	Servicios de acupuntura, manipulación espinal, y terapia de masaje dentro de la red limitado a 36 visitas combinadas por año y están sujetos a \$40 de copago por visita, el deducible no aplica; fuera de la red sujetos al coseguro especificado, después del deducible.
	<a href="#">Atención preventiva/ evaluación</a> /vacunas	Sin Costo	40% de <a href="#">coseguro</a>	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno

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)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://www.optumrx.com">www.optumrx.com</a>	Medicamentos genéricos	Suministro de 0 a 30 días – Sin Costo Suministro de 31 a 90 días – Sin Costo	40% de <a href="#">coseguro</a>	Solo medicamentos de mantenimiento son elegibles para el suministro de 90 días. Se permiten dos rellenos de gracia de 30 días para medicamentos de mantenimiento, después de lo cual debe obtener un suministro de 90 días o no habrá cobertura.  Medicamentos de marca con un genérico disponible - copago de marca más la diferencia de costo entre marca y genérico, excepto si se prescribe "dispensar según lo escrito".  Los medicamentos especializados deben obtenerse a través de la exclusiva red de farmacias especializadas de OptumRx.
	Medicamentos de marca preferidos	Suministro de 0 a 30 días – \$30 copago por receta Suministro de 31 a 90 días – \$60 copago por receta	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	Medicamentos de marca no preferidos	Suministro de 0 a 30 días – \$80 copago por receta Suministro de 31 a 90 días – \$160 copago por receta	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	Suministro de 0 a 30 días – \$100 copago por receta Suministro de 31 a 90 días – No esta cubierto	No esta cubierto	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener la preautorización, llame a Regence al (866) 240-9580.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	20% de <a href="#">coseguro</a> después de \$160 de copago por visita	20% de <a href="#">coseguro</a> después de \$160 de copago por visita	El copago se aplica al cargo de la instalación por cada visita (excepto si se admite), ya sea que se haya cumplido o no el deducible.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$60 de copago por visita. El <a href="#">deducible</a> no aplica. 20% <a href="#">coseguro</a> para todos los demás servicios.	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Requiere autorización previa. Para obtener la preautorización, llame a Regence al (866) 240-9580.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	

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)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 <a href="#">copago</a> por visita. El <a href="#">deducible</a> no aplica. 20% <a href="#">coseguro</a> para todos los demás servicios.	40% de <a href="#">coseguro</a>	El copago solo aplica a cada visita al consultorio/psicoterapia dentro de la red. Todos los demás servicios están cubiertos al coseguro especificado, después del deducible.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Requiere autorización previa. Para obtener la preautorización, llame a Regence al (866) 240-9580.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Copago de \$20 por visita al consultorio dentro de la red para confirmar el embarazo. Posteriormente, todos los servicios dentro de la red (atención prenatal, parto y atención posparto) están sujetos al deducible y al coseguro. Los costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	

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)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Limitado a 130 visitas por año. Requiere autorización previa. Para obtener la preautorización, llame a Regence al (866) 240-9580.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$40 <a href="#">copago</a> por visita ambulatoria. El <a href="#">deducible</a> no aplica. 20% <a href="#">coseguro</a> por servicios hospitalarios	40% de <a href="#">coseguro</a>	El copago se aplica solo a cada visita dentro de la red. 40 visitas combinadas ambulatorias por año para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Servicios para pacientes hospitalizados limitados a 30 días por año.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$40 <a href="#">copago</a> por visita El <a href="#">deducible</a> no aplica.	40% de <a href="#">coseguro</a>	El copago se aplica solo a cada visita dentro de la red. 40 visitas combinadas de neurodesarrollo por año para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Terapia del neurodesarrollo limitada a personas menores de 18 años.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Limitado a 60 días de hospitalización por año. Requiere autorización previa. Para obtener la preautorización, llame a Regence al (866) 240-9580.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	Ninguno
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	20% de <a href="#">coseguro</a>	40% de <a href="#">coseguro</a>	14 días de relevo para pacientes hospitalizados o ambulatorios de por vida.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	No esta cubierto	No esta cubierto	Ninguno
	Anteojos para niños	No esta cubierto	No esta cubierto	Ninguno
	Control dental para niños	No esta cubierto	No esta cubierto	Ninguno

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<b>Servicios que su <a href="#">Plan</a>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> <li>Cirugía estética</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado dental (adulto)</li> <li>Cuidados a largo plazo</li> <li>Cuidado ocular de rutina (adulto)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermería de servicio privado</li> <li>Terapia génica y tratamiento y medicamentos de terapia celular adoptiva.</li> </ul>

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura (aplican límites de visitas)</li><li>• Atención quiropráctica, manipulaciones espinales solamente (aplican límites de visitas)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos (se aplican limitaciones)</li><li>• Cirugía bariátrica (se aplican limitaciones)</li><li>• Cuidado rutinario de los pies</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Programas de pérdida de peso (se aplican limitaciones)</li><li>• Tratamiento de infertilidad (se aplican limitaciones)</li></ul>
---	--	--

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con la Oficina Administrativa al (833)-389-0027. La información de contacto de esos organismos es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, al 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), 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](#) 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 la Oficina Administrativa al (833)-389-0027 o Department of Labor's Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

#### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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

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 (833) 389-0027.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa (833) 389-0027.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 (833) 389-0027.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' (833) 389-0027.

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



## 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$800
■ <a href="#">Especialistas copago</a>	\$40
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>	20%
■ Otros <a href="#">coseguro</a>	20%

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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$800
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$2,060</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$800
■ <a href="#">Especialistas copago</a>	\$40
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>	20%
■ Otros <a href="#">coseguro</a>	20%

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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$800
<a href="#">Copagos</a>	\$1,200
<a href="#">Coseguro</a>	\$10
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,020</b>

### Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$800
■ <a href="#">Especialistas copago</a>	\$40
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>	20%
■ Otros <a href="#">coseguro</a>	20%

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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$800
<a href="#">Copagos</a>	\$460
<a href="#">Coseguro</a>	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,460</b>

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