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 o llamar al (833)-389-0027 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	**Dentro de la red**: $1,000 Individuo/$2,000 Familia. **Fuera de la red**: $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 plan, cada miembro de la familia deberá alcanza su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Si. Medicamentos con receta de farmacias dentro de la red, consultas medicas y exámenes pruebas de diagnóstico de un proveedor dentro de la red, y 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 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	**Dentro de la red:** $2,800 Individuo/$5,600 Familia. **Fuera de la red**: $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 plan, cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos del bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos del bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	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 proveedor dentro de la red?	Si. Para encontrar un proveedor medico dentro de la red, vea www.regence.com o llame al (866) 240-9580. Para encontrar una farmacia dentro de	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

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
	la red, vea www.optumrx.com o llame al (844) 368-0083.	proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	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 proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	$30 copago por visita. El deducible no aplica. 20% coseguro para todos los demás servicios.	40% de coseguro	Las primeras 3 visitas anuales a consultorios de atención primaria o de salud mental/psicoterapia con proveedores de la red PPO estarán cubiertas con un copago de $5. El copago solo aplica a cada visita dentro de la red. Todos los demás servicios están cubiertos al coseguro especificado, después del deducible. Servicios de acupuntura, manipulación espinal, y terapia de masaje dentro de la red limitado a 36 visitas combinadas por año y están sujetos a $50 de copago por visita, el deducible no aplica; fuera de la red sujetos al coseguro especificado, después del deducible.
	Consulta con un especialista	$50 copago por visita. El deducible no aplica. 20% coseguro para todos los demás servicios.	40% de coseguro	
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin Costo	40% de coseguro	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	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro, el deducible no aplica	40% de coseguro	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)	
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguno
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.optumrx.com	Medicamentos genéricos	Suministro de 0 a 30 días – $5 copago por receta Suministro de 31 a 90 días – $10 copago por receta	40% de coseguro	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 – $50 copago por receta Suministro de 31 a 90 días – $100 copago por receta	40% de coseguro	
	Medicamentos de marca no preferidos	Suministro de 0 a 30 días – $100 copago por receta Suministro de 31 a 90 días – $200 copago por receta	40% de coseguro	
	Medicamentos de especialidad	Suministro de 0 a 30 días – $150 copago por receta Suministro de 31 a 90 días – No esta cubierto	No esta cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	Algunos servicios requieren autorización previa. Para obtener la preautorizacion, llame a Regence al (866) 240-9580.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	

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 atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	20% de coseguro después de $250 de copago por visita	20% de coseguro después de $250 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.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguno
	Atención de urgencia	$70 de copago por visita. El deducible no aplica. 20% coseguro para todos los demás servicios.	40% de coseguro	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	Requiere autorización previa. Para obtener la preautorizacion, llame a Regence al (866) 240-9580.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$30 copago por visita. El deducible no aplica. 20% coseguro para todos los demás servicios.	40% de coseguro	Las primeras 3 visitas anuales a consultorios de atención primaria o de salud mental/psicoterapia con proveedores de la red PPO estarán cubiertas con un copago de $5. 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 coseguro	40% de coseguro	Requiere autorización previa. Para obtener la preautorizacion, llame a Regence al (866) 240-9580.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de coseguro	40% de coseguro	Copago de $30 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
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	

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)	
				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).
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	Limitado a 130 visitas por año. Requiere autorización previa. Para obtener la preautorizacion, llame a Regence al (866) 240-9580.
	Servicios de rehabilitación	$50 copago por visita ambulatoria. El deducible no aplica. 20% coseguro por servicios hospitalarios	40% de coseguro	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.
	Servicios de habilitación	$50 copago por visita El deducible no aplica.	40% de coseguro	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.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	Limitado a 60 días de hospitalización por año. Requiere autorización previa. Para obtener la preautorizacion, llame a Regence al (866) 240-9580.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguno
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro	40% de coseguro	14 días de relevo para pacientes hospitalizados o ambulatorios de por vida.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	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:

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).		
• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. • Cirugía estética	• Cuidado dental (adulto) • Cuidados a largo plazo • Cuidado ocular de rutina (adulto)	• Enfermería de servicio privado • Terapia génica y tratamiento y medicamentos de terapia celular adoptiva.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
• Acupuntura (aplican límites de visitas) • Atención quiropráctica, manipulaciones espinales solamente (aplican límites de visitas)	• Audífonos (se aplican limitaciones) • Cirugía bariátrica (se aplican limitaciones) • Cuidado rutinario de los pies	• Programas de pérdida de peso (se aplican limitaciones) • Tratamiento de infertilidad (se aplican limitaciones)

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 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. 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 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.

¿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, kwiijigo 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 deducible general del plan **$1,000**
- Especialistas *copago* **$50**
- Hospital (establecimiento) *coseguro* **20%**
- Otros *coseguro* **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)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$1,000
Copagos	$0
Coseguro	$1,800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$2,860**

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 **$1,000**
- Especialistas *copago* **$50**
- Hospital (establecimiento) *coseguro* **20%**
- Otros *coseguro* **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)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$800
Copagos	$1,800
Coseguro	$20
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$2,640**

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

- El deducible general del plan **$1,000**
- Especialistas *copago* **$50**
- Hospital (establecimiento) *coseguro* **20%**
- Otros *coseguro* **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)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$1,000
Copagos	$650
Coseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,850**

El **plan** sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.