



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 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 530-378-8200 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$250/persona o \$500/familia USD	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el 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 debe cumplir con su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible familiar
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí, Atención preventiva	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con la cantidad del deducible . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de cumplir con su deducible . Vea una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$2000/persona o \$4000/familia USD	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tiene que cumplir con sus propios límite a los gastos directos del bolsillo personal hasta que se cumpla el límite a los gastos directos del bolsillo familiar general.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas , facturación del saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Véa www.bluecares.com o llame 530-378-8200 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios

¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un <u>referido</u> .
--	-----	---

 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	20% coseguro	20% coseguro	Ninguna
	Visita al especialista	20% coseguro	20% coseguro	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Entonces compruebe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	20% coseguro	20% coseguro	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% coseguro	20% coseguro	Ninguna
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	20% coseguro (al por menor y por correo)	No cubierto	El recibo de la prescripción se debe someter al plan para el reembolso.
	Medicamentos de marcas preferidas	40% coseguro (al por menor y por correo)	No cubierto	El recibo de la prescripción se debe someter al plan para el reembolso.
	Medicamentos de marcas no preferidas	40% coseguro (al por menor y por correo)	No cubierto	El recibo de la prescripción se debe someter al plan para el reembolso.
	Medicamentos especializados	40% coseguro (al por menor y por correo)	No cubierto	El recibo de la prescripción se debe someter al plan para el reembolso.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro	20% coseguro	Se requiere Preautorización . No hay cobertura para proveedores excluidos

[* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o descripción del plan de resumen.]

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)	
	Honorarios del médico/cirujano	20% coseguro	20% coseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% coseguro	20% coseguro	No hay cobertura para proveedores excluidos
	Transporte médico de emergencia	20% coseguro	20% coseguro	Ninguna
	Atención de urgencia	20% coseguro	20% coseguro	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% coseguro	20% coseguro 25% pena	Se requiere Preautorización . No hay cobertura para proveedores excluidos
	Honorarios del médico/cirujano	20% coseguro	20% coseguro	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	20% coseguro	20% coseguro	Tratamiento de abuso de sustancias no cubierto
	Servicios internos	20% coseguro	20% coseguro 25% pena	Se requiere Preautorización . No hay cobertura para proveedores excluidos. Tratamiento de abuso de sustancias no cubierto
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% coseguro	20% coseguro	Limitado a empleados y cónyuges. El costo compartido no se aplica a ciertos Atención preventiva . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse coseguro .
	Servicios de parto profesionales	20% coseguro	20% coseguro	Limitado a empleados y cónyuges.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% coseguro	20% coseguro 25% pena	No hay cobertura para proveedores excluidos. Limitado a empleados y cónyuges.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% coseguro	20% coseguro	Enfermeras registradas solamente. En lugar de hospitalización solamente.
	Servicios de rehabilitación	20% coseguro	20% coseguro	18 visits/12 month limit
	Servicios de habilitación	No cubierto	No cubierto	No cubierto
	Cuidado de enfermería especializada	20% coseguro	20% coseguro	Enfermeras registradas solamente. En lugar de hospitalización solamente.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	20% coseguro	Limitada a equipos médicos duraderos en la lista de políticas
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No cubierto	No cubierto	No cubierto

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 su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	20% coseguro	20% coseguro	80% of \$200/24-meses USD
	Anteojos para niños	20% coseguro	20% coseguro	80% of \$200/24-meses USD
	Chequeo dental pediátrico	20% coseguro	20% coseguro	80% of \$1250/año USD

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](#).)

- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Enfermera de servicio privado

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

- Cirugía bariátrica (programa de control de peso)
- Cuidado quiropráctico
- Cuidado dental (Adulto)
- Audífonos
- Cuidado no urgente cuando viaja fuera de los Estados Unidos
- Cuidado ocular de rutina (Adulto)
- Cuidado rutinario del pie (excluye el orthotics)
- Programa de pérdida de peso

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: La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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: La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia al Consumidor de California, operado por el Departamento de Administración de Salud de California y el Departamento de Seguros, al (888) 466-2219 o <http://www.healthhelp.ca.gov>. Una lista de estados con Programas de Asistencia al Consumidor está disponible en www.dol.gov/ebsa/healthreform y <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/>.

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

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

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 1-800-225-5254.

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-225-5254.

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-800-225-5254.

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-225-5254.

—————*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	\$250
■ Especialista [costo compartido]	20%
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	20%
■ Otro [costo compartido]	20%

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	\$12,800 USD
-------------------------------	---------------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$250 USD
Copagos	\$0 USD
Coseguro	\$1,750 USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60 USD
El total que Peg pagaría es	\$2,060 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	\$250
■ Especialista [costo compartido]	20%
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	20%
■ Otro [costo compartido]	20%

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	\$7,400 USD
-------------------------------	--------------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$250 USD
Copagos	\$0 USD
Coseguro	\$1,750 USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$500 USD
El total que Joe pagaría es	\$2,500 USD

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$250
■ Especialista [costo compartido]	20%
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	20%
■ Otro [costo compartido]	20%

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	\$1,900 USD
-------------------------------	--------------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$250 USD
Copagos	\$0 USD
Coseguro	\$30 USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0 USD
El total que Mia pagaría es	\$280 USD

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO. Nota: Estos números asumen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si participa en el programa de bienestar del [plan](#), es posible que pueda reducir sus costos. Para más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con: Departamento de Beneficios de Salud (530) 378-8200.