



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, [insert contact information]. 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.\[insert\].com](#) o llamar al 1-800-[insert] para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?	\$	
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?		
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?	\$	
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$	
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?		
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?		
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?		

⚠ 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)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión			
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>			
	<a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas			
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)			
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)			
<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="#">www.[insert].com</a>	Medicamentos genéricos			
	Medicamentos de marca preferidos			
	Medicamentos de marca no preferidos			
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>			
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)			
	Tarifas del médico/cirujano			

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	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>			
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>			
	<a href="#">Atención de urgencia</a>			
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)			
	Tarifas del médico/cirujano			
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios			
	Servicios para pacientes hospitalizados			
Si está embarazada	Visitas al consultorio			
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto			
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto			
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>			
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>			
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>			
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>			
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>			
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>			
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños			
	Anteojos para niños			
	Control dental para niños			

## 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](#)).

- |   |   |   |
|---|---|---|
| • | • | • |
|---|---|---|

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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| • | • | • |
|---|---|---|

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. 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: [insert applicable contact information from instructions].

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

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/No]

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 [insertar número de teléfono].]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [insertar número de teléfono].]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 [insertar número de teléfono].]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' [insertar número de teléfono].]

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

**Declaración de revelación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión 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.

## 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](#) \$
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$
- Hospital (establecimiento) %
- [\[costo compartido\]](#)
- Otros [\[costo compartido\]](#) %

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>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$
<a href="#">Copagos</a>	\$
<a href="#">Coseguro</a>	\$
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$</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 [deducible](#) general del [plan](#) \$
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$
- Hospital (establecimiento) %
- [\[costo compartido\]](#)
- Otros [\[costo compartido\]](#) %

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>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$
<a href="#">Copagos</a>	\$
<a href="#">Coseguro</a>	\$
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$</b>

### Fractura simple de Mía

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$
- Hospital (establecimiento) %
- [\[costo compartido\]](#)
- Otros [\[costo compartido\]](#) %

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>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$
<a href="#">Copagos</a>	\$
<a href="#">Coseguro</a>	\$
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$</b>

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