




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 a 1-800-649-9121. 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.dol.gov/ebsa/healthreform.com](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform.com) o llamar al 1-800-649-9121 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?	<u>Dentro de la Red:</u> \$1,500 Individual \$4,500 Familia <u>Fuera de la Red:</u> \$3,000 Individual \$9,000 Familia	En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su <a href="#">deducible</a> individuo hasta que la cantidad total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia se han cumplido con el <a href="#">deducible</a> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?	Si. Servicios preventivos, Segundas opiniones quirúrgicas, programas para dejar de fumar, y educación y asesoramiento diabético	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, <a href="#">este</a> plan cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> 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?	Si. Medicamentos con receta: \$1,500 Individual \$4,500 Familia	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de <a href="#">deducible</a> , antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar estos servicios.
¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	<u>Dentro de la Red:</u> \$4,725 Individual \$9,450 Familia <u>Fuera de la Red:</u> \$10,000 Individual \$30,000 Familia Hay un límite de desembolso separado para medicamentos recetados: \$4,725 Individual / \$9.450 Familia	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tiene que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta que cumplan el <a href="#">límite de desembolso</a> general de la familia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	Preautorización sanciones, servicios y suministros de visión, Primas, cargos por cobros de facturación, y cuidados de salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> .
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Para una lista de proveedores participantes, vaya a: <a href="http://www.pinnacletpa.com">www.pinnacletpa.com</a> o llame al 1-800-649-9121.	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> 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="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Las visitas virtuales y de telesalud están cubiertas sin costo alguno.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	<a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas	Sin cargo No se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Exámenes físicos de rutina y mamografías de rutina limitados a un examen y una mamografía por año calendario.  Es posible que tenga que pagar por servicios que no son Preventiva. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. A continuación, compruebe lo que su <a href="#">plan</a> pagará.

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 se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
<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.mysmithrx.com">www.mysmithrx.com</a> o 844-454-5201.	Medicamentos genéricos	20% <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Venta al por menor: suministro de 30 días. Pedido por correo: suministro de 90 días.
	Medicamentos de marca preferidos	20% <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Cubierto únicamente cuando no hay disponible un equivalente genérico. Venta al por menor: suministro de 30 días. Pedido por correo: suministro de 90 días.
	Medicamentos de marca no preferidos	20% <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Venta al por menor: suministro de 30 días. Pedido por correo: suministro de 90 días.
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Sin cobertura	Ninguna.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .
	Tarifas del médico/cirujano	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.

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="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	El uso compartido de costos no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> .
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para un parto normal más allá de 48 horas y una cesárea más allá de 96 horas.
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere referencia. Terapia ocupacional cubierta solo durante la internación como paciente hospitalizado. La terapia del habla está cubierta únicamente después de una enfermedad o lesión.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere referencia. Cubierto únicamente durante la hospitalización como paciente internado.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> . Límite: 120 días por año calendario

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="#">Equipo médico duradero</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Ninguna.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	20% <a href="#">coseguro</a>	40% <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa para los servicios para pacientes hospitalizados. Cubierto para una esperanza de vida de 6 meses o menos. Consejería de duelo disponible para la familia inmediata hasta 15 sesiones.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo. No se aplica el <a href="#">deducible</a>	Sin cobertura	Cobertura limitada al examen de atención preventiva.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Referirse al plan dental.

#### 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](#)).

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudas auditivas</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Cuidado a largo plazo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado rutinario de los ojos (adulto)</li> <li>• Cuidado rutinario del pie</li> <li>• Plan del cuidado dental (adulto)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas para pérdida de peso</li> <li>• Tratamiento de la infertilidad</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</li> <li>• Cirugía de Bariátrica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado Quiropráctico</li> <li>• Cuidado de No-emergencia al viajar E.E.U.U.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de enfermera privada</li> </ul> |
|---|--|--|

**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: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration a 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa.healthreform](http://www.dol.gov/ebsa.healthreform). 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

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 1-800-649-9121.

*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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,500
■ <a href="#">Especialistas coseguro</a>	20%
■ Hospital (establecimiento) coseguro	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:**

*Costos compartidos*

<a href="#">Deducibles</a>	\$1,500
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,200

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,760</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>	\$1,500
■ <a href="#">Especialistas coseguro</a>	20%
■ Hospital (establecimiento) coseguro	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:**

*Costos compartidos*

<a href="#">Deducibles</a>	\$1,500
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$800

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,320</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>	\$1,500
■ <a href="#">Especialistas coseguro</a>	20%
■ Hospital (establecimiento) coseguro	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:**

*Costos compartidos*

<a href="#">Deducibles</a>	\$1,500
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$300

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,800</b>

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