



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> <b>\$1,500</b> Individual <b>\$4,500</b> Familia <u>Fuera de la Red:</u> <b>\$3,000</b> Individual <b>\$9,000</b> 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> individual 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: <b>\$1,500</b> Individual <b>\$4,500</b> 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> <b>\$4,725</b> Individual <b>\$9,450</b> Familia <u>Fuera de la Red:</u> <b>\$10,000</b> Individual <b>\$30,000</b> Familia Hay un límite de desembolso separado para medicamentos recetados: <b>\$4,725</b> Individual / <b>\$9,450</b> 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 de proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red del 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/vacunas</a>	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)	
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguna.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en <a href="http://www.mysmithrx.com">www.mysmithrx.com</a> o 844-454-5201.	Medicamentos genéricos	20% <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Venta al por menor: suministro de 30 días. Pedido por correo: suministro de 90 días.
	Medicamentos de marca preferidos	20% <u>coseguro</u>	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% <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Venta al por menor: suministro de 30 días. Pedido por correo: suministro de 90 días.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	20% <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	Ninguna.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	Ninguna.
	<u>Atención de urgencia</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	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>	<u>Equipo médico duradero</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguna. 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.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo. No se aplica el <u>deductible</u>	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).**

- |                         |  |                                  |
|-------------------------|--|----------------------------------|
| • Ayudas auditivas      | • Cuidado rutinario de los ojos (adulto) | • Programas para pérdida de peso |
| • Cirugía cosmética     | • Cuidado rutinario del pie              | • Tratamiento de la infertilidad |
| • Cuidado a largo plazo | • Plan del cuidado dental (adulto)       |                                  |

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

- |                         |   |                                |
|-------------------------|---|--------------------------------|
| • Acupuntura            | • Cuidado Quiropráctico                       | • Cuidado de enfermera privada |
| • Cirugía de Bariatrica | • Cuidado de No-emergencia al viajar E.E.U.U. |                                |

**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)

Costo total del ejemplo	\$12,700
-------------------------	----------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deductibles</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)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deductibles</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)

Costo total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deductibles</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.