



El document Resumen de Beneficios Y Cobertura (SBC, por sus siglas en ingles) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará por separado.

**Esto es sólo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, [insértese la información de contacto]. Para las definiciones generales de términos comunes, como [el importe permitido](#), [la facturación del saldo](#), [el co-seguro](#), [el co-pago](#), [el deducible](#), [el proveedor](#) u otros términos subrayados, véase el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.\[insértese\].com](#) o llame al 1-800-[insértese] para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                       | Respuestas                                                   | Por qué esto importa:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <b>deducible</b> general?                                       | <b>\$3,000 individual/\$6,000 EE+ o Familia</b>              | <b>Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta cumplir con su deducible antes de que este plan comience a pagar.</b><br>Si tiene otros miembros de la familia en el plan, el deducible familiar general debe cumplirse antes de que el plan comience a pagar.<br>El PLAN EN CAPAS cubre \$4,000 del deducible individual y \$8,000 del empleado más cónyuge, hijos o deducible familiar de su plan médico principal. Solo los cargos permitidos por su plan médico principal son permitidos por su PLAN EN CAPAS.                     |
| <u>¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con su deducible?</u>          | Sí                                                           | Este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted cumpla con su deducible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ¿Hay otros <b>deducibles</b> de servicios específicos?                      | Sí                                                           | Usted tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos, excepto los servicios preventivos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Cuál es el <b>límite de gastos de su bolsillo</b> para este plan?          | <b>\$3,000 soltero/\$6,000 EE+ o familia</b>                 | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan, el límite general de gastos de bolsillo de la familia es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos.<br>El PLAN EN CAPAS cubre \$4,000 del máximo individual de su bolsillo y \$9,000 del empleado más cónyuge, hijos o familia de su bolsillo máximo de su plan médico principal. Solo los cargos permitidos por su plan médico principal son permitidos por su PLAN EN CAPAS. |
| ¿Que es lo que no está incluido en el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ? | <b>Gastos no permitidos por su política médica principal</b> | Sus gastos de bolsillo pueden ser sustancialmente más altos si usted sale de la red para su atención, o si su aseguradora médica principal niega la cobertura de su atención médica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Pagará menos si utiliza                                                    | Sí                                                           | Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan. Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir 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                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| un <b>proveedor de red</b> ?                                        |    | su proveedor de red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios. Consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura proporcionado por su aseguradora médica principal para obtener detalles sobre las limitaciones de cobertura fuera de la red. |
| ¿Necesita una <b>referencia</b> para ver a un <b>especialista</b> ? | No | Usted puede ver al especialista que elija sin una referencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



Todos los costos de co-pago y co-seguro que se muestran en esta tabla son después de que se haya cumplido su deducible, si se aplica un deducible.

| Evento medico Común                                                                                                                                                                                        | Servicios que puede necesitar                                      | Lo que pagará                             |                                              | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                            |                                                                    | Proveedor de red (Usted pagará lo menos)  | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) |                                                         |
| <b>Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b>                                                                                                            | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad    | 0%, después de que se cumpla su deducible | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                                                                                                                                            | Visita de especialista                                             | 0%, después de que se cumpla su deducible | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                                                                                                                                            | <a href="#">Cuidado preventivo/cribado/</a> Inmunización           | \$0                                       | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
| <b>Si usted tiene una prueba</b>                                                                                                                                                                           | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (rayos X, análisis de sangre)   | 0%, después de que se cumpla su deducible | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                                                                                                                                            | Imágenes (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)  | 0%, después de que se cumpla su deducible | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br>Más información sobre <a href="#">la cobertura de medicamentos recetados</a> está disponible en <a href="#">www.[insertar].com</a> | Medicamentos genéricos                                             | 0%, después de que se cumpla su deducible | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                                                                                                                                            | Medicamentos de marca preferidos                                   | 0%, después de que se cumpla su deducible | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                                                                                                                                            | Medicamentos de marca no preferidos                                | 0%, después de que se cumpla su deducible | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                                                                                                                                            | <a href="#">Medicamentos especializados</a>                        | 0%, después de que se cumpla su deducible | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
| <b>Si se somete a una</b>                                                                                                                                                                                  | Tarifa de instalación (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | 0%, después de que se cumpla su deducible | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |

| Evento medico Común                                                                     | Servicios que puede necesitar                                | Lo que pagará                                          |                                              | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                         |                                                              | Proveedor de red (Usted pagará lo menos)               | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) |                                                         |
| <b>cirugía ambulatoria</b>                                                              | Honorarios de médico/cirujano                                | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                            | <a href="#">Cuidado de la sala de emergencias</a>            | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                         | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>              | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                         | <a href="#">Atención urgente</a>                             | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
| <b>Si tiene una estancia hospitalaria</b>                                               | Tarifa de instalación (por ejemplo, habitación del hospital) | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                         | Honorarios de médico/cirujano                                | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias</b>    | Servicios ambulatorios                                       | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados                      | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas a la oficina                                         | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                         | Servicios profesionales de parto                             | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                         | Servicios de instalaciones de parto/sala de parto            | 0%, después de que se cumpla su deducible              |                                              |                                                         |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>              | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                         | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                  | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                         | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                    | 0%, después de que se cumpla su deducible del Plan Gap | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                         | <a href="#">Cuidados de enfermería especializada</a>         | 0%, después de que se cumpla su deducible del Plan Gap | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                         | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                       | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |
|                                                                                         | <a href="#">Servicios de hospicio</a>                        | 0%, después de que se cumpla su deducible              | No cubierto                                  | <a href="#">Ver plan médico principal</a>               |

| Evento medico Común                                | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará                            |                                              | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|----------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                    |                               | Proveedor de red (Usted pagará lo menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) |                                                         |
| <b>Si su hijo necesita cuidado dental o ocular</b> | Examen ocular infantil        | No cubierto                              | No cubierto                                  | Ver plan médico principal                               |
|                                                    | Gafas infantiles              | No cubierto                              | No cubierto                                  | Ver plan médico principal                               |
|                                                    | Chequeo dental infantil       | No cubierto                              | No cubierto                                  | Ver plan médico principal                               |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente **NO** cubre (Consulte su póliza o documento de plan para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

Servicios no cubiertos por su política médica principal

•

#### Otros Servicios Cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#). )

N/A

•

**Sus derechos para continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que termine. La información de contacto para esas agencias es: [insértese el Estado, HHS, DOL y/u otra información de contacto de la agencia aplicable]. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluyendo la compra de 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.

**Sus derechos de queja y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) para una denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar una [reclamación](#), [apelación](#), o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, póngase en contacto con: [insértese la información de contacto aplicable de las instrucciones].

#### ¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? [Sí]

Si no tiene [Cobertura Esencial Mínima](#) por un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de que tiene cobertura de salud para ese mes..

#### ¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? [Sí]

Si su [plan](#) no cumple con los Mínimo, usted puede ser elegible para un crédito tributario de [prima](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

**Servicios de acceso a idiomas:**

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [630-762-1717.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [N/A.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 [N/A]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' [N/A]

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.*—————

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es un estimador de costos.** Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobran y muchos otros factores. Concéntrese en los montos [de costo compartido](#) ([deducibles](#), co-pagos y [co-seguros](#)) y [excluidos los servicios](#) bajo el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura de solo uno por cuenta a sí mismo.

### María está teniendo un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$3,000 |
| ■ <a href="#">Especialista</a> [costos compartidos]             | 0%      |
| ■ Hospital (instalación) [costos compartidos]                   | 0%      |
| ■ Otro [compartición de costos]                                 | 0%      |

Este evento **EXAMPLE** incluye servicios como:

Visitas al consultorio (atención prenatal)  
Servicios profesionales de parto  
Servicios de instalación de parto  
Exámenes Diagnosticos (análisis de sangre)  
Visita de especialista (*anestesia*)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,800</b> |
|--------------------------------|-----------------|

| En este ejemplo, María pagaría:<br><i>Reparto de costos</i> |                |
|-------------------------------------------------------------|----------------|
| Deducibles                                                  | \$3,000        |
| Co-pagos                                                    | \$0            |
| Co-seguro                                                   | \$0            |
| <i>Lo que no está cubierto</i>                              |                |
| Límites o exclusiones                                       | \$0            |
| <b>El total que María pagaría es</b>                        | <b>\$3,000</b> |

### Manejo de la diabetes tipo 2 de José

(un año de cuidado rutinario dentro de la red de una condición bien controlada)

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$3,000 |
| ■ <a href="#">Especialista</a> [costos compartidos]             | 0%      |
| ■ Hospital (instalación) [costos compartidos]                   | 0%      |
| ■ Otro [compartición de costos]                                 | 0%      |

Este evento **EXAMPLE** incluye servicios como:

Visitas al consultorio (atención prenatal)  
Servicios profesionales de parto  
Servicios de instalación de parto  
Exámenes Diagnosticos (análisis de sangre)  
Visita de especialista (*anestesia*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$7,400</b> |
|--------------------------------|----------------|

| En este ejemplo, María pagaría:<br><i>Reparto de costos</i> |                |
|-------------------------------------------------------------|----------------|
| Deducibles                                                  | \$3,000        |
| Co-pagos                                                    | \$0            |
| Co-seguro                                                   | \$0            |
| <i>Lo que no está cubierto</i>                              |                |
| Límites o exclusiones                                       | \$0            |
| <b>El total que María pagaría es</b>                        | <b>\$3,000</b> |

### Fractura simple de Adán

(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> | \$3,000 |
| ■ <a href="#">Especialista</a> [costos compartidos]             | 0%      |
| ■ Hospital (instalación) [costos compartidos]                   | 0%      |
| ■ Otro [compartición de costos]                                 | 0%      |

Este evento **EXAMPLE** incluye servicios como:

Atención a la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)  
Prueba diagnóstica (*rayos X*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$1,900</b> |
|--------------------------------|----------------|

| En este ejemplo, Adán pagaría:<br><i>Reparto de costos</i> |                |
|------------------------------------------------------------|----------------|
| Deducibles                                                 | \$1,900        |
| Co-pagos                                                   | \$0            |
| Co-seguro                                                  | \$0            |
| <i>Lo que no está cubierto</i>                             |                |
| Límites o exclusiones                                      | \$             |
| <b>El total que Adán pagaría es</b>                        | <b>\$1,900</b> |