



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) 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 deducible general?	\$2,500 individual/\$5,000 EE+ o Familia	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto de su deducible antes de que este plan comience a pagar. <u>Si tiene otros miembros de la familia en el plan, este plan comenzará a pagar por un miembro de la familia una vez que cumpla con su propio deducible individual.</u> También pagará si la cantidad total de su deducibles es alcanzada por todos los miembros de la familia que a su vez cumplirá con el deducible familiar. El PLAN EN CAPAS cubre \$4,500 del deducible individual y \$9,000 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.
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con su deducible ??	Sí. Visitas al consultorio, recetas y atención urgente, sujeto a los copagos que se enumeran a continuación.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con el monto deducible, pero puede aplicarse un co-pago o co-seguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios sin costo compartido y antes de cumplir con su deducible
¿Hay otros deducibles de servicios específicos?	No	Usted no tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan ??	\$4,000 soltero/\$8,000 EE+ o Familia	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, ellos tienen que cumplir con sus propios límites de bolsillo hasta que se haya cumplido el límite general de gastos de bolsillo de la familia. El PLAN EN CAPAS cubre \$3,000 del máximo costo de bolsillo individual y \$7,000 del empleado más cónyuge, hijos o familia del máximo costo de su bolsillo según su plan médico principal. Solo los cargos permitidos por su plan médico principal son permitidos por su PLAN EN CAPAS.
Lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ??	Gastos no permitidos por su política médica principal	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 un proveedor de red ?	Yes	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 del proveedor por la

		diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que 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 referencia para ver a un especialista ??	No	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 médico 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)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20	No cubierto	Ver plan médico principal
	Visita de especialista	\$20	No cubierto	Ver plan médico principal
	Cuidado preventivo/cribado/ Inmunización	\$0	No cubierto	Ver plan médico principal
Si usted tiene una prueba	Prueba diagnóstica (rayos X, análisis de sangre)	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal
	Imágenes (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en www.[insertar].com	Medicamentos genéricos	\$10	No cubierto	Ver plan médico principal
	Medicamentos de marca preferidos	\$35	No cubierto	Ver plan médico principal
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60	No cubierto	Ver plan médico principal
	Medicamentos especializados	\$150	No cubierto	Ver plan médico principal
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa de instalación (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal

Evento médico 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)	
	Honorarios de médico/cirujano	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado de la sala de emergencias	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Vea el plan médico principal. <u>Muchas exclusiones adicionales pueden aplicarse si usted podría haber obtenido atención en un centro de atención de urgencia</u>
	Transporte médico de emergencia	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal
	Atención urgente	\$50	No cubierto	Ver plan médico principal
Si tiene una estancia hospitalaria	Tarifa de instalación (por ejemplo, habitación del hospital)	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal
	Honorarios de médico/cirujano	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal
	Servicios para pacientes hospitalizados	20%, después de que se cumpla su deducible del Plan Gap	No cubierto	Ver plan médico principal
Si está embarazada	Visitas a la oficina	\$20	No cubierto	Ver plan médico principal
	Servicios profesionales de parto/entrega	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal
	Servicios de instalaciones de parto/entrega	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de la salud en el hogar	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal
	Servicios de rehabilitación	20%, después de que se cumpla su	No cubierto	Ver plan médico principal
	Servicios de habilitación	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal
	Cuidados de enfermería especializada	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal
	Equipo médico duradero	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal
	Servicios de hospicio	20%, después de que se cumpla su deducible	No cubierto	Ver plan médico principal

Evento médico 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)	
Si su hijo necesita cuidado dental o ocular	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 del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio [excluido](#).)

Servicios no cubiertos por su póliza 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 [Mercado](#), visite 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? [Si]

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? [Si]

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](#).

Language Access Services:

[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): Dinekehgo 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

María está teniendo un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)

■ El deducible general del plan	\$2,500
■ Especialista [costos compartidos]	\$20
■ Hospital (facilidad) [costos compartidos]	0%
■ Otros [reparto de costos]	0%

Este evento EXAMPLE incluye servicios como:

Visitas al consultorio de especialistas (*atención prenatal*)
Servicios profesionales de parto/entrega
Servicios de instalación de parto/entrega
Examen diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
Visita de especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, María pagaría:

Reparto de costos

Deducibles	\$2,500
Co-pagos	\$500
Co-seguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que María pagaría es	\$3,000
--------------------------------------	----------------

Manejo de la diabetes tipo 2 de José (un año de atención rutinaria dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$2,500
■ Especialista [costos compartidos]	\$20
■ Hospital (facilidad) [costos compartidos]	0%
■ Otros [reparto de costos]	0%

Este evento EXAMPLE incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)
Exámenes diagnósticos (*análisis de sangre*)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, José pagaría:

Reparto de costos

Deducibles	\$2,500
Co-pagos	\$500
Co-seguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Joe pagaría es	\$3,000
------------------------------------	----------------

Fractura simple de Adán (visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$2,500
■ Especialista [costos compartidos]	\$20
■ Hospital (facilidad) [costos compartidos]	0%
■ Otros [reparto 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*)

Costo total del ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Adán pagaría:

Reparto de costos

Deducibles	\$700
Co-pagos	\$120
Co-seguro	\$0

Lo que no está cubierto

Limits or exclusions	\$
----------------------	----

El total que Adán pagaría es	\$820
-------------------------------------	--------------