



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) |                                                         |
| Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a>                                                                                                                                                  | 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                                                                      |                                                     |                                                    |                                                         |
| Si se realiza un examen                                                                                                                                                                                          | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)                                                   |                                                     |                                                    |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                  | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) |                                                     |                                                    |                                                         |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. 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>                                                                                 |                                                     |                                                    |                                                         |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria                                                                                                                                                                              | 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): Dinekehgo shika a'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 **0.02** 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>      | \$ |
| ■ <a href="#">Especialistas</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$ |
| ■ Hospital (establecimiento) [ <a href="#">costo compartido</a> ]    | %  |
| ■ Otros [ <a href="#">costo compartido</a> ]                         | %  |

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:  |          |
| <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          | \$       |
| El total que Peg pagaría es    | \$       |

### 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>      | \$ |
| ■ <a href="#">Especialistas</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$ |
| ■ Hospital (establecimiento) [ <a href="#">costo compartido</a> ]    | %  |
| ■ Otros [ <a href="#">costo compartido</a> ]                         | %  |

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:  |         |
| <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          | \$      |
| El total que Joe pagaría es    | \$      |

### 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>      | \$ |
| ■ <a href="#">Especialistas</a> [ <a href="#">costo compartido</a> ] | \$ |
| ■ Hospital (establecimiento) [ <a href="#">costo compartido</a> ]    | %  |
| ■ Otros [ <a href="#">costo compartido</a> ]                         | %  |

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:  |         |
| <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          | \$      |
| El total que Mia pagaría es    | \$      |

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