|  |
| --- |
| **El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés)** es un documento que le ayudará a elegir un [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **médico. El SBC le muestra cómo usted y el** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **(llamada** [**prima**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium)**) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, [insert contact information]. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#allowed-amount), [facturación del saldo](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#balance-billing), [coseguro](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance), [copago](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment), [deducible](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), [proveedor](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.[insert].com o llamar a 1-800-[insert] para solicitar una copia. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Preguntas importantes** | **Respuestas** | **Por qué es importante** |
| **¿Cuál es el** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **general?** | **USD**  |  |
| **¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)**?** |  |  |
| **¿Hay algún otro** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **por servicios específicos?** | **USD** |  |
| **¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**?** | **USD** |  |
| **¿Qué no incluye el** [**desembolso máximo**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)**?** |  |  |
| **¿Pagará un poco menos si acude a un** [**proveedor dentro de la red**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network-provider) **medica?** |  |  |
| **¿Necesita un referido para ver a un** [**especialista**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)**?** |  |  |

Números de control de OMB 1545-2229, 1210-0147 y 0938-1146

Publicado el 6 de abril de 2016

| **Exclamation** | Todos los costos de [**copago**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) y [**coseguro**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible), si aplica un [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible). |
| --- | --- |

| **Eventos médicos comunes** | **Servicios que podría necesitar** | **Lo que usted paga** | **Limitaciones, excepciones y otra información importante** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)** | **Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)**  |
| **Si acude a la oficina o clínica de un** [**proveedor**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) **de salud** | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad |  |  |  |
| Visita al [especialista](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)  |  |  |  |
| [Atención preventiva](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#preventive-care)/[examen colectivo](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#screening)/vacuna |  |  |  |
| **Si se realiza un examen** | [Prueba diagnóstica](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#diagnostic-test) (radiografía, análisis de sangre) |  |  |  |
| Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)  |  |  |  |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.**Hay más información disponible acerca de la [cobertura de medicamentos con receta](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#prescription-drug-coverage) en www.[insert].com | Medicamentos genéricos |  |  |  |
| Medicamentos de marcas preferidas |  |  |  |
| Medicamentos de marcas no preferidas |  |  |  |
| [Medicamentos](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialty-drug)  especializados  |  |  |  |
| **Si se somete a una operación ambulatoria** | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) |  |  |  |
| Honorarios del médico/cirujano |  |  |  |
| **Si necesita atención médica inmediata** | [Atención en la sala de emergencias](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-room-care-emergency-services) |  |  |  |
| [Transporte médico de emergencia](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-medical-transportation) |  |  |  |
| [Atención de urgencia](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#urgent-care) |  |  |  |
| **Si le hospitalizan** | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) |  |  |  |
| Honorarios del médico/cirujano |  |  |  |
| **Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías** | Sevicios ambulatorios |  |  |  |
| Servicios internos |  |  |  |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio |  |  |  |
| Servicios de parto profesionales |  |  |  |
| Servicios de instalaciones de partos profesionales |  |  |  |
| **Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales** | [Cuidado de la salud en el hogar](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#home-health-care) |  |  |  |
| [Servicios de rehabilitación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#rehabilitation-services) |  |  |  |
| [Servicios de habilitación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#habilitation-services) |  |  |  |
| [Cuidado de enfermería especializada](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#skilled-nursing-care) |  |  |  |
| [Equipo médico duradero](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#durable-medical-equipment) |  |  |  |
| [Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#hospice-services) |  |  |  |
| **Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista** | Examen de la vista pediátrico |  |  |  |
| Anteojos para niños |  |  |  |
| Chequeo dental pediátrico |  |  |  |

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos**

|  |
| --- |
| **Servicios que su** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros** [**servicios excluidos**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#excluded-services)**.)** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**.)** |
|  |  |  |

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](http://Mercado) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](http://Mercado), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) por negarle una [reclamación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim). Esta queja se llama [reclamo](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#grievance) o [apelación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#appeal). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim) médico. Sus documentos del [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim), [apelación](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#appeal) o una [queja](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#grievance) a su [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: [insert applicable contact information from instructions].

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? [Sí/No]**

Si no tiene [cobertura esencial mínima](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-essential-coverage) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? [Sí/No]**

Si su [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) no cumple con los [estándares de valor mínimo](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-value-standard), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium-tax-credits) para ayudarle a pagar un [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) a través del [Mercado](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace).

**Servicios lingüísticos:**

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [insert telephone number].]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [insert telephone number].]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 [insert telephone number].]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' [insert telephone number].]

––––––––––––––––––––––*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.–––––––––*



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) y dentro del [plan](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Acerca de los ejemplos de cobertura:**

**Peg está embarazada**
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

◼ **El** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **general del** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **$**

◼ [**Especialista**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[costo compartido]* $**

◼ **Hospital (instalaciones) *[costo compartido]* %**

◼ **Otro** ***[costo compartido]* %**

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al especialista *(atención prenatal)*

Servicios de parto profesionales

Servicios de instalaciones de partos profesionales

Pruebas diagnósticas *(sonogramas y análisis de sangre)*

Visita al especialista *(anestesia)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Costo total hipotético** | **USD** |

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

El [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

|  |
| --- |
| *Costo compartido* |
| Deducibles | USD |
| Copagos | USD |
| Coseguro | USD |
| *Qué no está cubierto* |
| Límites o exclusiones | USD |
| **El total que Peg pagaría es** | **USD** |

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

◼ **El** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **general del** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **$**

◼ [**Especialista**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[costo compartido]* $**

◼ **Hospital (instalaciones) *[costo compartido]* %**

◼ **Otro** ***[costo compartido]* %**

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del médico primario *(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)*

Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*

Medicamentos por recetas

Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Costo total hipotético** | **USD** |

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

|  |
| --- |
| *Costo compartido* |
| Deducibles | USD |
| Copagos | USD |
| Coseguro | USD |
| *Qué no está cubierto* |
| Límites o exclusiones | USD |
| **El total que Joe pagaría es** | **USD** |

**Fractura simple de Mia**
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

◼ **El** [**deducible**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **general del** [**plan**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan) **$**

◼ [**Especialista**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[costo compartido]* $**

◼ **Hospital (instalaciones) *[costo compartido]* %**

◼ **Otro** ***[costo compartido]* %**

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Sala de emergencias  *(incluye materiales médicos)*

Prueba diagnóstica *(radiografía)*

Equipo médico duradero *(muletas)*

Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Costo total hipotético** | **USD** |

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

|  |
| --- |
| *Costo compartido* |
| Deducibles | USD |
| Copagos | USD |
| Coseguro | USD |
| *Qué no está cubierto* |
| Límites o exclusiones | USD |
| **El total que Mia pagaría es** | **USD** |