



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) 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](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) 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 general?	USD	
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?		
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	USD	
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	USD	
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?		
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?		
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?		



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

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 de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad			
	Visita al especialista			
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna			
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (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 en www.[insert].com	Medicamentos genéricos			
	Medicamentos de marcas preferidas			
	Medicamentos de marcas no preferidas			
	Medicamentos 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			
	Transporte médico de emergencia			
	Atención de urgencia			

[* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [\[www.insert.com\]](#).]

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 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			
	Servicios de rehabilitación			
	Servicios de habilitación			
	Cuidado de enfermería especializada			
	Equipo médico duradero			
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales			
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](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

-
-
-

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

-
-
-

[* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.insert.com].]

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](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite 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](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [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](#) 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](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

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, kwijigo holne' [insert telephone number].]

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [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](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$
- [Especialista](#) [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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	USD
Copagos	USD
Coaseguro	USD
<i>Qué no está cubierto</i>	
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](#) general del [plan](#) \$
- [Especialista](#) [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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	USD
Copagos	USD
Coaseguro	USD
<i>Qué no está cubierto</i>	
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](#) general del [plan](#) \$
- [Especialista](#) [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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	USD
Copagos	USD
Coaseguro	USD
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	USD
El total que Mia pagaría es	USD

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