



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, contacto HealthEZ a 1-888-592-6148. 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.dol.gov/ebsa/pdf/sbcuniformglossary.pdf](http://www.dol.gov/ebsa/pdf/sbcuniformglossary.pdf) o llamar a 1-888-592-6148 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes  | Respuestas  | Por qué es importante  |
|--|---|--|
| ¿Cuál es el <b>deducible</b> general?  | <b>\$500</b> individual/ <b>\$1,000</b> familia para proveedor dentro de la red. <b>\$1,000</b> individual / <b>\$2,000</b> familiar para los proveedores de fuera de la red.         | Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del <b>deducible</b> antes de que el plan empiece a pagar los servicios cubiertos que usted use. Consulte su póliza o el documento del plan para ver cuándo el deducible empieza otra vez (generalmente, pero no siempre, Enero 1 <sup>ro</sup> ). Consulte la tabla que empieza en la página 2 para ver cuánto usted paga por servicios cubiertos después de cumplir con el <b>deducible</b> . <b>Carreras anuales deducibles 01/01 a 12/31.</b>  |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <b>deducible</b> ?             | Sí.   | Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted todavía no ha cumplido con la cantidad deducible. Pero puede aplicarse un <b>copago</b> o <b>coaseguro</b> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin compartir costos y antes de cumplir con su <b>deducible</b> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .   |
| ¿Hay algún otro <b>deducible</b> por servicios específicos?                    | No  | Usted no tiene que cumplir con el <b>deducible</b> para servicios específicos, pero consulte la tabla que empieza en la página 2 para ver otros costos por servicios que este plan cubre.  |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <b>plan</b> ?       | <b>\$3,500</b> individual/ <b>\$7,000</b> familia para proveedores dentro de la red. <b>\$7,000</b> individual / <b>\$14,000</b> familiar para los proveedores de fuera de la red.    | El <b>límite de pago de mi bolsillo</b> es lo más que usted paga durante un periodo de cobertura (un año) por su parte del costo de servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar para gastos de cuidado médico.  |
| ¿Qué no incluye el <b>desembolso máximo</b> ?                                  | Primas, cargos facturados al saldo, cuidado médico que este plan no cubre.  | A pesar de que usted paga estos gastos, estos no cuentan para el <b>límite de pago de mi bolsillo</b> .  |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <b>proveedor dentro de la red medica</b> ? | Sí, para obtener una lista de proveedores preferidos, <b>consulte <a href="http://www.SFHumaneSocietyBenefits.com">www.SFHumaneSocietyBenefits.com</a> o llame al 1-888-592-6148.</b> | Si usa un médico u otro <b>proveedor</b> de cuidado de la salud dentro de la red, este plan pagara algo o todos los costos de servicios cubiertos. Pero este consciente, sus médicos u hospitales dentro de la red pueden usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan las expresiones dentro de la red, <b>preferidos</b> o participantes por <b>proveedores</b> dentro de su <b>red</b> . Consulte la tabla que empieza en la página 2 para saber cómo paga el plan por diferentes clases de <b>proveedores</b> . |
| ¿Necesita un referido para ver a un <b>especialista</b> ?                      | No.   | Usted puede ver al <b>especialista</b> que usted elige sin obtener permiso de este plan.   |



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 <a href="#">proveedor</a> de salud  | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | \$20/ <a href="#">copago</a>   | 40% de <a href="#">coseguro</a>                    | <a href="#">Deducible</a> no se aplica.  |
|   | Visita al <a href="#">especialista</a>   | \$35/ <a href="#">copago</a>   | 40% de <a href="#">coseguro</a>                    | <a href="#">Deducible</a> no se aplica.  |
|   | <a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna                       | Sin Cargo  | 40% de <a href="#">coseguro</a>                    | Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. A continuación, compruebe lo que su plan va a pagar. |
| Si se realiza un examen   | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)               | 20% de <a href="#">coseguro</a>  | 40% de <a href="#">coseguro</a>                    | Ninguno  |
|   | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 20% de <a href="#">coseguro</a>  | 40% de <a href="#">coseguro</a>                    | La precertificación es necesaria   |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.<br>Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.SFHumaneSocietyBenefits.com">www.SFHumaneSocietyBenefits.com</a> | Medicamentos genéricos   | Al por menor: \$15/ <a href="#">copago</a><br>Pedido por correo: \$40/ <a href="#">copago</a>  |  | El pedido por correo disponible 90 días de suministro.<br><a href="#">Deducible</a> no se aplica.  |
|   | Medicamentos de marcas preferidas  | Al por menor: \$35/ <a href="#">copago</a><br>Pedido por correo: \$100/ <a href="#">copago</a> |  |  |
|   | Medicamentos de marcas no preferidas   | Al por menor: \$50/ <a href="#">copago</a><br>Pedido por correo: \$150/ <a href="#">copago</a> |  |  |
|   | <a href="#">Medicamentos especializados</a>  | Al por menor & Pedido por correo: \$200/ <a href="#">copago</a>                                |  | El pedido por correo disponible 30 días de suministro. <a href="#">Deducible</a> no se aplica.   |
| Si se somete a una operación ambulatoria  | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                     | 20% de <a href="#">coseguro</a>  | 40% de <a href="#">coseguro</a>                    | Se requiere precertificación para los procedimientos realizados fuera del consultorio de un médico.  |
|   | Honorarios del médico/cirujano   | 20% de <a href="#">coseguro</a>  | 40% de <a href="#">coseguro</a>                    | Ninguno  |

|  |  |                         |                         |   |
|--|--|-------------------------|-------------------------|---|
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>   | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>                     | \$100/copago            | 40% de <u>coaseguro</u> | Cubierto como en la red de verdadera emergencia. <u>Deducible</u> no se aplica.   |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                        | 20% de <u>coaseguro</u> | 40% de <u>coaseguro</u> | Cubierto como en la red de verdadera emergencia   |
|  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                                   | \$50/copago             | 40% de <u>coaseguro</u> | <u>Deducible</u> no se aplica.  |
| <b>Si le hospitalizan</b>  | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)                | 20% de <u>coaseguro</u> | 40% de <u>coaseguro</u> | La precertificación es necesaria  |
|  | Honorarios del médico/cirujano   | 20% de <u>coaseguro</u> | 40% de <u>coaseguro</u> | Ninguno   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>              | Servicios ambulatorios   | \$35/copago             | 40% de <u>coaseguro</u> | <u>Deducible</u> no se aplica.  |
|  | Servicios internos   | 20% de <u>coaseguro</u> | 40% de <u>coaseguro</u> | La precertificación es necesaria  |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio   | 20% de <u>coaseguro</u> | 40% de <u>coaseguro</u> | Atención prenatal de rutina cubierto bajo los cuidados preventivos, de acuerdo con la PPACA   |
|  | Servicios de parto profesionales                                       | 20% de <u>coaseguro</u> | 40% de <u>coaseguro</u> |   |
|  | Servicios de instalaciones de partos profesionales                     | 20% de <u>coaseguro</u> | 40% de <u>coaseguro</u> |   |
| <b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | 20% de <u>coaseguro</u> | 40% de <u>coaseguro</u> | La precertificación es necesaria<br>100 por visita límite de un año.  |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | \$35/copago             | 40% de <u>coaseguro</u> | 20 límite de visitas por terapia por año. Atención quiropráctica: Limite de 20 visitas.<br>Acupuntura: Limite de 20 visitas.<br>Se requiere precertificación para la terapia ocupacional o del habla.               |
|  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | \$35/copago             | 40% de <u>coaseguro</u> | Se requiere precertificación para las visitas de terapia física en exceso del límite anual.<br>Atención quiropráctica: Limite de 20 visitas.<br>Acupuntura: Limite de 20 visitas.<br><u>Deducible</u> no se aplica. |
|  | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | 20% de <u>coaseguro</u> | 40% de <u>coaseguro</u> | La precertificación es necesaria<br>Límite de 150 días por año.   |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | 20% de <u>coaseguro</u> | 40% de <u>coaseguro</u> | La precertificación es necesaria por encima de \$1,000  |
|  | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | 20% de <u>coaseguro</u> | 40% de <u>coaseguro</u> | La precertificación es necesaria  |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>                     | Examen de la vista pediátrico  | Sin Cargo               | 40% de <u>coaseguro</u> | Un examen de rutina por año   |
|  | Anteojos para niños  | No está cubierto        | No está cubierto        | Ninguno   |
|  | Chequeo dental pediátrico  | No está cubierto        | No está cubierto        | Ninguno   |

## 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](#).)**

- Cirugía cosmética
- Programas de pérdida de peso
- Cirugía bariátrica
- Audífonos
- Cuidado dental
- Cuidado a largo plazo
- La atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU.

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

- Tratamiento para la infertilidad (corrección de anomalías fisiológicas)
- Cuidado de rutina de los ojos (una visita/año)
- Atención no urgente cuando viaja fuera de EE. UU.
- Servicios de enfermería privada (paciente hospitalizado)
- Atención quiropráctica

**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](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](#) 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

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

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 1-888-592-6148

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-592-6148

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-592-6148

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-592-6148

—————*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](#) \$500
- **Especialista** [costo compartido] \$35
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 20%
- Otro [costo compartido] 20%

**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 \$12,840**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$500          |
| Copagos                            | \$100          |
| Coseguro                           | \$2,480        |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$3,140</b> |

**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](#) \$500
- **Especialista** [costo compartido] \$35
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 20%
- Otro [costo compartido] 20%

**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 \$7,460**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$500          |
| Copagos                            | \$1,150        |
| Coseguro                           | \$370          |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$2,080</b> |

**Fractura simple de Mia**

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El **deducible** general del [plan](#) \$500
- **Especialista** [costo compartido] \$35
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 20%
- Otro [costo compartido] 20%

**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 \$1,410**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| Costo compartido                   |              |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles                         | \$500        |
| Copagos                            | \$250        |
| Coseguro                           | \$170        |
| Qué no está cubierto               |              |
| Límites o exclusiones              | \$0          |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$920</b> |

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