



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 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 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 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. 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> Pedido por correo: \$40/ <a href="#">copago</a>		El pedido por correo disponible 90 días de suministro. <a href="#">Deducible</a> no se aplica.
	Medicamentos de marcas preferidas	Al por menor: \$35/ <a href="#">copago</a> Pedido por correo: \$100/ <a href="#">copago</a>		
	Medicamentos de marcas no preferidas	Al por menor: \$50/ <a href="#">copago</a> 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 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. Acupuntura: Limite de 20 visitas. 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. Atención quiropráctica: Limite de 20 visitas. Acupuntura: Limite de 20 visitas. <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 Límite de 150 días por año.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% de <u>coaseguro</u>	40% de <u>coaseguro</u>	Ninguno
	<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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,840</b>
-------------------------------	-----------------

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$100
Coseguro	\$2,480
<i>Qué no está cubierto</i>	
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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$7,460</b>
-------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$1,150
Coseguro	\$370
<i>Qué no está cubierto</i>	
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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$1,410</b>
-------------------------------	----------------

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$500
Copagos	\$250
Coseguro	\$170
<i>Qué no está cubierto</i>	
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.