



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de servicios cubiertos de atención de la salud. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado la [prima](#)) se proporcionará por separado. Este documento es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de las condiciones completas de la cobertura, visite www.umar.com o llame al 1-800-207-3172. Para ver definiciones generales de términos comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.umar.com o llamar al 1-800-207-3172 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué esto es Importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$300 por persona / \$600 por familia Dentro de la Red \$500 por persona / \$1,500 por familia Fuera de la Red	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de su familia en el plan , cada miembro de su familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de que usted alcance su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque usted todavía no haya alcanzado la cantidad del deducible . Pero es posible que se aplique un copago o un coaseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar deducibles por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso personal de este plan ?	\$2,000 por persona / \$4,000 por familia Dentro de la Red \$10,000 por persona / \$30,000 por familia Fuera de la Red	El límite de desembolso personal es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites de desembolso personal hasta que se haya alcanzado el límite de desembolso personal familiar total.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso personal ?	Recargos, primas , cargos facturados por el saldo y atención de la salud que este plan no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso personal .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.umar.com o llame al 1-800-207-3172 para obtener una lista de los proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará lo máximo si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia para consultar a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que desee sin una referencia .



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de alcanzar su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Dentro de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de atención de la salud	Visita a un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$15 por visita; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Visita a un especialista	Copago de \$15 por visita; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Atención preventiva/pruebas de detección /vacunas	Sin cargo; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego consulte qué pagará su plan .
Si le realizan un examen	Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo; No se Aplica el Deducible si se realiza en un consultorio; Coaseguro del 10% si se realiza en un centro para pacientes ambulatorios	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Estudios por imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI])	Sin cargo; No se Aplica el Deducible si se realiza en un consultorio; Coaseguro del 10% si se realiza en un centro para pacientes ambulatorios	Coaseguro del 40%	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Dentro de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta , visite www.optumrx.com	Nivel 1 – Medicamentos Genéricos	Venta al por Menor: Suministro de 1 a 30 días: \$10 Venta al por Menor: Suministro de 31 a 90 días: \$30 Pedido por Correo: Suministro de 31 a 90 días: \$30 Farmacia Especializada: Suministro de 1 a 30 días: \$100	Sin cobertura	La Insulina está cubierta con un copago de \$0. Los Suministros para la Diabetes están cubiertos con un copago de \$0. La cobertura se limita a un suministro de 90 días (Venta al por Menor Dentro de la Red y Pedido por Correo de Optum). Se pueden aplicar ciertas limitaciones (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad). Norma de Medicamentos Genéricos: Suministrar según lo Indicado (Dispense As Written, DAW) Si se surte un medicamento de Marca Registrada cuando hay un equivalente Genérico disponible, usted deberá pagar el costo compartido del medicamento de Marca Registrada más la diferencia de costo entre el medicamento de Marca Registrada y el Genérico. La Norma de Medicamentos Genéricos no se aplica si la receta indica que se debe suministrar el medicamento de Marca Registrada.
	Nivel 2 – Medicamentos de marca registrada preferidos	Venta al por Menor: Suministro de 1 a 30 días: \$20 Venta al por Menor: Suministro de 31 a 90 días: \$60 Pedido por Correo: Suministro de 31 a 90 días: \$60 Farmacia Especializada: Suministro de 1 a 30 días: \$100	Sin cobertura	
	Nivel 3 – Medicamentos de marca registrada no preferidos	Venta al por Menor: Suministro de 1 a 30 días: \$100 Venta al por Menor: Suministro de 31 a 90 días: \$300 Pedido por Correo: Suministro de 31 a 90 días: \$300 Farmacia Especializada: Suministro de 1 a 30 días: \$100	Sin cobertura	
Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coaseguro del 10%	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Coaseguro del 10%	Coaseguro del 40%	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Dentro de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$50 por visita; No se Aplica el Deducible	Copago de \$50 por visita; No se Aplica el Deducible	Es posible que no se aplique el copago si lo admiten
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo; No se Aplica el Deducible por transporte en ambulancia terrestre; Coaseguro del 10% por transporte en ambulancia aérea	Sin cargo; No se Aplica el Deducible por transporte en ambulancia terrestre; Coaseguro del 10% por transporte en ambulancia aérea	El deducible Dentro de la Red se aplica a los beneficios Fuera de la Red por ambulancia aérea; Se requiere autorización previa para servicios No de Emergencia. Si usted no obtiene autorización previa , los beneficios se podrían reducir en \$500 del costo total del servicio.
	Atención de urgencia	Copago de \$15 por visita; No se Aplica el Deducible	Copago de \$15 por visita; No se Aplica el Deducible	Ninguna
Si es hospitalizado	Cargo del centro (p. ej., habitación de hospital)	Coaseguro del 10%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa . Si usted no obtiene autorización previa , los beneficios se podrían reducir en \$500 del costo total del servicio.
	Honorarios del médico/cirujano	Coaseguro del 10%	Coaseguro del 40%	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Copago de \$15 por visita; No se Aplica el Deducible por visitas al consultorio; Coaseguro del 10% por otros servicios para pacientes ambulatorios	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa para Hospitalización parcial. Si usted no obtiene autorización previa , los beneficios se podrían reducir en \$500 del costo total del servicio.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coaseguro del 10%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa . Si usted no obtiene autorización previa , los beneficios se podrían reducir en \$500 del costo total del servicio.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicios, se pueden aplicar el deducible , el copago o el coaseguro . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte del documento Resumen de Beneficios y Cobertura (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el parto	Coaseguro del 10%	Coaseguro del 40%	
	Servicios de un centro para el parto	Coaseguro del 10%	Coaseguro del 40%	

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Dentro de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud en el hogar	Coaseguro del 10%	Coaseguro del 40%	Máximo de 120 visitas por año calendario; Se requiere autorización previa . Si usted no obtiene autorización previa , los beneficios se podrían reducir en \$500 del costo total del servicio.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$15 por visita; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	Máximo de 60 visitas por año calendario. Los servicios de rehabilitación para Discapacidades del Aprendizaje no están cubiertos.
	Servicios de habilitación	Copago de \$15 por visita; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	
	Atención de enfermería especializada	Coaseguro del 10%	Coaseguro del 40%	Máximo de 100 días por año calendario; Se requiere autorización previa . Si usted no obtiene autorización previa , los beneficios se podrían reducir en \$500 del costo total del servicio.
	Equipo médico duradero	Coaseguro del 10%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa para equipo médico duradero que exceda los \$500 de costo de alquiler o los \$1,500 de costo de compra. Si usted no obtiene autorización previa , los beneficios se podrían reducir en \$500 por suceso.
	Servicios de cuidados paliativos	Coaseguro del 10%	Coaseguro del 40%	Ninguna
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Examen dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su Plan NO Cubre (Consulte el documento de su póliza o plan para obtener más información y ver una lista de otros servicios excluidos .)		
• Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Cuidado dental (Adultos) • Aparatos auditivos	• Tratamiento para la infertilidad • Atención a largo plazo • Enfermería de práctica privada	• Cuidado de la vista de rutina (Adultos) • Cuidado de rutina de los pies • Programas para bajar de peso
Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan .)		
• Acupuntura – 20 visitas por año calendario	• Atención quiropráctica – 60 visitas por año calendario	• Atención que no es de emergencia mientras está de viaje fuera de los Estados Unidos

Sus Derechos a Continuar con la Cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura una vez que finaliza. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.cuidadodesalud.gov/es/. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, entre ellas, comprar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.cuidadodesalud.gov/es/ o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos a Presentar Quejas Formales y Apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.cuidadodesalud.gov/es/. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Para encontrar una lista de los estados que ofrecen Programas de Asistencia al Consumidor (Consumer Assistance Programs), visite www.cuidadodesalud.gov/es/ y <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/>.

¿Este plan Proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para la prima](#).

¿Este plan Cumple con el Estándar de Valor Mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), es posible que usted sea elegible para un [crédito fiscal para la prima](#) que le ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de Acceso a Idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-207-3172.

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-800-207-3172.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-207-3172.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf die do Nummer uff 1-800-207-3172.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-207-3172.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-207-3172.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-207-3172.

Chamorro (CHamoru): Para un ma ayuda gi finu CHamoru, â'gang 1-800-207-3172.

Para ver ejemplos de la forma en que este plan podría cubrir los costos de una situación médica, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que le cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguros](#)) y a los [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a Tener un Bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible total del plan	\$300
■ Copago por especialista	\$15
■ Coaseguro por hospital (centro)	10%
■ Otros coaseguros	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el parto
 Servicios de un centro para el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
[Visita a un especialista](#) (anestesia)

Costo Total del Ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	\$300
Copagos	\$0
Coaseguros	\$1,100
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$70
El total que pagaría Peg es	\$1,470

Controlar la Diabetes Tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible total del plan	\$300
■ Copago por especialista	\$15
■ Coaseguro por hospital (centro)	10%
■ Otros coaseguros	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un [médico de atención primaria](#) (incluida educación sobre la enfermedad)
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos de venta con receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo Total del Ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coaseguros	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$4,300
El total que pagaría Joe es	\$4,500

Fractura Simple de Mia

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

■ El deducible total del plan	\$300
■ Copago por especialista	\$15
■ Coaseguro por hospital (centro)	10%
■ Otros coaseguros	10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluidos suministros médicos)
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo Total del Ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	\$40
Copagos	\$200
Coaseguros	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$10
El total que pagaría Mia es	\$250

Nota: Estas cifras suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar del [plan](#), es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, visite: www.umar.com o llame al 1-800-207-3172.