



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura 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 salud. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado la [prima](#)) se proporcionará por separado. Este documento es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de las condiciones completas de cobertura, visite www.umar.com o llame al 1-800-826-9781. 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 1-800-826-9781 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué esto es Importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$1,250 por persona/ \$2,500 por familia Dentro de la Red \$2,500 por persona/ \$5,000 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 alcance su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aun cuando 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 alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	Sí. Deducible de beneficios de \$100 por persona/ \$200 por familia por año calendario por gastos de medicamentos de venta con receta Dentro de la Red.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta alcanzar el deducible específico para que este plan comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el límite de desembolso personal de este plan ?	\$2,750 por persona/ \$5,500 por familia Dentro de la Red \$5,500 por persona/ \$11,000 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 , tienen que cumplir 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 de facturación del saldo y atención de salud que este plan no cubra.	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 1-800-826-9781 para obtener una lista de los proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Usted pagará más 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 (la 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 (Pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (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 \$20 por visita; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Visita a un especialista	Copago de \$40 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%; No se Aplica el Deducible hasta los 7 años de edad; Se Aplica el Deducible desde los 7 años de edad	Máximo de 1 examen por año calendario a partir de los 7 años; 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)	Copago de \$20 por visita al Proveedor de Atención Primaria; Copago de \$40 por visita al consultorio del Especialista; Coaseguro del 20% si se realiza en un centro para pacientes ambulatorios; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Estudios por imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI])	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Dentro de la Red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (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.express-scripts.com .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Copago de \$15 por medicamento de venta con receta (venta al por menor); Copago de \$30 por medicamento de venta con receta (pedido por correo)	Si usa una Farmacia Fuera de la Red, usted es responsable de pagar por adelantado. Es posible que obtenga un reembolso según la cantidad mínima contratada, menos cualquier deducible o copago correspondiente.	Gasto máximo de desembolso anual de \$4,600 por persona/ \$9,200 por familia por año calendario. Cubre un suministro de hasta 30 días (venta al por menor); suministro de 31 a 90 días (pedido por correo); Cubre un suministro de hasta 30 días (farmacia especializada). Usted debe pagar la diferencia del costo entre el medicamento Genérico y el medicamento de Marca cuando un profesional médico no haya especificado un medicamento de Marca o no haya indicado que el medicamento de Marca era necesario, hasta alcanzar el desembolso personal.
	Medicamentos de marca registrada preferidos (Nivel 2)	Copago de \$30 por medicamento de venta con receta (venta al por menor); Copago de \$60 por medicamento de venta con receta (pedido por correo)		
	Medicamentos de marca registrada no preferidos (Nivel 3)	Copago de \$45 por medicamento de venta con receta (venta al por menor); Copago de \$90 por medicamento de venta con receta (pedido por correo)		
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	Copago de \$85 por medicamento de venta con receta		
Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Honorarios del médico o cirujano	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	Copago de \$250 por visita; No se Aplica el Deducible	Copago de \$250 por visita; No se Aplica el Deducible	Es posible que no se aplique el copago si lo admiten.
	Transporte médico de emergencia	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Beneficio máximo de \$25,000 por suceso por ambulancia aérea para Fuera de la Red.
	Atención de urgencia	Copago de \$20 por visita; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Dentro de la Red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Pagará lo máximo)	
Si es hospitalizado	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa. Si usted no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en un 50%, hasta \$500 del costo total del servicio.
	Honorarios del médico/cirujano	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	
Si tiene necesidades de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Copago de \$20 por visita; No se Aplica el Deducible por visitas al consultorio; Coaseguro del 20% por otros servicios para pacientes ambulatorios	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa para hospitalización Parcial.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa. Si usted no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en un 50%, hasta \$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 determinados servicios preventivos. Dependiendo del 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 20%	Coaseguro del 40%	
	Servicios de un centro para el parto	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Dentro de la Red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud en el hogar	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$40 por visita; No se Aplica el Deducible por terapia en el consultorio; Coaseguro del 20% por terapia en el hospital	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Servicios de habilitación	Copago de \$40 por visita; No se Aplica el Deducible por terapia en el consultorio; Coaseguro del 20% por terapia en el hospital	Coaseguro del 40%	Si su plan excluye las Discapacidades del Aprendizaje, los servicios de habilitación para las discapacidades del aprendizaje no están cubiertos; consulte los documentos de su plan.
	Atención de enfermería especializada	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Máximo de 90 días por año calendario; Se requiere autorización previa. Si usted no obtiene autorización previa, los beneficios podrían reducirse en un 50%, hasta \$500 del costo total del servicio.
	Equipo médico duradero (DME)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa para DME que exceda los \$500 de costo de alquiler o los \$1,500 de costo de compra. Si no obtiene autorización previa, los beneficios se reducirán en un 100% por suceso.
	Servicios de cuidados paliativos	Coaseguro del 20%	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 cualquier otro [servicio excluido](#)).

- | | | |
|----------------------------|------------------------------------|---|
| • Acupuntura | • Aparatos auditivos | • Cuidado de la vista de rutina (Adultos) |
| • Cirugía estética | • Tratamiento para la infertilidad | • Cuidado rutinario de los pies |
| • Cuidado dental (Adultos) | • Atención a largo plazo | |

Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| • Cirugía bariátrica | • Atención que no es de emergencia mientras está de viaje fuera de los Estados Unidos | • Programas para bajar de peso |
| • Atención quiropráctica | • Enfermería de práctica privada (atención para Pacientes Ambulatorios) | |

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 para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador 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 sobre cómo 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 para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador 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://cciio.cms.gov/programs/consumer/capgrants/index.html>.

¿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 de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si 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 tributario de la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Para ver ejemplos de cómo 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](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg tiene un bebé

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

■ El deducible total del plan	\$1,250
■ Copago por especialista	\$40
■ Coaseguro por hospital (centro)	20%
■ Otro coaseguro	20%

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	\$1,250
Copagos	\$100
Coaseguro	\$1,400

Qué no está cubierto

Límites o exclusiones	\$70
-----------------------	------

El total que pagaría Peg es	\$2,820
------------------------------------	----------------

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	\$1,250
■ Copago por especialista	\$40
■ Coaseguro por hospital (centro)	20%
■ Otro coaseguro	20%

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 *	\$200
Copagos	\$200
Coaseguro	\$0

Qué no está cubierto

Límites o exclusiones	\$4,300
-----------------------	---------

El total que pagaría Joe es	\$4,700
------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible total del plan	\$1,250
■ Copago por especialista	\$40
■ Coaseguro por hospital (centro)	20%
■ Otro coaseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en 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 *	\$1,250
Copagos	\$400
Coaseguro	\$100

Qué no está cubierto

Límites o exclusiones	\$10
-----------------------	------

El total que pagaría Mia es	\$1,760
------------------------------------	----------------

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, comuníquese con: www.umar.com o llame al 1-800-826-9781.

*Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila anterior "¿Hay otros [deducibles](#) por servicios específicos?".