



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, www.benefits.swri.org. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.gov.com o llamar al 1-866-444-3272 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0/Individual; \$0/Familia	Consulte el gráfico que comienza en la página 2 para conocer los otros costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No. No hay otros deducibles.	Debido a que usted no tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos, este plan comienza a cubrir los costos antes.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No tienes que cumplir con los deducibles.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$5,000 individual / \$10,000 familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos de un proveedor de red. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que cumplir con su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se haya cumplido el límite general de gastos de bolsillo de la familia. Los importes pagados por los servicios recibidos de un proveedor fuera de la red no se aplican al límite de gastos de bolsillo .
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Premiums , facturación de saldo , y la atención médica de este plan no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Vea www.myuhc.com o llame al 1-877-370-0859	Usted paga lo menos si utiliza un proveedor de red . Usted pagará más si utiliza 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 su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No	Puede ver al especialista que elija sin una referencia .



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Visita con su médico de cuidado primario para tratar una enfermedad o una lesión	\$20 Copago /visita	Sin cobertura	Visitas virtuales (Telehealth) - copago de \$0 por visita por parte de un proveedor de visitas virtuales de la red designada. Si recibe servicios además de la visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos o coseguros adicionales (por ejemplo, imágenes especializadas).
	Visita al especialista	\$30 Copago /visita	Sin cobertura	Si recibe servicios además de la visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos o coseguros adicionales (por ejemplo, imágenes especializadas).
	Cuidado preventivo/ evaluación /vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos . Luego verifique lo que pagará su plan .
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$100 Copago /examen	Sin cobertura	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.myuhc.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10 Copago /Receta de 31 días; \$20 Copago /Receta a venta por menor de 90 días; \$25 Copago /Receta por correo de 90 días	Sin cobertura	Reembolso parcial del costo minorista cuando surge una emergencia, y usted utiliza una farmacia fuera de la red. No hay beneficio de servicio de correo fuera de la red. Para obtener información sobre medicamentos especiales, llame al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud. Ciertos medicamentos pueden tener un requisito de preautorización o pueden resultar en un costo más alto. Es posible que debas cumplir con la terapia escalonada y usar un medicamento de menor costo antes de que los beneficios bajo su póliza estén disponibles para ciertos medicamentos recetados. Ciertos medicamentos preventivos (incluidos ciertos anticonceptivos) cubiertos sin cargo. Consulte el sitio web indicado para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su plan. No todos los medicamentos están cubiertos.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$30 Copago /Receta de 31 días; \$60 Copago /Receta a venta por menor de 90 días; \$75 Copago /Receta por correo de 90 días	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$60 Copago /Receta de 31 días; \$120 Copago /Receta a venta por menor de 90 días; \$150 Copago /Receta por correo de 90 días	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	\$120 Copago /Receta de 31 días; \$240 Copago /Receta a venta por menor de 90 días; \$300 Copago /Receta de 90 días	Sin cobertura	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$250 Copago /visita	Sin cobertura	Se requiere preautorización .
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado en la Sala de Emergencias	\$500 Copago /visita	\$500/Visita	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	\$100 Copago /ocurrencia	\$100/Ocurrencia	Ninguna
	Atención de urgencia	\$35 Copago /visita	Sin cobertura	Si recibe servicios además de una visita por cuidado de urgencia, es posible que se apliquen copagos o coseguros adicionales (por ejemplo, imágenes especializadas).
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$250 Copago /estadía	Sin cobertura	Se requiere preautorización .
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$20 or \$30 Copago /visita	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250 Copago /estadía	Sin cobertura	Se requiere preautorización. Comuníquese con United Behavioral Health 1-877-370-0859 con un (1) día hábil de anticipación. Multa de \$250/\$500 por Incumplimiento.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$20 Copago/embarazo	Sin cobertura	El cuidado prenatal de rutina está cubierto. Los costos compartidos no se aplican para los servicios preventivos. Según el tipo de servicios, es posible que se aplique un copago o un coseguro . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del Resumen de Beneficios (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales por el parto	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios del centro por el parto	\$250 Copago /estadía	Sin cobertura	Parto vaginal normal 48 horas; Parto por cesárea 96 horas. Las estancias extendidas requieren notificación.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
i necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de la salud a domicilio	\$30 Copago /visita	Sin cobertura	Se requiere preautorización . 120 visitas por año calendario. Después de un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular o cirugía. Servicios sin cobertura: Cuidado de custodia, cuidado domiciliario, revelo del cuidador y cura de reposo.
	Servicios para la rehabilitación	Pacientes ambulatorios: \$30 Copago /visita Pacientes hospitalizados: \$250 Copago /estadía	Sin cobertura	Pacientes Ambulatorios: Cantidad de visitas por año calendario por terapia: 30 físicas, 20 hablas; 20 ocupacionales; 24 manipulador (cuidado quiropráctico); 30 implante post-coclearo enoural; 20 rehabilitación pulmonar; 36 rehabilitación cardíaca.
	Servicios de habilitación	\$30 Copago /visita	Sin cobertura	Los servicios se proporcionan según los Servicios de Rehabilitación mencionados anteriormente ye los limites se combinan con estos.
	Cuidado de enfermería especializada	\$250 Copago /estadía	Ninguno	Se requiere preautorización .
	Equipo médico duradero	10% Coseguro	Sin cobertura	Se requiere preautorización . Los beneficios se proporcionan para una sola unidad de equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina) y para reparaciones de esa unidad.
	Servicios de cuidados paliativos	Hospitalización en un centro de cuidados pallativos: \$35 Copago /día. Estadia come paciente hospitalizado en hospital o en un centro de cuidados pallativos: \$250 Copago /estadía.	Sin cobertura	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$25 Copago /visita	Sin cobertura	Limitado a 1 examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Cuidado de custodia • Cuidado dental (a menos que se trate de una lesión accidental o de una muela de juicio sin salir o con salida parcial) • Cuidado domiciliario | <ul style="list-style-type: none"> • Tarifas por completar el formulario • Tratamiento de la infertilidad • Cuidado a largo plazo • Cuidado que no es de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos • Servicios de enfermería privada | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de relevo • Curas de reposo • Cuidado rutinario de los pies (a menos que sea de a causa de enfermedades neurológicas o vasculares como la diabetes) • Programas de pérdida de peso |
|---|---|---|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Audífonos (limitados a 1 por oído cada 5 años calendario.) | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado quiropráctico (tratamiento de manipulación) 24 visitas por año calendario | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de la vista de rutina (limitado a 1 examen por año.) |
|---|---|--|

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o visite <http://www.dol.gov/ebsa>, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 x1565 o visite <http://www.cciio.cms.gov>. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: la Oficina de Beneficios para Empleados en 6220 Culebra Road, Edificio 64, San Antonio, Texas 78238, (210) 522-2227, o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-EBSA (3272) o <http://www.dol.gov/ebsa> o Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o www.tdi.texas.gov.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-877-370-0859.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) cubriría los cuidados médicos. Los costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que puede pagar mediante los distintos [planes](#) de salud. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- [Copago del especialista](#) \$30
- [Copago de Hospital \(centro\)](#) \$250
- Otro [coseguro](#) 10%

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*cuidados prenatales*)
 Servicios profesionales por el parto
 Servicios del centro por el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita a un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$320
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es de	\$380

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de cuidado rutinario dentro de la red de una condición bien controlada)

- [Copago del especialista](#) \$30
- [Copago de Hospital \(centro\)](#) \$250
- Otro [coseguro](#) 10%

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [médico de cuidado primario](#) (*incluye información educativa sobre la enfermedad*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es de	\$520

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- [Copago del especialista](#) \$30
- [Copago por ambulancia](#) \$100
- [Copago por la sala de emergencias](#) \$500

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

[Cuidado en la Sala de Emergencias](#) (*incluidos los suministros médicos y de ambulancia*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguro	\$20
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es de	\$820

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