



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, llame a 1-800-649-9121. 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.dol.gov/ebsa/healthreform.com o llamar al 1-800-649-9121 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$2,000 por individuo	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Si. Centros de atención de urgencia dentro de la red; pruebas de diagnóstico, laboratorio y radiografías; visitas al consultorio del PCP y de especialistas; terapia física, ocupacional y del habla; quiropráctica; atención preventiva, anticonceptivos y cirugía/suministros recibidos en un consultorio.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No. No hay otros deducibles específicos.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$6,350 por individuo \$12,700 por familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tiene que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que cumplan el límite de desembolso general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas, cargos por cobros de facturación, sanciones por gestión de utilización, y cuidados de salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para una lista de proveedores participantes, vaya a: www.pinnacletpa.com o llame al 1-800-649-9121.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una derivación.

 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 <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$50 <u>copago</u> /visita (No se aplica el <u>deducible</u>)	Sin cobertura	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$100 <u>copago</u> /visita (No se aplica el <u>deducible</u>)	Sin cobertura	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación</u> /vacunas	Sin cargo (No se aplica el <u>deducible</u>)	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son Preventiva. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. A continuación, compruebe lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	40% <u>coseguro</u> (No se aplica el <u>deducible</u> si se realiza en la oficina)	Sin cobertura	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	40% <u>coseguro</u>	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.pinnaclerx.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10 copago /receta	\$10 copago /receta	Suministro de hasta 90 días. Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos. Es posible que se le facture el saldo de los medicamentos obtenidos en una farmacia fuera de la red.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$75 copago /receta	\$75 copago /receta	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$125 copago /receta	\$125 copago /receta	
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	50% coseguro	50% coseguro	Suministro de hasta 30 días. Se requiere autorización previa .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% coseguro	Sin cobertura	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	40% coseguro	Sin cobertura	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$500 copago , luego 40% coseguro	\$500 copago , luego 40% coseguro	El copago no se aplica si se admite como paciente hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	40% coseguro	40% coseguro	Ninguna.
	Atención de urgencia	\$50 copago	Sin cobertura	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	40% coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa o no hay beneficios.
	Tarifas del médico/cirujano	40% coseguro	Sin cobertura	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$50 copago	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	40% coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa o no hay beneficios.

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 está embarazada	Visitas al consultorio	Prenatal: Sin cargo (No se aplica el deductible) Postnatal: 40% coseguro	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos en servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse coseguro. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido). Las hijas dependientes no están cubiertas.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	40% coseguro	Sin cobertura	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	40% coseguro	Sin cobertura	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	40% coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa o no hay beneficios.
	Servicios de rehabilitación	\$80 copago	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios de habilitación	40% coseguro	Sin cobertura	Ninguna.
	Atención de enfermería especializada	\$300 copago , luego 40% coseguro	Sin cobertura	El ingreso debe realizarse dentro de los 7 días posteriores a una estadía hospitalaria de 3 días. Límite: 90 días por año calendario. Beneficio máximo: \$75 por día. Se requiere autorización previa o no hay beneficios.
	Equipo médico duradero	40% coseguro	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	40% coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa o no hay beneficios. Límite: 150 días de por vida, combinados para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Plan de visión separado disponible.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Plan de visión separado disponible.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Plan de visión separado disponible.

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).

• Acupuntura	• Cuidado a largo plazo	• Plan del cuidado dental (adulto)
• Ayudas auditivas	• Cuidado de No-emergencia al viajar E.E.U.U.	• Programas para pérdida de peso
• Cirugía cosmética	• Cuidado rutinario de los ojos (adulto)	• Tratamiento de la infertilidad
• Cirugía de Bariatrica	• Cuidado rutinario del pie	

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

• Acupuntura	• Cuidado de enfermera privada	• Cuidado Quiropráctico
--------------	--------------------------------	-------------------------

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: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration a 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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: [insert applicable contact information from instructions].

¿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 1-800-649-9121.

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 herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido \(deducibles, copagos y coseguro\)](#) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$2,000
■ Especialistas copago	\$100
■ Hospital (establecimiento) coseguro	40%
■ Otros coseguro	40%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deductibles	\$2,000
Copagos	\$10
Coseguro	\$4,200

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,270

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$2,000
■ Especialistas copago	\$100
■ Hospital (establecimiento) coseguro	40%
■ Otros coseguro	40%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)

[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deductibles	\$2,000
Copagos	\$1,200
Coseguro	\$200

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$3,420

Fractura simple de Mía

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

■ El deducible general del plan	\$2,000
■ Especialistas copago	\$100
■ Hospital (establecimiento) coseguro	40%
■ Otros coseguro	40%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)

[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deductibles	\$2,000
Copagos	\$600
Coseguro	\$50

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,650

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