




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?	\$0	Consulte la tabla de circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No se aplica	No se aplica.
¿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 ?	<u>Proveedores de la red ("Panel"):</u> \$2,000 por individuo / \$4,000 por familia <u>Proveedores fuera de la red ("fuera del panel"):</u> \$2,500 por individuo / <i>ilimitada</i> por familia <u>Medicamentos recetados:</u> \$2,000 por individuo / \$4,000 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 proveedor dentro de la red ?	Sí. Para una lista de proveedores participantes, vaya a: www.pinnacletpa.com o llame al 1-800-649-9121.	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba 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 dentro de la red puede 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 derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista 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 proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$40 copago /visita	Sin cobertura	Ninguna.
	Consulta con un especialista	\$40 copago /visita	Sin cobertura	Ninguna.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son Preventiva. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. A continuación, compruebe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	20% coseguro	Proveedores fuera de la red cubiertos solo para emergencias.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	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 un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.medtrakrx.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)	\$45 copago /receta	\$45 copago /receta	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$40 copago /receta	\$60 copago /receta	
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	\$10/\$45/\$60 copago /receta	Sin cobertura	Suministro de hasta 30 días. Se requiere autorización previa .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	20% coseguro	Proveedores fuera de la red cubiertos solo para emergencias.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	20% coseguro	Proveedores fuera de la red cubiertos solo para emergencias.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$250 copago	\$250 copago	El copago no se aplica si se admite como paciente hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna.
	Atención de urgencia	\$25 copago	\$25 copago , luego 20% coseguro	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$500 copay	\$500 copay, luego 20% coseguro	Se requiere autorización previa o no hay beneficios. Proveedores fuera de la red cubiertos solo para emergencias.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	20% coseguro	Proveedores fuera de la red cubiertos solo para emergencias.

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 para pacientes ambulatorios	\$40 copago Sin cargo por otros servicios ambulatorios.	Visita al consultorio no cubierta. 20% coseguro por otros servicios ambulatorios.	Proveedores fuera de la red cubiertos solo para emergencias.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$500 copago	\$500 copago, luego 20% coseguro	Se requiere autorización previa o no hay beneficios. Proveedores fuera de la red cubiertos solo para emergencias.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Prenatal: Sin cargo Postnatal: \$40 copago /visit	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	Sin cargo	20% coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$500 copago	\$500 copago, luego 20% coseguro	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa o no hay beneficios.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	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. Se requiere autorización previa o no hay beneficios.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa o no hay beneficios. Límite: 180 días de por vida.
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](#)).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Ayudas auditivas• Cirugía cosmética• Cirugía de Bariátrica | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado a largo plazo• Cuidado de No-emergencia al viajar E.E.U.U.• Cuidado rutinario de los ojos (adulto)• Cuidado rutinario del pie | <ul style="list-style-type: none">• Plan del cuidado dental (adulto)• Programas para pérdida de peso• Tratamiento de la infertilidad |
|---|--|--|

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 | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de enfermera privada | <ul style="list-style-type: none">• 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	\$0
■ Especialistas copago	\$40
■ Hospital (establecimiento) copago	\$500

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

Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$560
------------------------------------	--------------

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	\$0
■ Especialistas copago	\$40
■ Hospital (establecimiento) copago	\$500

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

Deducibles	\$0
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

El total que Joe pagaría es	\$1,120
------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mía

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Especialistas copago	\$40
■ Hospital (establecimiento) copago	\$500

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

Deducibles	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es	\$700
------------------------------------	--------------

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