



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (que se denomina [prima](#)) se proporcionará por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 410-872-9500. Para ver las definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede llamar al 410-872-9500 para solicitar una copia. **LOS BENEFICIOS A CONTINUACIÓN SE APLICAN CUANDO TIENE 2+ AÑOS DE ELEGIBILIDAD.**

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$100 Individual / \$300 Familia	Generalmente, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios que se cubren antes de satisfacer su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y atención primaria están cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque no haya alcanzado su deducible todavía. Es posible que se aplique un copago o coaseguro a esos servicios.
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No	No tiene que satisfacer deducibles por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos no reembolsables para este plan ?	No	Este plan no tiene un límite de gastos no reembolsables por sus gastos.
¿Que no se incluye en el límite de gastos no reembolsables ?	No aplica	Este plan no tiene un límite de gastos no reembolsables por sus gastos.
¿Pagará menos si usa un proveedor que participa en la red ?	Si. Visite www.carefirst.com o llame al 1-800-235-5160 para obtener una lista de proveedores preferidos.	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si utiliza un proveedor que se encuentra en la red del plan . Pagará más si utiliza 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 paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para consultar a un especialista ?	No	Puede acudir al especialista de su elección sin tener un referido .

Preguntas: Llame al 410-872-9500

Si no entiende algunos de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 410-872-9500 para solicitar una copia.



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro son posteriores a la fecha en que haya satisfecho su [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de cuidado primario para el tratamiento de una lesión o enfermedad	\$10 copago por visita, hasta \$50,000, luego copago +20% de coaseguro	\$10 copago por visita, hasta \$50,000, luego copago +30% de coaseguro	Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
	Visita al especialista	\$10 copago por visita, hasta \$50,000, luego copago +20% de coaseguro	\$10 copago por visita, hasta \$50,000, luego copago +30% de coaseguro	Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
	Cuidado preventivo / evaluación / inmunización	\$10 copago por visita, hasta \$50,000, luego copago +20% de coaseguro	\$10 copago por visita, hasta \$50,000, luego copago +30% de coaseguro	Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
Si le hacen análisis	Análisis de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% hasta \$50,000, luego 30% coaseguro	Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
	Imágenes (escaneos CT/PET. MRI)	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% hasta \$50,000, luego 30% coaseguro	Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
Si necesita medicamentos para el tratamiento de una enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	\$10 de copago al por menor \$20 de copago por correo	No se cubre fuera de la red	Venta al por menor 30 días de suministro; pedido por correo 31-90 días de suministro. Los medicamentos de mantenimiento deben comprarse mediante pedido por correo o en la farmacia CVS. Se requieren pedidos de medicamentos genéricos a menos que el médico requiera específicamente que se dispense medicamentos de marca.
	Medicamentos de marca preferida	\$25 de copago al por menor \$50 de copago por correo	No se cubre fuera de la red	
	Medicamentos de marca no preferida	\$40 de copago al por menor \$80 de copago por correo	No se cubre fuera de la red	
	Medicamentos especializados	\$75 copago	No se cubre fuera de la red	Comuníquese con Caremark al 866-282-8503
Si tiene cirugía como paciente ambulatorio	Cargo de la instalación (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$0 hasta \$50,000, luego 20% de coaseguro	10% hasta \$50,000, luego 30% de coaseguro	Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
	Honorarios del médico/cirujano	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% a \$50,000, luego 30% coaseguro	Los servicios auxiliares prestados fuera de la red en un hospital o centro de la red se pagarán como si fueran de la red. Cuando las prestaciones superen los \$1,000,000, su parte del costo será del 50%.

Preguntas: Llame al 1-888-494-4443

Si no entiende algunos de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en [www.cciio.cms.gov](#) o llame al 1-888-494-4443 para solicitar una copia.

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado en salas de emergencia	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% a \$50,000, luego 30% coaseguro	La atención en emergencias fuera de la red está cubierta como dentro de la red hasta la estabilización. La estabilización posterior se paga como fuera de la red a menos que se transfiera a un centro de la red cuando las prestaciones superen \$1,000,000, su parte del costo será del 50%.
	Transporte médico de emergencia	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% a \$50,000, luego 30% coaseguro	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan como dentro de la red. Cuando las prestaciones superen \$1,000,000, su parte del coste será del 50%.
	Atención médica urgente	\$10 copago por visita , hasta \$50,000, luego copago +20% coaseguro	\$10 copago por visita , hasta \$50,000, luego copago +30% coaseguro	Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
Si necesita hospitalización	Costo de la instalación (p. ej., habitación de hospital)	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% a \$50,000, luego 30% coaseguro	Requiere aprobación previa. Llame a American Health Holdings al 800-641-5566. Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
	Honorarios del médico/cirujano	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% a \$50,000, luego 30% coaseguro	Los servicios auxiliares prestados fuera de la red en un hospital o centro de la red se pagarán como si estuvieran dentro de la red. Cuando las prestaciones superen \$1,000,000, su parte del costo será del 50%.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios como paciente externo	\$10 copago por visita , hasta \$50,000, luego copago +20% coaseguro	\$10 copago por visita , hasta \$50,000, luego copago +30% coaseguro	Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
	Servicios como paciente hospitalizado	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% a \$50,000, luego 30% coaseguro	Requiere aprobación previa. Llame a American Health Holdings al 800-641-5566. Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.

Preguntas: Llame al 1-888-494-4443

Si no entiende algunos de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-494-4443 para solicitar una copia.

Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$10 copago por visita , hasta \$50,000, luego copago +20% coaseguro	\$10 copago por visita , hasta \$50,000, luego copago +30% coaseguro	Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
	Servicios profesionales de parto y alumbramiento	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% a \$50,000, luego 30% coaseguro	Miembro/cónyuge solamente. Requiere aprobación previa. Llame a American Health Holdings al 800-641-5566. Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
	Servicios en instalaciones de parto y alumbramiento	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% a \$50,000, luego 30% coaseguro	Miembro/cónyuge solamente. Requiere aprobación previa. Llame a American Health Holdings al 800-641-5566. Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud específicas	Cuidado de salud en el hogar	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% a \$50,000, luego 30% coaseguro	Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
	Servicios de rehabilitación	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% a \$50,000, luego 30% coaseguro	Solo fisioterapia: la terapia del habla y la ocupacional no están cubiertas
	Servicios de habilitación	No están cubiertos	No están cubiertos	
	Atención de enfermería especializada	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% a \$50,000, luego 30% coaseguro	Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
	Equipo médico duradero	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% a \$50,000, luego 30% coaseguro	Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
	Servicios de cuidados paliativos o para enfermos terminales	\$0 hasta \$50,000, luego 20% coaseguro	10% a \$50,000, luego 30% coaseguro	Cuando los beneficios superan \$1,000,000 su parte del costo es del 50%.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Exámenes de la vista para niños	\$0		Limitado a un examen y un par de anteojos por año.
	Anteojos para niños	\$0		
	Exámenes dentales para niños	\$0 hasta \$500, 20% de los siguientes \$2,000	\$0 hasta \$500, 20% de los siguientes \$2,000	Beneficios superiores a \$2,500 pagados al 50% para niños menores de 18 años.

Preguntas: Llame al 1-888-494-4443

Si no entiende algunos de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-494-4443 para solicitar una copia.

Servicios que se excluyen y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su [Plan](#) por lo general NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de los [servicios que se excluyen](#).)

- Cirugía bariátrica
- Cirugía plástica
- Servicios de habilitación
- Tratamiento por infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Atención que no es de emergencia mientras viaja fuera de los EE. UU.
- Atención de enfermería privada
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte su documento del [plan](#).)

- Acupuntura (\$50 visita/24 visitas/año)
- Quiropráctica (\$50 por visita)
- Audífonos (\$4,000 cada 2 años)
- Cuidado rutinario de los pies
- Atención Dental de rutina (adultos)
- Atención Oftalmológica de rutina (adultos)

Sus derechos de continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura cuando está termine. La información de contacto de esas agencias es: la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al **1-866-444-EBSA (3272)** o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos de Reclamo y Apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa sobre cómo enviar un [reclamo](#), [apelación](#) o [queja](#) formal por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

¿Provee este [plan](#) la [cobertura mínima esencial](#)? **Si**

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

¿Cumple este [plan](#) con los [estándares de valor mínimo](#)? **Si**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que califique para recibir un [crédito tributario por pago de primas](#) para ayudarle a pagar un [plan del Mercado](#).

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

Declaración de Divulgación de PRA: De acuerdo con el Paperwork Reduction Act de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado 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.

Preguntas: Llame al **1-888-494-4443**

Si no entiende algunos de los términos subrayados que se utilizan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-888-494-4443 para solicitar una copia.

Acerca de estos ejemplos de cobertura



Este no es un estimador de los costos. Los tratamientos que se ilustran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir el cuidado médico. Sus propios costos serán distintos según la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y los [servicios que se excluyen](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg espera un bebé

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

■ Deducible general del plan	\$100
■ Costo compartido* del especialista	\$10
■ Costo compartido* del hospital (centro)	0%
■ Otros costos compartidos	0%

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un [especialista](#) (*cuidado prenatal*)
 Servicios profesionales de parto y alumbramiento
 Servicios de la instalación de parto y alumbramiento
[Análisis de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$100
Copagos	\$41
Coaseguro*	\$0
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$200

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de cuidado de rutina dentro de la red para una enfermedad bien controlada)

■ Deducible general del plan	\$100
■ Costo compartido* del especialista	\$10
■ Costo compartido* del hospital (centro)	0%
■ Otros costos compartidos*	0%

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un [médico de cuidado primario](#) (*incluye educación sobre la enfermedad*)
[Análisis 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	\$100
Copagos	\$800
Coaseguro*	\$0
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$22
El total que Peg pagaría es	\$920

Fractura simple de Mía

(visita a la sala de emergencia dentro de la red y cuidado de seguimiento)

■ Deducible general del plan	\$100
■ Costo compartido* del especialista	\$10
■ Costo compartido* del hospital (centro)	0%
■ Otros costos compartidos*	0%

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

[Cuidado en salas de emergencia](#) (*incluye suministros médicos*)
[Análisis de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mía pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$100
Copagos	\$35
Coaseguro*	\$0
<i>Lo que no se cubre</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$140

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

*El coaseguro se aplica cuando las prestaciones anuales superan los \$50,000.