



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura refleja cómo usted y el [plan](#) compartirán el costo de los servicios cubiertos para el cuidado de la salud. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de las condiciones completas de la cobertura, visite [www.umar.com](http://www.umar.com) o llame al 1-800-332-1168. Para ver las definiciones generales de términos frecuentes, tales como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.umar.com](http://www.umar.com) o llamar al 1-800-332-1168 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$3,000 personal/\$9,000 familiar dentro de la red \$3,000 personal/\$9,000 familiar fuera de la red	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el <a href="#">deducible</a> para que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si usted tiene otros familiares inscritos en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares alcance el <a href="#">deducible</a> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios para el <a href="#">cuidado preventivo</a> están cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, aunque usted no haya alcanzado aún el <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de los <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$5,000 personal/\$10,000 familiar dentro de la red \$10,000 personal/\$20,000 familiar fuera de la red	El <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares inscritos en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de su bolsillo</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> familiar general.
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> ?	Multas, <a href="#">primas</a> , cargos de <a href="#">facturación del saldo</a> y cuidado de la salud que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no se toman en cuenta para alcanzar el <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</a> .
¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.umar.com">www.umar.com</a> o llame al 1-800-332-1168 para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Pagará lo máximo si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre lo que cobra el <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (p. ej., pruebas de laboratorio). Verifíquelo con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que elija sin una <a href="#">referencia</a> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que usted haya alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un <a href="#">proveedor</a> de cuidado de la salud	Visita al médico de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	\$50 de copago por visita, no tiene que pagar deducible	40% de coseguro	Ninguna
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	\$50 de copago por visita, no tiene que pagar deducible	40% de coseguro	Ninguna
	<a href="#">Cuidado preventivo/pruebas de detección</a> /vacunas	Sin cargo; No tiene que pagar deducible	Sin cargo; No tiene que pagar deducible	Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan.
Si le realizan un examen	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo; no tiene que pagar un deducible si la prueba se realiza en el consultorio; \$50 de copago por visita; no tiene que pagar un deducible por análisis de sangre en un centro para pacientes ambulatorios; 20% de coseguro por radiografías en un centro para pacientes ambulatorios	40% de coseguro	Ninguna
	Estudios por imágenes (tomografías computarizadas [CT]/tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición.</b>  Para obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> , visite <a href="http://www.cebt.org">www.cebt.org</a> .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20 de copago en Farmacia Minorista/\$40 de copago en Farmacia de Pedidos por Correo		Ninguna
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$40 de copago en Farmacia Minorista/\$80 de copago en Farmacia de Pedidos por Correo		
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$60 de copago en Farmacia Minorista/\$120 de copago en Farmacia de Pedidos por Correo		
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)	Basado en un medicamento genérico de marca preferido o de marca no preferido		
<b>Si le realizan una cirugía para pacientes ambulatorios</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Cuidado en la sala de emergencias</a>	20% de coseguro	20% de coseguro	Se aplica el deducible dentro de la red a los beneficios fuera de la red
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% de coseguro	20% de coseguro	Se aplica el deducible dentro de la red a los beneficios fuera de la red
	<a href="#">Cuidado de urgencia</a>	\$50 de copago por visita, no tiene que pagar deducible	40% de coseguro	Ninguna
<b>En caso de una estadía en el hospital</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	
<b>Si usted tiene necesidades de salud mental, de salud del comportamiento o por abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$50 de copago por visita; no tiene que pagar un deducible por visitas al consultorio; 20% de coseguro por otros servicios para pacientes ambulatorios	40% de coseguro	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo; No tiene que pagar deducible	Sin cargo; No tiene que pagar deducible	No se aplica el costo compartido a ciertos servicios preventivos. Según el tipo de servicio, se puede aplicar un deducible, copago o coseguro. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del Resumen de Beneficios y Cobertura (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales por el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios del centro por el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Cuidado de asistencia médica a domicilio</a>	20% de coseguro	40% de coseguro	100 visitas como máximo por cada año calendario; se requiere preautorización.
	<a href="#">Servicios para la rehabilitación</a>	\$50 de copago por visita, no tiene que pagar deducible	40% de coseguro	20 visitas como máximo por enfermedad o lesión; se requiere preautorización.
	<a href="#">Servicios para la habilitación</a>	\$50 de copago por visita, no tiene que pagar deducible	40% de coseguro	Si su plan excluye las discapacidades de aprendizaje, los servicios para la habilitación para discapacidades de aprendizaje no están cubiertos, consulte el documento de su plan.
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	20% de coseguro	40% de coseguro	45 días como máximo por cada año calendario; se requiere preautorización.
	<a href="#">Equipo Médico Duradero</a>	20% de coseguro	40% de coseguro	Las reparaciones solo están cubiertas si se compra el equipo; se requiere preautorización.
	<a href="#">Servicios para cuidados paliativos</a>	Sin cargo; No tiene que pagar deducible	40% de coseguro	Ninguna
<b>Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo; No tiene que pagar deducible	Sin cargo; No tiene que pagar deducible	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 (Para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#), consulte el documento de su póliza o [plan](#).)

- Cirugía bariátrica
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidado de los pies de rutina
- Cuidado dental (adultos)
- Cuidado a largo plazo
- Programas de control de peso

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

- Acupuntura (cuando la realiza un médico certificado o acupunturista/acupresurista certificado, para aliviar el dolor)
- Aparatos auditivos
- Servicios para enfermería privada (cuidado para pacientes ambulatorios)
- Cuidado quiropráctico
- Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
- Cuidado de la vista de rutina (adultos)
- Cirugía estética (cuando es médicamente necesaria)

**Sus Derechos a Continuar con la Cobertura:** Si usted desea continuar con su cobertura después de que termine, hay agencias que pueden ayudar. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323, ext. 61565 o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). También es posible que usted disponga de otras opciones de cobertura, por ejemplo, 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](http://www.cuidadodesalud.gov/es) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus Derechos a Presentar Quejas Formales y Apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) sobre la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, examine la Explicación de Beneficios que recibirá por 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](#). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Una lista de estados con Programas de Asistencia al Consumidor está disponible en [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov) y en <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 del mercado individuales, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), TRICARE y cierta otra cobertura. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no cumpla los requisitos para el [crédito para el impuesto sobre la prima](#).

#### **¿Este plan cumple con las Normas de Valor Mínimo? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con las [normas de valor mínimo](#), es posible que usted cumpla los requisitos para recibir un [crédito para el impuesto sobre la prima](#) que le ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

#### **Servicios de Acceso en Otros Idiomas:**

Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-332-1168.

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

**Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:**



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos reflejados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir el cuidado médico. Sus costos reales serán diferentes según el cuidado real que usted reciba, los precios que le cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar en diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

**Peg Tendrá un Bebé**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Copago](#) por [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) por el hospital (centro) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
 Visitas al consultorio del [especialista](#) (*cuidado prenatal*)  
 Servicios profesionales por el parto  
 Servicios del centro por el parto  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

**Ejemplo de Costo Total \$12,700**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$3,000
<a href="#">Copagos</a>	\$40
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,500
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>Total que pagaría Peg</b>	<b>\$4,600</b>

**Manejo de la Diabetes tipo 2 de Joe**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Copago](#) por [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) por el hospital (centro) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
 Visitas al consultorio de un [médico de cuidado primario](#) (*incluye información educativa sobre la enfermedad*)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos con receta](#)  
[Equipo Médico Duradero](#) (*medidor de glucosa*)

**Ejemplo de Costo Total \$5,600**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles*</a>	\$200
<a href="#">Copagos</a>	\$1,900
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>Total que pagaría Joe</b>	<b>\$2,160</b>

**Fractura Simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Copago](#) por [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) por el hospital (centro) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
[Cuidado en la sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)  
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)  
[Equipo Médico Duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios para la rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

**Ejemplo de Costo Total \$2,800**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles*</a>	\$1,600
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Total que pagaría Mia</b>	<b>\$1,800</b>

Nota: Estos números suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar del [plan](#), podría reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con: [www.umar.com](http://www.umar.com) o llame al 1-800-332-1168.

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