



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (*Summary of Benefits and Coverage, SBC*) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le indica de qué manera usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: Se proporcionará información sobre el costo de este [plan](#) (llamada la [prima](#)) por separado. Este solo es un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de los términos completos de la cobertura, visite [www.iehp.org](http://www.iehp.org) o llame al 1-855-433-4347. Para ver definiciones generales de términos comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros [términos subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o [www.iehp.org](http://www.iehp.org), o llamar al 1-855-433-4347 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas   | Por qué es importante:  |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?  | \$5,800 por persona, \$11,600 por familia  | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la <a href="#">cantidad del deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe cumplir con su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de los gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares cumpla con el <a href="#">deducible</a> familiar general.  |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                     | Sí. Los servicios y la <a href="#">atención preventiva</a> que se indican en la gráfica que inicia en la Página 2.                     | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque usted aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <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 <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                            |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                             | Sí. \$450 de <a href="#">deducible</a> individual para farmacia, \$900 de <a href="#">deducible</a> familiar para farmacia             | Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica del <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar estos servicios.  |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?     | \$8,850 por persona, \$17,700 por familia  | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es la cantidad máxima que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada uno debe alcanzar su propio <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> general de la familia.  |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?                             | Este <a href="#">plan</a> no cubre <a href="#">primas</a> ni atención médica.  | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .  |
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                             | Sí. Para obtener una lista de proveedores preferidos, visite <a href="http://www.iehp.org">www.iehp.org</a> o llame al 1-855-433-4347. | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red del plan</a> . Pagará lo máximo si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan (facturación de 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 (como estudios de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | Sí. Requiere una <a href="#">autorización previa</a> por escrito.  | Este <a href="#">plan</a> pagará todos o algunos de los costos de atenderse con un <a href="#">especialista</a> para servicios cubiertos, pero solo si tiene una <a href="#">referencia</a> antes de acudir al <a href="#">especialista</a> .   |



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

| Circunstancia médica común   | Servicios que puede necesitar   | Indian Health Care Provider (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará  |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---|---|--|---|---|
|  |   |   | Proveedor dentro de la red que no sea de IHCP (Usted pagará más)   | Proveedor fuera de la red que no sea de IHCP (Usted pagará lo máximo) |   |
| Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica | Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad   | Sin cargo   | <a href="#">Copago</a> de \$60 por consulta  | No cubierto   | El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.  |
|  | Consulta con un <a href="#">especialista</a>  | Sin cargo   | <a href="#">Copago</a> de \$95/se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas   | No cubierto   | El <a href="#">deducible</a> no se aplica para las primeras tres visitas al consultorio que no sean preventivas, combinado con el cuidado primario, la atención especializada y el cuidado de urgencia. Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP. |
|  | <a href="#">Atención preventiva/ evaluaciones/vacunas</a>   | Sin cargo   | Sin cargo  | No cubierto   | Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Después revise lo que su <a href="#">plan</a> pagará.   |
| Si se realiza un examen  | <a href="#">Examen de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)                                     | Sin cargo   | <a href="#">Coseguro</a> del 40 %/se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas (radiografía), <a href="#">copago</a> de \$40/ no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas (análisis de sangre) | No cubierto   | Requiere una orden médica. El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.   |
|  | Imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin cargo   | <a href="#">Coseguro</a> del 40%/se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas   | No cubierto   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.   |

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

| Circunstancia médica común   | Servicios que puede necesitar                        | Indian Health Care Provider (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará  |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|--|---|--|---|---|
|  |  |   | Proveedor dentro de la red que no sea de IHCP (Usted pagará más)   | Proveedor fuera de la red que no sea de IHCP (Usted pagará lo máximo) |   |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos</a> recetados en <a href="http://www.iehp.org">www.iehp.org</a> . | Nivel 1: Medicamentos genéricos                      | Sin cargo   | <a href="#">Copago</a> de \$19 (venta al menudeo), <a href="#">copago</a> de \$38 (servicio de entrega por correo)   | No cubierto   | Suministro o pedido: hasta para 30 días (venta al menudeo); de 30 a 100 días (servicio de entrega por correo), salvo cuando se apliquen límites de cantidad. Se requiere una <a href="#">autorización previa</a> para algunos medicamentos. Se aplica el <a href="#">deducible</a> , \$500 por persona, \$1,000 por familia. El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.   |
|  | Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos            | Sin cargo   | <a href="#">Coseguro</a> del 40% hasta \$500 por receta médica (venta al menudeo), se aplica el deducible para farmacia; <a href="#">coseguro</a> del 40% hasta \$1,000 por receta médica (servicio de entrega por correo), se aplica el <a href="#">deducible</a> para farmacia | No cubierto   |   |
|  | Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos         | Sin cargo   | <a href="#">Coseguro</a> del 40% hasta \$500 por receta médica (venta al menudeo), se aplica el deducible para farmacia; <a href="#">coseguro</a> del 40% hasta \$1,000 (servicio de entrega por correo), se aplica el <a href="#">deducible</a> para farmacia                   | No cubierto   |   |
|  | Nivel 4: <a href="#">Medicamentos especializados</a> | Sin cargo   | 40% de <a href="#">coseguro</a> hasta \$500 por receta médica, se aplica el deducible para farmacia  | No cubierto   | Se requiere una <a href="#">autorización previa</a> para algunos medicamentos. Es posible que apliquen límites de cantidad a ciertos medicamentos. Suministro/pedido: hasta un suministro de 30 días surtido por una farmacia especializada. Se aplica el <a href="#">deducible</a> , \$500 por persona o \$1,000 por familia. El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP. |

| Circunstancia médica común                    | Servicios que puede necesitar                                      | Indian Health Care Provider (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|--|---|---|---|--|
|   |  |   | Proveedor dentro de la red que no sea de IHCP (Usted pagará más)  | Proveedor fuera de la red que no sea de IHCP (Usted pagará lo máximo)   |  |
| <b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b> | Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo   | Se aplica el <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 40%   | No cubierto   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.  |
|   | Tarifas del médico/cirujano  | Sin cargo   | Se aplica el <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 40%   | No cubierto   | El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.   |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>  | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>                 | Sin cargo   | <a href="#">Coseguro</a> del 40%/se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas, médico de la sala de emergencias: sin cargo | <a href="#">Coseguro</a> del 40%/se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas, médico de la sala de emergencias: sin cargo | No se aplica el <a href="#">coseguro</a> si es hospitalizado. Los servicios fuera de la red deben cumplir los criterios de atención médica de emergencia. El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con <a href="#">referencia</a> de IHCP.   |
|   | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                    | Sin cargo   | <a href="#">Coseguro</a> del 40%/deducible para transporte se aplica  | <a href="#">Coseguro</a> del 40%/deducible para transporte se aplica deducible  | Los servicios fuera de la red deben cumplir los criterios de atención médica de emergencia. El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.   |
|   | <a href="#">Cuidado de urgencia</a>                                | Sin cargo   | <a href="#">Copago</a> de \$60 por consulta   | <a href="#">Copago</a> de \$60/se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas  | El <a href="#">deducible</a> se exime para las primeras tres visitas al consultorio que no sean preventivas, combinado con el cuidado primario, la atención especializada y el <a href="#">cuidado de urgencia</a> . Los servicios de <a href="#">cuidado de urgencia</a> fuera de la red se cubren mientras se encuentre fuera del área de servicio. El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP. |

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

| Circunstancia médica común   | Servicios que puede necesitar                                | Lo que usted pagará   |   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|---|---|---|--|
|  |  | Indian Health Care Provider (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | Proveedor dentro de la red que no sea de IHCP (Usted pagará más)  | Proveedor fuera de la red que no es IHCP (usted pagará lo máximo) |  |
| <b>Si tiene una hospitalización</b>  | Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo   | Se aplica el <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 40%   | No cubierto   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.  |
|  | Tarifas del médico/cirujano                                  | Sin cargo   | Se aplica el <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 40%   | No cubierto   | El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias</b> | Servicios ambulatorios                                       | Sin cargo   | <a href="#">Copago</a> de \$60 por visita al consultorio: sesión de terapia individual/no se aplica <a href="#">deducible</a> para consultas; <a href="#">copago</a> de \$30 por sesión de terapia grupal/ no se aplica <a href="#">deducible</a> para consultas. Aparte del <a href="#">copago</a> de \$60 para visitas al consultorio/no se aplica <a href="#">deducible</a> para visitas | No cubierto   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> salvo por la evaluación inicial de salud del comportamiento. El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP. |
|  | Servicios para pacientes hospitalizados                      | Sin cargo   | Se aplica el <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 40%   | No cubierto   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.  |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio                                       | Sin cargo   | Prenatal: sin cargo; <a href="#">copago</a> de \$60 por consulta  | No cubierto   | Los <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican para <a href="#">servicios preventivos</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.         |
|  | Servicios profesionales de parto/nacimiento                  | Sin cargo   | Se aplica el <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 40%   | No cubierto   | La cobertura incluye servicios de aborto. El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia de IHCP</a> .  |
|  | Servicios del establecimiento de parto/nacimiento            | Sin cargo   | Se aplica el <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 40%   | No cubierto   | La cobertura incluye servicios de aborto. El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.   |

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

| Circunstancia médica común  | Servicios que puede necesitar                       | Indian Health Care Provider (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   | Proveedor dentro de la red que no sea de IHCP (Usted pagará más)                        | Proveedor fuera de la red que no sea de IHCP (Usted pagará lo máximo) |   |
| <b>Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Asistencia médica a domicilio</a>       | Sin cargo   | Se aplica el <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 40%             | No cubierto   | Se limita a 100 visitas cada año civil. Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP. |
|   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>         | Sin cargo   | <a href="#">Copago</a> de \$60/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas | No cubierto   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.   |
|   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>           | Sin cargo   | <a href="#">Copago</a> de \$60/no se aplica el <a href="#">deducible</a> para consultas | No cubierto   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.   |
|   | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a> | Sin cargo   | Se aplica el <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 40%             | No cubierto   | Se limita a 100 días por año civil. Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.     |
|   | <a href="#">Equipo médico duradero</a>              | Sin cargo   | Se aplica el <a href="#">deducible</a> del <a href="#">coseguro</a> del 40%             | No cubierto   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">costo compartido</a> se exime con proveedores que no sean de IHCP con una <a href="#">referencia</a> de IHCP.   |
|   | <a href="#">Servicios de hospicio</a>               | Sin cargo   | Sin cargo   | No cubierto   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> .  |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>                                    | Examen de la vista infantil                         | Sin cargo   | Sin cargo   | No cubierto   | Se limita a una visita al año.  |
|   | Anteojos infantiles                                 | Sin cargo   | Sin cargo   | No cubierto   | Armazones seleccionados, uno por año civil; lentes de contacto cubiertos en lugar de anteojos   |
|   | Examen dental infantil                              | Sin cargo   | Sin cargo   | No cubierto   | Un examen preventivo de rutina cada seis meses  |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| • Atención quiropráctica    | • Tratamiento de infertilidad   | • Servicios de enfermería privada  |
| • Cirugía plástica          | • Atención a largo plazo  | • Cuidado de la vista de rutina (adultos)  |
| • Atención dental (adultos) | • Atención médica que no sea de emergencia al viajar fuera de EE. UU. | • Cuidado de los pies de rutina  |
| • Audífonos                 |   | • Programas para la pérdida de peso (la exclusión no se aplica para intervenciones conductuales de cuidado preventivo) |

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

- |                            |              |                      |
|----------------------------|--------------|----------------------|
| • Servicios para un aborto | • Acupuntura | • Cirugía bariátrica |
|----------------------------|--------------|----------------------|

**Sus derechos a continuar la cobertura:** hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. A continuación, se indica la información de contacto de esos organismos:

- Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo: 1-866-444-EBSA (3272) o visite <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>
- Departamento de Atención Médica Administrada de California: 1-888-466-2219 o la línea TDD 1-877-688-9891 para las personas con deficiencias auditivas o del habla o visite [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov).
- Oficina de la Administración del Personal del Programa del Plan para Varios Estados: <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/consumer/>.

También puede tener otras opciones de cobertura a su disposición, como la compra de la cobertura de un seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318- 2596.

**Su derecho a presentar una queja formal o una apelación:** hay dependencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [queja](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicha [queja](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también le brindan toda la información para presentar una [queja](#), 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:

- IEHP al 1-855-433-4347 (TTY 711), de lunes a viernes, 8am - 6pm, hora del Pacífico. Proporcione su número de identificación para miembros, su nombre y el motivo de su queja.
- Por correo: llame a IEHP al 1-855-433-4347 (TTY 711), de lunes a viernes, 8am - 6pm hora del Pacífico y solicite que se le envíe un formulario. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, su número de identificación de miembro y el motivo de su queja. Díganos qué pasó y cómo podemos ayudarle.  
Envíe el formulario por correo a:  
IEHP  
Attention: Grievance and Appeals Department  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
- El consultorio de su médico tendrá disponibles los formularios de quejas.
- En línea: visite el sitio web de IEHP en [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California usando la información de contacto que se indicó anteriormente.

#### ¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#) o [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas individuales de mercado, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (*Children's Health Insurance Program, 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](#).

#### ¿Cumple este plan los Estándares mínimos de valor? No corresponde

Si su [plan](#) no cumple los [Estándares mínimos de valor](#), es posible que reúna los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas](#) que le ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

#### Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-433-4347 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-433-4347 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-433-4347 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-433-4347 (TTY 711).

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

**Autorización para divulgar información según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA):** de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget, OMB*). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de **0.08** horas por respuesta, aproximadamente, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de información existentes, reunir la información requerida y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene cualquier comentario relacionado con la exactitud de las estimaciones de tiempo 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:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados solo son ejemplos de cómo este [plan](#) podría 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 [costos compartidos](#) ([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](#) \$5,800
- [Costo compartido para el especialista](#) \$95
- [Costos compartidos](#) por hospital (establecimiento) 40%
  
- Otros [costos compartidos](#) \$60

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de parto/nacimiento  
 Servicios del establecimiento de parto/nacimiento  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| <i>Costos compartidos</i>  |     |
|----------------------------|-----|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$0 |
| <a href="#">Copagos</a>    | \$0 |
| <a href="#">Coseguro</a>   | \$0 |

*Lo que no está cubierto*

|                                    |             |
|------------------------------------|-------------|
| Limitaciones o exclusiones         | \$60        |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$60</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,800
- [Costo compartido para el especialista](#) \$95
- [Costos compartidos](#) por hospital (establecimiento) 40%
  
- Otros [costos compartidos](#) \$60

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [Proveedor de Cuidado Primario](#) (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos recetados](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| <i>Costos compartidos</i>  |     |
|----------------------------|-----|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$0 |
| <a href="#">Copagos</a>    | \$0 |
| <a href="#">Coseguro</a>   | \$0 |

*Lo que no está cubierto*

|                                    |             |
|------------------------------------|-------------|
| Limitaciones o exclusiones         | \$20        |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$20</b> |

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y tratamiento continuo)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,800
- [Costos compartidos de los especialistas](#) \$95
- [Costos compartidos](#) por hospital (establecimiento) 40%
  
- Otros [costos compartidos](#) \$60

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluye materiales médicos*)  
[Examen de diagnóstico](#) (*radiografía*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| <i>Costos compartidos</i>  |     |
|----------------------------|-----|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$0 |
| <a href="#">Copagos</a>    | \$0 |
| <a href="#">Coseguro</a>   | \$0 |

*Lo que no está cubierto*

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Limitaciones o exclusiones         | \$0        |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$0</b> |

Nota: estas cifras asumen que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) de IHCP o con una [referencia](#) de IHCP con un proveedor que no sea de IHCP. Si recibió atención de un [proveedor](#) que no sea de IHCP sin una [referencia](#) de un proveedor de IHCP sus costos pueden ser más altos.

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