




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?  | \$0  | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de <a href="#">los 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?                             | No.  | 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> ?     | \$8,700 por persona, \$17,400 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 [copagos](#) y el [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   | Lo que usted pagará   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|---|---|--|--|
|  |   | Proveedor de red (Pagará menos)   | Proveedor fuera de la red (pagará más) |  |
| <b>Si visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b>  | Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad   | <a href="#">Copago</a> de \$35 por consulta   | No cubierto                            | Ninguno.   |
|  | Consulta con un <a href="#">especialista</a>  | <a href="#">Copago</a> de \$65 por consulta   | No cubierto                            | Requiere <a href="#">autorización previa</a> .   |
|  | <a href="#">Atención preventiva/ evaluaciones</a> /vacunas  | 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.                                  |
| <b>Si se realiza un examen</b>   | <a href="#">Examen de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)                                     | <a href="#">Copago</a> de \$75 por consulta (radiografía), <a href="#">copago</a> de \$40 por consulta (análisis de sangre) | No cubierto                            | Requiere una orden médica.   |
|  | Imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | <a href="#">Copago</a> de \$75 por consulta   | No cubierto                            | Requiere <a href="#">autorización previa</a> .   |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="#">www.iehp.org</a> . | Nivel 1: Medicamentos genéricos   | \$15 de <a href="#">copago</a> (venta al menudeo), \$30 de <a href="#">copago</a> (pedido 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.  |
|  | Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos   | <a href="#">Copago</a> de \$60 (venta al menudeo); <a href="#">copago</a> de \$120 (servicio de entrega por correo)         | No cubierto                            |  |
|  | Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos  | <a href="#">Copago</a> de \$85 (venta al menudeo); <a href="#">copago</a> de \$170 (servicio de entrega por correo)         | No cubierto                            |  |
|  | Nivel 4: <a href="#">Medicamentos especializados</a>  | <a href="#">Coseguro</a> del 20% hasta \$250 por receta médica  | 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. |

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

| Circunstancia médica común   | Servicios que puede necesitar                                      | Lo que usted pagará   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|--|---|---|---|
|  |  | Proveedor de red (Pagará menos)   | Proveedor fuera de la red (pagará más)  |   |
| <b>Si se somete a una cirugía ambulatoria</b>  | Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | <a href="#">Copago</a> de \$130   | No cubierto   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> .  |
|  | Tarifas del médico/cirujano  | <a href="#">Copago</a> de \$60  | No cubierto   | Ninguno.  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>   | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>                 | <a href="#">Copago</a> de \$330 por visita, médico de la sala de emergencias: sin cargo   | <a href="#">Copago</a> de \$330 por visita, médico de la sala de emergencias: sin cargo | No se aplica el <a href="#">copago</a> si es hospitalizado. Los servicios fuera de la red deben cumplir los criterios de atención médica de emergencia. |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                    | <a href="#">Copago</a> de \$250 por transporte  | <a href="#">Copago</a> de \$250 por transporte  | Los servicios fuera de la red deben cumplir los criterios de atención médica de emergencia.   |
|  | <a href="#">Cuidado de urgencia</a>                                | <a href="#">Copago</a> de \$35 por consulta   | <a href="#">Copago</a> de \$35 por consulta   | Los servicios de <a href="#">cuidado de urgencia</a> fuera de la red se cubren mientras se encuentre fuera del área de servicio.                        |
| <b>Si tiene una hospitalización</b>  | Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación del hospital)       | <a href="#">Copago</a> de \$350 por día   | No cubierto   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">copago</a> se aplica hasta para cinco días.   |
|  | Tarifas del médico/cirujano  | Sin cargo   | No cubierto   | Ninguno   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias</b> | Servicios ambulatorios   | Visita al consultorio-sesión de terapia individual \$35 de <a href="#">copago</a> por visita; <a href="#">copago</a> de \$17.50 por sesión de terapia grupal. Aparte de la visita al consultorio, <a href="#">copago</a> de \$35 por visita | No cubierto   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> salvo por la evaluación inicial de salud del comportamiento.   |
|  | Servicios para pacientes hospitalizados                            | <a href="#">Copago</a> de \$350 por día   | No cubierto   | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . El <a href="#">copago</a> se aplica hasta para cinco días.   |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio   | Prenatal: sin cargo<br><a href="#">Copago</a> de \$35 por consulta  | No cubierto   | Los <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican para <a href="#">servicios preventivos</a> .   |
|  | Servicios profesionales de parto/nacimiento                        | Sin cargo   | No cubierto   | La cobertura incluye servicios de aborto.   |
|  | Servicios del establecimiento de parto/nacimiento                  | <a href="#">Copago</a> de \$350 por día   | No cubierto   | La cobertura incluye servicios de aborto. El <a href="#">copago</a> se aplica hasta para cinco días.  |

| Circunstancia médica común  | Servicios que puede necesitar                       | Lo que usted pagará                         |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|---|---|--|---|
|   |   | Proveedor de red (Pagará menos)             | Proveedor fuera de la red (pagará más) |   |
| <b>Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Asistencia médica a domicilio</a>       | <a href="#">Copago</a> de \$30 por consulta | No cubierto                            | Se limita a 100 visitas cada año civil. Requiere <a href="#">autorización previa</a> .  |
|   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>         | <a href="#">Copago</a> de \$35 por consulta | No cubierto                            | Requiere <a href="#">autorización previa</a> .  |
|   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>           | <a href="#">Copago</a> de \$35 por consulta | No cubierto                            | Requiere <a href="#">autorización previa</a> .  |
|   | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a> | <a href="#">Copago</a> de \$150 por día     | No cubierto                            | Se limita a 100 días por año civil. El <a href="#">copago</a> se aplica hasta para cinco días. Requiere <a href="#">autorización previa</a> . |
|   | <a href="#">Equipo médico duradero</a>              | <a href="#">Coseguro</a> del 20%            | No cubierto                            | Requiere <a href="#">autorización previa</a> .  |
|   | <a href="#">Servicios de hospicio</a>               | 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                                   | No cubierto                            | Se limita a una visita al año.  |
|   | Anteojos infantiles                                 | Sin cargo                                   | No cubierto                            | Armazones seleccionados, uno por año civil; lentes de contacto cubiertos en lugar de anteojos   |
|   | Examen dental infantil                              | 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
- Cirugía plástica
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención médica que no sea de emergencia al viajar fuera de EE. UU.
- Servicios de enfermería privada
- Cuidado de la vista de rutina (adultos)
- Cuidado de los pies de rutina
- 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).

\* 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).

- 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).

**To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.**

\* 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).

**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](#) \$0
- [Costos compartidos de los especialistas](#) \$65
- [Costo compartido](#) por hospital (establecimiento) 350 por día
- Otros [costos compartidos](#) \$35

**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*)

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

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| <i>Costos compartidos</i>          |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0            |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$1,100        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |                |
| Limitaciones o exclusiones         | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$1,160</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](#) \$0
- [Costos compartidos de los especialistas](#) \$65
- [Costo compartido](#) por hospital (establecimiento) 350 por día
- Otros [costos compartidos](#) \$35

**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*)

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

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| <i>Costos compartidos</i>          |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0            |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$1500         |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$200          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |                |
| Limitaciones o exclusiones         | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,720</b> |

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Costos compartidos de los especialistas](#) \$65
- [Costo compartido](#) por hospital (establecimiento) 350 por día
- Otros [costos compartidos](#) \$35

**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*)

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

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| <i>Costos compartidos</i>          |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0            |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$1,200        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$50           |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |                |
| Limitaciones o exclusiones         | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,250</b> |

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