



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 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, o llamar al 1-855-433-4347 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que el plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe cumplir con su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos deducibles pagados por todos los familiares cumpla con el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios y la atención preventiva que se indican en la gráfica que inicia en la Página 2.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque usted aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica del deducible antes de que el plan comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$1,150 por persona, \$2,300 por familia	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros familiares en el plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué no incluye el límite de gastos de bolsillo ?	Este plan no cubre primas ni atención médica.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores preferidos, visite www.iehp.org o llame al 1-855-433-4347.	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan . Pagará lo máximo si acude a un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que, su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como estudios de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una referencia para atenderse con un especialista ?	Sí. Requiere una autorización previa por escrito.	Este plan pagará todos o algunos de los costos de atenderse con un especialista para servicios cubiertos, pero solo si tiene una referencia antes de acudir al especialista .

⚠ 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)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$5 por consulta	No cubierto	Ninguno.
	Consulta con un especialista	Copago de \$8 por consulta	No cubierto	Requiere autorización previa .
	Atención preventiva/ evaluaciones /vacunas	Sin cargo	No cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Después revise lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Copago de \$8 por consulta (radiografía), copago de \$8 por consulta (análisis de sangre)	No cubierto	Requiere una orden médica.
	Imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Copago de \$50 por consulta	No cubierto	Requiere autorización previa .
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.iehp.org .	Nivel 1: Medicamentos genéricos	Copago de \$3 (venta al menudeo), copago de \$6 (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 autorización previa para algunos medicamentos.
	Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$10 (venta al menudeo), copago de \$20 (servicio de entrega por correo)	No cubierto	
	Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$15 (venta al menudeo), copago de \$30 (servicio de entrega por correo)	No cubierto	
	Nivel 4: Medicamentos especializados	Coseguro del 10% hasta \$150 por receta médica	No cubierto	Se requiere una autorización previa 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)	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 10%	No cubierto	Requiere autorización previa .
	Tarifas del doctor/cirujano	Coseguro del 10%	No cubierto	Ninguno.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$50 por visita, doctor de la sala de emergencias (Emergency Room, ER): sin cargo	Copago de \$50 por visita, doctor de la ER: sin cargo	No se aplica el copago si es hospitalizado. Los servicios fuera de la red deben cumplir los criterios de atención médica de emergencia.
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$30 por transporte	Copago de \$30 por transporte	Los servicios fuera de la red deben cumplir los criterios de atención médica de emergencia.
	Cuidado de urgencia	Copago de \$5 por consulta	Copago de \$5 por consulta	Los servicios de cuidado de urgencia fuera de la red se cubren mientras se encuentre fuera del área de servicio.
Si tiene una hospitalización	Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación del hospital)	Coseguro del 10%	No cubierto	Requiere autorización previa .
	Tarifas del doctor/cirujano	Coseguro del 10%	No cubierto	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago de \$5 por visita al consultorio: sesión de terapia individual; copago de \$2.50 por sesión de terapia grupal Aparte de la visita al consultorio, copago de \$5 por visita	No cubierto	Requiere autorización previa salvo por la evaluación inicial de salud del comportamiento.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 10%	No cubierto	Requiere autorización previa .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Prenatal: sin cargo Copago de \$5 por consulta	No cubierto	Los costos compartidos no se aplican para servicios preventivos .
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Coseguro del 10%	No cubierto	La cobertura incluye servicios de aborto.
	Servicios del establecimiento de parto/nacimiento	Coseguro del 10%	No cubierto	La cobertura incluye servicios de aborto.

* 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)	
Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Asistencia médica a domicilio	Copago de \$3 por consulta	No cubierto	Se limita a 100 visitas cada año civil. Requiere autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$5 por consulta	No cubierto	Requiere autorización previa .
	Servicios de habilitación	Copago de \$5 por consulta	No cubierto	Requiere autorización previa .
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 10%	No cubierto	Se limita a 100 días por año civil. Requiere autorización previa .
	Equipo médico duradero	Coseguro del 10%	No cubierto	Requiere autorización previa .
	Servicios de hospicio	Sin cargo	No cubierto	Requiere autorización previa .
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	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.dmhca.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/>.

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

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 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.

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): Dine'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.

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
- [Costo compartido](#) para el [especialista](#) \$8
- [Costo compartido](#) por hospital (establecimiento) 10%
- Otros [costos compartidos](#) \$5

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>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$150
Coseguro	\$1,000
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Limitaciones o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,210

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
- [Costo compartido](#) para el [especialista](#) \$8
- [Costo compartido](#) por hospital (establecimiento) 10%
- Otros [costos compartidos](#) \$5

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>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$80
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Limitaciones o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$400

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Costo compartido](#) para el [especialista](#) \$8
- [Costo compartido](#) por hospital (establecimiento) 10%
- Otros [costos compartidos](#) \$5

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>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coseguro	\$100
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Limitaciones o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$200

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