El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un **plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, 1-800-247-7114. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.abadmin.com o llamar a 1-800-247-7114 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	**0 USD**	Generalmente, usted debe pagar por todos los gastos de los proveedores hasta el monto del deducible antes que este plan comience a pagar. Si tiene más miembros de su familia en el mismo plan, cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla el deducible general familiar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Los cuidados preventivos están cubiertos.	Este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	**No.**	No aplica.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	No aplica.	No aplica.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	No aplica.	No aplica.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	**Sí.** Para obtener una lista de proveedores de PHCS, visite **www.multiplan.com** o llame al **1-888-794-7427**.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red de este plan. Usted pagará el máximo si utiliza un proveedor fuera de la red, y puede que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan (facturación de balances). Tenga en cuenta, su proveedor dentro de la red puede que utilice un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	**No.**	No cubierto.

Números de control de OMB 1545-2229, 1210-0147 y 0938-1146
Publicado el 6 de abril de 2016

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	$10 copago	No cubierto	Cuatro visitas por año del plan. El copago SÓLO cubre la visita al consultorio.
	Visita al especialista	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	$0	No cubierto	Usted tiene cobertura para cuidados preventivos / evaluaciones / vacunas únicamente. Para una lista actualizada, visite www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	$0 (exámenes preventivos de laboratorio)	No cubierto	Usted tiene cobertura para cuidados preventivos / evaluaciones / vacunas únicamente. Para una lista actualizada, visite www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Para más información, consulte la sección del plan de farmacia de su tarjeta de membresía.	Medicamentos genéricos	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico, pero hay una tarjeta de descuento disponible.
	Medicamentos de marcas preferidas	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico, pero hay una tarjeta de descuento disponible.
	Medicamentos de marcas no preferidas	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico, pero hay una tarjeta de descuento disponible.
	Medicamentos especializados	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico, pero hay una tarjeta de descuento disponible.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Honorarios del médico/cirujano	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Transporte médico de emergencia	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Atención de urgencia	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Honorarios del médico/cirujano	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Servicios internos	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Servicios de parto profesionales	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Servicios de rehabilitación	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Servicios de habilitación	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Cuidado de enfermería especializada	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Equipo médico duradero	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	0% coseguro	No cubierto	La USPSTF recomienda exámenes de la vista para todos los niños entre las edades de 3 a 5 años al menos una vez para detectar la presencia de ambliopía o sus factores de riesgo.
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna.
	Chequeo dental pediátrico	0% coseguro	No cubierto	Niños desde el nacimiento hasta la edad de 5 años. La USPSTF recomienda que los médicos de cabecera apliquen un barniz de flúor a los dientes primarios de todos los bebés y niños a partir de la edad de erupción de los dientes primarios.
Este plan incluye los servicios de 24/7 Lyric Health sin costo alguno para usted. Médicos y enfermeras licenciadas están disponibles para usted y su familia lasPara conversar con un médico, llame al **866-223-8831** o visite **www.getlyric.com**.				

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)		
• Cirugía cosmética • Cuidado dental (adultos) • Tratamiento de infertilidad • Programas de pérdida de peso	• Cuidado a largo plazo • Enfermera privada • Cuidado de rutina de la vista (adultos) • Acupuntura	• Tratamiento para condiciones médicas • Tratamientos de rutina de los pies • Cuidado que no sea de emergencia al viajar fuera de EE. UU.

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)		
• Exámenes preventivos • Vacunas	• Mamografía • Laboratorio de rutina	• Prueba de la próstata

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura después que termine. Para contactar a la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de EE. UU. llame al 1-866-444-3272 o visite www.dol.gov/ebsa. Para contactar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., llame al 1-877-267-2323 x61565 o visite www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted también, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos de EE. UU. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con Assured Benefits Administrators a 1-800-247-7114.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? **Sí**
Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? **No**
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-247-7114.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-247-7114.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助， 请拨打这个号码 1-800-247-7114.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-247-7114.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

El deducible general del plan	$0
Copago del especialista	N/A
Coseguro del hospital (instalaciones)	N/A
Otro coseguro	N/A

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista *(atención prenatal)*
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas *(sonogramas y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total hipotético	**12.731 USD**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	0 USD
Copagos	0 USD
Coseguro	0 USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	0 USD
El total que Peg pagaría es	**12.731 USD**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

El deducible general del plan	$0
Copago del especialista	N/A
Coseguro del hospital (instalaciones)	N/A
Otro coseguro	N/A

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico primario *(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total hipotético	**7.389 USD**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	0 USD
Copagos	0 USD
Coseguro	0 USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	7.389 USD
El total que Joe pagaría es	**7.389 USD**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

El deducible general del plan	$0
Copago del especialista	N/A
Coseguro del hospital (instalaciones)	N/A
Otro coseguro	N/A

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Sala de emergencias *(incluye materiales médicos)*
Prueba diagnóstica *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

Costo total hipotético	**1.925 USD**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	0 USD
Copagos	0 USD
Coseguro	0 USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	1.925 USD
El total que Mia pagaría es	**1.925 USD**

El **plan** sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.