



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?	Ninguno. Este plan no tiene deducible .	Este plan no tiene deducible , pero tiene beneficios máximos limitados por año del plan . Consulte la sección "Límites, Excepciones y Otra Información Importante" junto a cada evento médico cubierto.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	No se aplica. Este plan no tiene deducible .	Este plan cubre algunos artículos y puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, 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 se aplica.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Ninguno. Este plan no tiene desembolso máximo .	Este plan no tiene desembolso máximo , pero tiene beneficios máximos limitados por año del plan para todos los servicios hospitalarios y ambulatorios, excepto para los servicios preventivos cubiertos listados en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	No se aplica. Este plan no tiene desembolso máximo .	No se aplica.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Para una lista de proveedores participantes, visite el sitio web de (Plan de beneficios limitados) en www.multiplan.com o llame al 1-888-371-7427	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 se aplica.



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	\$20 copago/visita al consultorio	No cubierto	Incluye pruebas simples de laboratorio y radiografías realizadas durante la misma visita.
	Visita al especialista	\$20 copago/visita al consultorio	No cubierto	Incluye pruebas simples de laboratorio y radiografías realizadas durante la misma visita.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No cubierto	Vacunas cubiertas al 100% de los cargos permitidos fuera de la red. Restricciones de edad y frecuencia puede que apliquen. 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)	En el consultorio del médico: Sin cargo Laboratorio independiente / ambulatorio: 30% coseguro	No cubierto	\$1.000 de beneficio máximo por año del plan. Todos los servicios ambulatorios son combinados bajo este límite.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	30% coseguro	No cubierto	\$1.000 de beneficio máximo por año del plan. Todos los servicios ambulatorios son combinados bajo este límite.
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	\$10 copago	No cubierto	\$500 beneficio combinado máximo por año del plan.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$40 copago	No cubierto	
	Medicamentos de marcas no preferidas	No cubierto	No cubierto	No cubierto por este plan.
	Medicamentos especializados	No cubierto	No cubierto	No cubierto por este plan.

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	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% coseguro	No cubierto	\$1.000 de beneficio máximo por año del plan. Todos los servicios ambulatorios son combinados bajo este límite.
	Honorarios del médico/cirujano	30% coseguro	No cubierto	\$1.000 de beneficio máximo por año del plan. Todos los servicios ambulatorios son combinados bajo este límite.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	0% coseguro	0% coseguro	Beneficio máximo de \$50 por visita y 3 visitas por año del plan para enfermedades. Beneficio máximo de \$500 por visita y 2 visitas por año del plan para accidentes. Debe ser una verdadera emergencia. De lo contrario, no tendrá cobertura.
	Transporte médico de emergencia	30% coseguro	30% coseguro	\$1.000 de beneficio máximo por año del plan. Todos los servicios ambulatorios son combinados bajo este límite.
	Atención de urgencia	\$20 copago	30% coseguro	\$1.000 de beneficio máximo por año del plan. Todos los servicios ambulatorios son combinados bajo este límite.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	30% coseguro	No cubierto	Beneficio máximo de \$500 por día.
	Honorarios del médico/cirujano	30% coseguro	No cubierto	\$1.000 de beneficio máximo por año del plan. Todos los honorarios del médico/cirujano durante una hospitalización son combinados bajo este límite.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	\$20 copago/visita al consultorio	No cubierto	\$1.000 de beneficio máximo por año del plan. Todos los honorarios del médico/cirujano durante una hospitalización son combinados bajo este límite.
	Servicios internos	30% coseguro	No cubierto	\$10.000 de beneficio máximo por año del plan. Todos los honorarios del médico/cirujano durante una hospitalización son combinados bajo este límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Visita inicial: \$20 copago Todas las demás visitas: 30% coseguro	No cubierto	\$1.500 de beneficio máximo por año del plan. Todos los servicios ambulatorios son combinados bajo este límite.

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 está embarazada	Servicios de parto profesionales	30% coseguro	No cubierto	\$1.000 de beneficio máximo por año del plan. Todos los honorarios del médico/cirujano durante una hospitalización son combinados bajo este límite.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	30% coseguro	No cubierto	Beneficio máximo de \$500 por día.
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	30% coseguro	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Servicios de habilitación	30% coseguro	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Cuidado de enfermería especializada	No cubierto	No cubierto	No cubierto bajo este plan médico.
	Equipo médico duradero	30% coseguro	No cubierto	\$2.500 de beneficio máximo por año del plan. Todos los servicios ambulatorios son combinados bajo este límite.
	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.

This plan includes 24/7 Lyric Health services at no cost to you. Licensed doctors and nurses are available for you and your family 24/7. To speak with a doctor, call **866-223-8831** or visit www.getlyric.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.abadmin.com.

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 a largo plazo | • Tratamientos de rutina de los pies |
| • Cuidado dental (adultos) | • Enfermera privada | • Cuidado que no sea de emergencia al viajar fuera de EE. UU. |
| • Tratamiento de infertilidad | • Cuidado de rutina de la vista (adultos) | |
| • Programas de pérdida de peso | • Acupuntura | |

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- | | | |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| • Exámenes preventivos | • Mamografía | • Prueba de la próstata |
| • Vacunas | • Laboratorio de rutina | |

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): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo 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	\$20
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	30%
■ Otro coseguro	30%

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	20 USD
Coseguro	3.813 USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	0 USD
El total que Peg pagaría es	3.833 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	\$20
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	30%
■ Otro coseguro	30%

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	180 USD
Coseguro	2.163 USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	0 USD
El total que Joe pagaría es	2.343 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	\$20
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	30%
■ Otro coseguro	30%

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	1.425 USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	0 USD
El total que Mia pagaría es	1.425 USD

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