

 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, www.kbasolution.com o llamar a 877-851-0906. 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.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-877-851-0906 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Servicios preventivos son cubiertos antes de que el deducible de su.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	No se aplica.	Este plan no tiene un máximo directo de bolsillo por sus gastos.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	No se aplica.	Este plan no tiene un máximo directo de bolsillo por sus gastos.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Vea www.multiplan.com o llame al 1-888-342-7427 para una lista de proveedor dentro de la red .	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.



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	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Visita al especialista	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	60% de coseguro	Que tenga que pagar por servicios que no son preventivas . Pregúntele a su proveedor si los servicios son preventivos. Compruebe que su plan pagará por.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	No está cubierto	No está cubierto	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección	Medicamentos genéricos	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Medicamentos de marcas preferidas	No está cubierto	No está cubierto	
	Medicamentos de marcas no preferidas	No está cubierto	No está cubierto	
	Medicamentos especializados	No está cubierto	No está cubierto	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	No está cubierto	No está cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	No está cubierto	No está cubierto	
	Atención de urgencia	No está cubierto	No está cubierto	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	No está cubierto	No está cubierto	

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

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 servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Servicios internos	No está cubierto	No está cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	60% de coseguro	Intercambio de coste no se aplica a ciertos servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar coseguro . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	No está cubierto	No está cubierto	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de rehabilitación	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios de habilitación	No está cubierto	No está cubierto	
	Cuidado de enfermería especializada	No está cubierto	No está cubierto	
	Equipo médico duradero	No está cubierto	No está cubierto	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No está cubierto	No está cubierto	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	

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](#).)

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cuidados quiroprácticos • Cirugía estética • Cuidados dentales | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Infertilidad • Cuidados de larga duración • Cuidados no urgentes durante viajes fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería privados • Examen de la vista rutinario (adultos) • Cuidados podológicos rutinarios |
|--|---|---|

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

- Programas de pérdida de peso (los que aparecen en la ley PPACA).

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Plan visite www.kbasolution.com o llame al 877-851-0906; el Departamento de Trabajo los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en el 877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.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: Key Benefit Administrators at 877-851-0906 o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o www.dol.gov/healthreform.

¿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? Sí

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 877-851-0906.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-851-0906.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 877-851-0906.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 877-851-0906.

-----*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
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

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	\$12,800
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$12,760
El total que Peg pagaría es	\$12,760

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
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

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	\$7,400
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$7,250
El total que Joe pagaría es	\$7,250

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

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	\$1,900
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$1,900
El total que Mia pagaría es	\$1,900

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