



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de servicios cubiertos de atención de salud. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado la [prima](#)) se proporcionará por separado. Este documento es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de las condiciones completas de la cobertura, visite www.umar.com o llame al 1-800-332-1168. Para ver definiciones generales de términos comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.umar.com o llamar al 1-800-332-1168 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$2,800 por persona / \$5,600 por familia Dentro de la Red \$2,800 por persona / \$5,600 por familia Fuera de la Red	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de su familia en el plan , se debe alcanzar el deducible familiar total antes de que el plan comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aun cuando usted todavía no haya alcanzado la cantidad del deducible . Pero es posible que se aplique un copago o un coaseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso personal de este plan ?	\$5,000 por persona / \$10,000 por familia Dentro de la Red \$10,000 por persona / \$20,000 por familia Fuera de la Red	El límite de desembolso personal es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este plan , se debe alcanzar el límite de desembolso personal familiar total.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso personal ?	Copagos por ciertos servicios, multas, primas , cargos facturados por el saldo y atención de la salud que este plan no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso personal .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.umar.com o llame al 1-800-332-1168 para obtener una lista de los proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Usted pagará más si usa 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 (la facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia para consultar a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que desee sin una referencia .



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de alcanzar su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Dentro de la Red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Pagará lo máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de atención de la salud	Visita a un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Visita a un especialista	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Atención preventiva/pruebas de detección /vacunas	Sin cargo; No se Aplica el Deducible	Sin cargo; No se Aplica el Deducible	Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego consulte qué pagará su plan.
Si le realizan un examen	Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Estudios por imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI])	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Dentro de la Red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta , visite www.cebt.org .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Deducible, luego un copago de \$20/(venta al por menor)/copago de \$40 (pedido por correo)		Ninguna
	Medicamentos de marca registrada preferidos (Nivel 2)	Deducible, luego un copago de \$40/(venta al por menor)/copago de \$80 (pedido por correo)		
	Medicamentos de marca registrada no preferidos (Nivel 3)	Deducible, luego un copago de \$60/(venta al por menor)/copago de \$120 (pedido por correo)		
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	Según el medicamento genérico, de marca registrada preferido o de marca registrada no preferido		
Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico o cirujano	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 20%	El deducible Dentro de la Red se aplica a los beneficios Fuera de la Red
	Transporte médico de emergencia	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 20%	El deducible Dentro de la Red se aplica a los beneficios Fuera de la Red
	Atención de urgencia	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Dentro de la Red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Pagará lo máximo)	
Si es hospitalizado	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	
Si tiene necesidades de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; No se Aplica el Deducible	Sin cargo; No se Aplica el Deducible	El costo compartido no se aplica a determinados servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar el deducible, el copago o el coaseguro. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte del documento Resumen de Beneficios y Cobertura (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el parto	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	
	Servicios de un centro para el parto	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Dentro de la Red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud en el hogar	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Máximo de 100 visitas por año calendario; Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Máximo de 20 visitas por enfermedad o lesión; Se requiere autorización previa. Si su plan excluye las Discapacidades del Aprendizaje, los servicios de habilitación para las discapacidades del aprendizaje no están cubiertos; consulte los documentos de su plan.
	Servicios de habilitación	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Máximo de 75 días por año calendario; Se requiere autorización previa.
	Atención de enfermería especializada	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Las reparaciones están cubiertas solo si el equipo se compró; Se requiere autorización previa para DME que exceda los \$500 de costo de alquiler o los \$1,500 de costo de compra.
	Equipo médico duradero (DME)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Servicios de cuidados paliativos	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Ninguna
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo; No se Aplica el Deducible	Sin cargo; No se Aplica el Deducible	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Examen dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su [Plan](#) NO cubre (Consulte el documento de su póliza o [plan](#) para obtener más información y ver una lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- Cirugía bariátrica
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado rutinario de los pies
- Cuidado dental (Adultos)
- Atención a largo plazo
- Programas para bajar de peso

Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura (cuando la realiza un profesional calificado o un acupunturista certificado/ acupresionista, para el alivio del dolor)
- Aparatos auditivos
- Enfermería de práctica privada (Atención para pacientes ambulatorios)
- Atención quiropráctica
- Atención que no es de emergencia mientras está de viaje fuera de los Estados Unidos
- Cuidado de la vista de rutina (Adultos)
- Cirugía estética (cuando es médicamente necesaria)

Sus Derechos a Continuar con la Cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura una vez que finaliza. La información de contacto de esas agencias es: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, entre ellas, comprar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos a Presentar Quejas Formales y Apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa sobre como presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Para encontrar una lista de los estados que ofrecen Programas de Asistencia al Consumidor (*Consumer Assistance Programs*), visite www.cuidadodesalud.gov/es y <http://cciio.cms.gov/programs/consumer/capgrants/index.html>.

¿Este [plan](#) proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para la prima](#).

¿Este [plan](#) Cumple con el Estándar de Valor Mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), es posible que usted sea elegible para un [crédito tributario de la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de Acceso a Idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-332-1168.

Para ver ejemplos de la forma en que este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que le cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguros](#)) y a los [servicios excluidos](#) conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a Tener un Hijo

(9 meses de atención prenatal y parto en hospital dentro de la red)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,800
- [Coaseguro](#) por [especialista](#) 20%
- [Coaseguro](#) por Hospital (centro) 20%
- Otros [coaseguros](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales para el parto

Servicios de un centro para el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Visita a un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo Total del Ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$2,800
Copagos	\$30
Coaseguro	\$1,700

Qué no está cubierto

Límites o exclusiones	\$50
-----------------------	------

El total que pagaría Peg es	\$4,580
------------------------------------	----------------

Controlar la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,800
- [Coaseguro](#) por [especialista](#) 20%
- [Coaseguro](#) por Hospital (centro) 20%
- Otros [coaseguros](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un [médico de atención primaria](#) (*incluida educación sobre la enfermedad*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos de venta con receta](#)

[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo Total del Ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido

Deducibles *	\$1,100
Copagos	\$800
Coaseguro	\$0

Qué no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

El total que pagaría Joe es	\$3,620
------------------------------------	----------------

La Fractura Simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,800
- [Coaseguro](#) por [especialista](#) 20%
- [Coaseguro](#) por Hospital (centro) 20%
- Otros [coaseguros](#) 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en sala de emergencias](#) (*incluidos suministros médicos*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografía*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo Total del Ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido

Deducibles *	\$2,800
Copagos	\$10
Coaseguro	\$0

Qué no está cubierto

Límites o exclusiones	\$10
-----------------------	------

El total que pagaría Mia es	\$2,810
------------------------------------	----------------

Nota: Estas cifras suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar del [plan](#), es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con: www.umar.com o llame al 1-800-332-1168.

* Nota: Este plan tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila anterior "¿Hay otros deducibles por servicios específicos?".