



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (RBC) le ayudara a seleccionar un [plan](#) de salud. El RBC le muestra como usted y el [plan](#) compartirán los costos de los servicios de salud cubiertos. **NOTA:** La información acerca del costo de este [plan](#) (denominado la [prima](#)) se proporcionará separadamente. Este es solamente un resumen. Para obtener mas información acerca de su cobertura, o para obtener una copia de todos los términos de la cobertura, llame al 1-800-242-8923. Para obtener información acerca de las definiciones generales de términos comunes, tales como [cantidad permitida](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados refiere al Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llame 1-800-242-8923 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Cuál es el deducible total?	\$200/persona; \$400/familia	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible familiar.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted cumpla con su deducible ?	Sí. Servicios preventivos , medicamentos con receta , servicios dentales y servicios en centros de atención de emergencia están cubiertos antes de que usted cumpla con su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aún cuando usted no haya cumplido con todo su deducible . Pero puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, el plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted cumpla con todo su deducible . Vea la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del deducible específico antes de que este plan empiece a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos del bolsillo en este plan ?	\$1,000/persona; \$2,000/familia.	El límite de gastos del bolsillo es el máximo que usted paga en un año por los servicios cubiertos.
¿Qué no está incluido en límite que paga de su bolsillo ?	Primas , facturación de saldos y atención a la salud no están cubiertos por este plan .	Usted paga estos gastos, pero no se incluyen en el límite de gastos del bolsillo .
¿Pagará usted menos si utiliza un proveedor de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la Red , consulte www.carefirst.com o llame 1-800-626-0173 o 410-581-3660.	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan . Usted pagará demás si utiliza un proveedor fuera de la red , y quizás reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldos). Tenga presente que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Necesita una referencia para ver a un especialista ?	No.	Usted puede ver al especialista que desea sin una referencia .
 Todos los costos de copago y coseguro que aparecen esta tabla son después de que usted haya cumplido con su deducible , si aplica un deducible .		

Evento médico común	Servicios que usted necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted paga el mínimo costo)	Proveedor fuera de la red (Usted paga el mayor costo)	
Si usted visita el consultorio de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una herida o enfermedad	10% coseguro	30% coseguro	---ninguna---
	Visita de especialistas	10% coseguro	30% coseguro	---ninguna---
	Atención preventiva/pruebas de detección /vacunas	Sin costo. No aplica deducible .	Sin costo hasta el máximo anual familiar de \$500, luego deducible y 30% de coseguro más cualquier facturación de saldo	Posiblemente tenga que pagar los servicios que no son preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos . Luego consulte lo que cubre su plan .
Si le van hacer una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	10% coseguro	30% coseguro	Ciertos servicios recibidos de proveedores fuera de la red mientras se encuentran en un centro en la red pueden estar cubiertos como dentro de la red .
	Diagnostico por imágenes (tomografías computarizadas/por emisión de positrones, IRM)	10% coseguro	30% coseguro	
Si necesitas medicamentos para tratar su enfermedad o dolencia. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.caremark.com	Medicamentos genéricos	Farmacia: \$15 copago /prescripción Pedido por correo: \$30 copago /prescripción	Igual que en la red más cualquier facturación de saldo	Farmacia: límite de hasta 30 días de suministro; Pedido por correo: límite de hasta 90 días de suministro. Algunos medicamentos pueden requerir preautorización . Cobertura para farmacias que son fuera de la red está limitada a la cantidad que se habría pagado si la prescripción se hubiera obtenido en la red .
	Medicamentos de nombres de marca preferidos	Farmacia: \$30 copago /prescripción Pedido por correo: \$60 copago /prescripción	Igual que en la red más cualquier facturación de saldo	
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia: \$50 copago /prescripción Pedido por correo: \$100 copago /prescripción	Igual que en la red más cualquier facturación de saldo	

Evento médico común	Servicios que usted necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted paga el mínimo costo)	Proveedor fuera de la red (Usted paga el mayor costo)	
	Medicamentos especiales	20% coseguro ; \$250 máximo	No cubierto	Medicamentos especiales a través de la Farmacia CVS Caremark solamente.
Si tiene una cirugía ambulatoria	La tarifa del centro (por ej., el centro de cirugía ambulatoria)	10% coseguro	30% coseguro	---ninguna---
	Los honorarios del médico o cirujano	10% coseguro	30% coseguro	Ciertos servicios recibidos de proveedores fuera de la red mientras se encuentran en un centro en la red pueden estar cubiertos como dentro de la red .
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$150 copago /visita. No aplica deducible .	Cubierto como dentro de la red	---ninguna---
	Transporte médico de emergencia	10% coseguro	Cubierto como dentro de la red	---ninguna---
	Atención de urgencia	Sin costo. No aplica deducible .	Sin costo. No aplica deducible .	Los servicios de emergencia proporcionados en un centro de atención de emergencia que es fuera de la red con licencia para operar como un departamento de emergencias independiente pueden estar cubiertos como dentro de la red .
Si se interna en el hospital	Tarifa del centro (por ej., habitación del hospital)	10% coseguro	30% coseguro	Requiere preautorización ; la falta de preautorización resultara en la negación de beneficios.
	Los honorarios del médico o cirujano	10% coseguro	30% coseguro	Ciertos servicios recibidos de proveedores fuera de la red mientras se encuentran en un centro en la red pueden estar cubiertos como dentro de la red .
Si necesita servicios de atención mental, salud conductual o para controlar el abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	10% coseguro	30% coseguro	---ninguna---
	Servicios de hospitalización	10% coseguro basado en el promedio de la tarifa para una habitación semiprivada	30% coseguro basado en el promedio de la tarifa para una habitación semiprivada	Requiere preautorización ; la falta de preautorización resultara en la negación de beneficios. Ciertos servicios recibidos de

Evento médico común	Servicios que usted necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted paga el mínimo costo)	Proveedor fuera de la red (Usted paga el mayor costo)	
				proveedores fuera de la red mientras se encuentran en un centro en la red pueden estar cubiertos como dentro de la red .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	10% coseguro	30% coseguro	Ciertos servicios prenatales pueden estar cubiertos bajo el beneficio de atención preventiva descrito en la página 2. Las madres embarazadas deben participar en el Programa de Gestión de maternidad poniéndose en contacto con American Health Holding al 1-800-641-3224, seleccionando la opción 3 cuando se lo soliciten. No hay cobertura para embarazo de menores dependientes, menos para servicios preventivos obligatorios. Ciertos servicios recibidos de proveedores fuera de la red mientras se encuentran en un centro en la red pueden estar cubiertos como dentro de la red.
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	10% coseguro	30% coseguro	
	Servicios del centro para el nacimiento/parto	10% coseguro basado en el promedio de la tarifa para una habitación semiprivada	30% coseguro basado en el promedio de la tarifa para una habitación semiprivada	
Si necesita ayuda durante la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	10% coseguro	30% coseguro	El cuidado debe empezar dentro de 7 días siguiendo internamiento hospitalario; límite de 30 visitas por año calendario; los servicios proporcionados por una trabajadora social y los servicios no incluidos en el plan de atención de la salud en el hogar no están cubiertos.
	Servicios de rehabilitación	10% coseguro	30% coseguro	---ninguna---
	Servicios de habilitación	10% coseguro	30% coseguro	---ninguna---
	Atención de enfermería especializadas	10% coseguro	30% coseguro	Limitada a 120 días por internamiento.

Evento médico común	Servicios que usted necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted paga el mínimo costo)	Proveedor fuera de la red (Usted paga el mayor costo)	
	Equipo médico duradero	10% coseguro	30% coseguro	Solo para el alquiler de equipo o, si es más económico, la compra.
	Servicios en un centro de atención paliativos	10% coseguro	30% coseguro	Servicios de hospitalización limitados a \$3,000 por período de cuidado; Servicios ambulatorios limitados a \$2,000 por período de cuidado; debe tener una esperanza de vida de 6 meses o menos.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo. No aplica deducible .	Cargos en exceso de \$40.	Limitado a un examen por año calendario.
	Lentes para niños	No hay cargo por lentes. Todos los cargos en exceso de \$130 por marcos. No aplica deducible .	Cargos en exceso de \$40 (monofocales); \$45 (marcos); No aplica deducible .	Limitado a un par de marco y lentes o lentes de contacto por año calendario.
	Chequeo dental para niños	Sin costo. No aplica deducible .	Cobertura limitada a cantidad permitida. No aplica deducible .	---ninguna---

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#) generalmente NO cubre (revise su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otros [servicios excluidos](#).)

- Cirugía plástica, excepto para reparar desfiguración causada por un accidente, labio leporino/paladar hendido, o cuando lo exige la ley
- Atención no urgente cuando se viaja fuera de los EE.UU.
- Cuidado rutinario de los pies
- Cuidado a largo plazo
- Embarazo de menor dependiente, excepto los servicios preventivos obligatorios
- Programas para pérdida de peso

Otros Servicios Cubiertos (Pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor consulte el documento de su [Plan](#).)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica (generalmente debe tener un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más durante por lo menos 24 meses y deben cumplir con otros criterios)
- Atención quiropráctica
- Atención dental (Adultos) (límite de \$4,000 por familia por año calendario)
- Aparatos de asistencia auditiva (límite de \$3,000 por año cada 2 años para personas de 18 años de edad y menores; generalmente, límite de \$3,000 por oído cada 5 años para personas de 19 años de edad y mayores)
- Tratamientos de infertilidad (limitado a \$100,000 máximo de por vida)
- Enfermera privada
- Atención rutinaria de la vista (Adultos) límites anuales y productos de visión correctiva

Sus derechos para continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto de esas agencias es: Departamento del Trabajo de EE.UU. Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluyendo la compra de cobertura de 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.

Sus derechos de quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudar si tiene una queja contra su [Plan](#) por la negación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de los beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [Plan](#) también proporcionan información completa para presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o asistencia, comuníquese con: el [Plan](#) al 1-800-242-8923 o Departamento del Trabajo de EE.UU. Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? Sí.

[La Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y cierta otra cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscales para primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [Plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), es posible que sea elegible para un [crédito fiscales para primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso a idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-242-8923.

Ejemplos acerca de esta cobertura:

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



Este no es un calculador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que usted reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) y muchos otros factores. Fijese en las cantidades de [costos compartidos \(deducibles, copagos y coseguro\)](#) y [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que podría pagar con otros [planes](#) de salud diferentes. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura de uno mismo.

Paz va a tener un bebé

(9 meses de cuidados prenatales en la red y parto en el hospital)

■ El deducible total del plan	\$200
■ Copago por especialista	\$0
■ Coseguro por hospital (centro)	10%
■ Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio [especialista](#) (cuidados prenatales)
 Servicios profesionales para el nacimiento/parto
 Servicios del centro para el nacimiento/parto
[Pruebas diagnósticas](#) (ultrasonidos y análisis de sangre)
 Visita de [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Paz pagaría:

Costos compartidos	
Deducible	\$200
Copagos	\$10
Coseguro	\$790
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Paz pagaría es	\$1,060

Controlando Diabetes Tipo 2 de

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

■ El deducible total del plan	\$200
■ Copago por especialista	\$0
■ Coseguro por hospital (centro)	10%
■ Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios tales como:

Visitas al consultorio [Médico de atención primaria](#) (incluye educación sobre la enfermedad)
[Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, José pagaría:

Costos compartidos	
Deducible	\$200
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que José pagaría es	\$1,000

Fractura simple de Maria

(visita de sala de emergencia dentro de la red y cuidado de seguimiento)

■ El deducible total del plan	\$200
■ Copago por especialista	\$0
■ Coseguro por hospital (centro)	10%
■ Otro coseguro	10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios tales como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye los suministros médicos)
[Pruebas diagnósticas](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (terapia física)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Maria pagaría:

Costos compartidos	
Deducible	\$200
Copagos	\$160
Coseguro	\$140
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Maria pagaría es	\$500

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos