



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: Se proporcionará por separado información sobre el costo de este [plan](#) (llamada la [prima](#)). Esta información es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de todos los términos de la cobertura, llame al [1-833-422-4690]. Para definiciones generales de términos comunes, tales como [cantidad permitida](#), [facturación de balance](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al [1-866-500-4571] para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                               | Respuestas                                                                                                                                                                                                                        | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> total?                                                        | Para el nivel 1: <b>\$0</b> para individuos/ <b>\$0</b> para familias; para el nivel 2: <b>\$1,000</b> para individuos/ <b>\$2,000</b> para familias                                                                              | En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> empiece a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada uno de los familiares debe cumplir su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que los gastos totales por <a href="#">deducible</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> total para familias.                                                                                                                                                                            |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted satisfaga su <a href="#">deducible</a> ?                | Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , los servicios de atención primaria y de <a href="#">especialistas</a> están cubiertos antes de que usted satisfaga su <a href="#">deducible</a> .                      | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no ha satisfecho el <a href="#">deducible</a> , pero podría aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados <a href="#">servicios preventivos</a> sin costo compartido y antes de que cumpla su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                                             |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos?                                    | No.                                                                                                                                                                                                                               | Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el <a href="#">deducible</a> específico antes de que este <a href="#">plan</a> empiece a pagar dichos servicios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> en este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">proveedores</a> participantes <b>\$10,600</b> para individuos/ <b>\$21,200</b> para familias.                                                                                                                    | El <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> es el monto máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que satisfacer sus propios <a href="#">límites de gastos que pagan de sus bolsillos</a> hasta satisfacer el <a href="#">límite de gastos que se pagan del bolsillo</a> total para familias.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Qué se excluye del <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> ?                      | <a href="#">Primas</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                                  | Incluso aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos que paga de su bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                                       | Sí. Consulte <a href="http://www.Jeffersonhealthplans.com/individuals-families">www.Jeffersonhealthplans.com/individuals-families</a> o llame al 1-833-422-4690 para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red del plan</a> . Pagará lo máximo si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan ( <a href="#">facturación del balance</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (tales como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para acudir a un <a href="#">especialista</a> ?            | No.                                                                                                                                                                                                                               | Puede acudir al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que aparecen en esta tabla implican que se ha satisfecho su [deducible](#) en el caso de que aplique un [deducible](#).

| Evento médico común                                                                            | Servicios que puede necesitar                                                                                                        | Lo que usted pagará                                                                                             |                                                                                                                   |                                              | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                |                                                                                                                                      | Nivel 1 dentro de la red - Mejorada (Pagará lo mínimo)                                                          | Nivel 2 dentro de la red - Estándar                                                                               | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si acude al consultorio o a la clínica del <a href="#">proveedor</a> de atención médica</b> | Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                                                                    | \$25/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                           | \$75/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                             | Sin cobertura.                               | El costo compartido aplica a los servicios presenciales y virtuales. Los servicios de atención médica virtual de <a href="#">proveedores</a> de telemedicina designados por Jefferson están cubiertos en su totalidad.                                                   |
|                                                                                                | Visita a <a href="#">especialistas</a>                                                                                               | \$75/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                           | \$100/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                            | Sin cobertura.                               | El costo compartido aplica a los servicios presenciales y virtuales. Los servicios de atención médica virtual de <a href="#">proveedores</a> de telemedicina designados por Jefferson están cubiertos en su totalidad.                                                   |
|                                                                                                | <a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección</a> /vacunas                                                                    | Sin cargo.                                                                                                      | Sin cargo.                                                                                                        | Sin cobertura.                               | Pueden aplicarse cronogramas de frecuencia y por edad. Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que pagará su <a href="#">plan</a> . |
| <b>Si se realiza una prueba</b>                                                                | <a href="#">Pruebas de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)                                                             | \$80/visita para radiografía, \$5/visita para análisis de laboratorio. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | \$120/visita para radiografía, \$65/visita para análisis de laboratorio. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | Sin cobertura.                               | ————ninguno————                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                | Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP), resonancias magnéticas (RM)) | \$120/estudio de imágenes. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                             | \$150/estudio de imágenes. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                               | Sin cobertura.                               | Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte más detalles en su póliza.                                                                                                                                                                               |

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [www.Jeffersonhealthplans.com/individuals-families](http://www.Jeffersonhealthplans.com/individuals-families).

| Evento médico común                                                                                                                                                                                                                        | Servicios que puede necesitar                                 | Lo que usted pagará                                                                                                       |                                                                                                                           |                                              | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                               | Nivel 1 dentro de la red - Mejorada (Pagará lo mínimo)                                                                    | Nivel 2 dentro de la red - Estándar                                                                                       | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br>Más información sobre la <b>cobertura de medicamentos recetados</b> disponible en <a href="http://www.Jeffersonhealthplans.com">[www.Jeffersonhealthplans.com]</a> | Medicamentos genéricos                                        | Pedido por correo/farmacias minoristas (suministro para 1-30 días) \$20/surtido. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | Pedido por correo/farmacias minoristas (suministro para 1-30 días) \$20/surtido. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | Sin cobertura.                               | Autorización previa, edad y límites de cantidad para algunos medicamentos; límites en el suministro de días en los pedidos por correo y farmacias minoristas. Consulte más detalles en su póliza. Los genéricos de bajo costo estarán disponibles a un costo reducido. |
|                                                                                                                                                                                                                                            | Medicamentos de marca preferidos                              | \$100/surtido. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                                   | \$100/surtido. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                                   | Sin cobertura.                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                            | Medicamentos de marca no preferidos                           | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                                  | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                                  | Sin cobertura.                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                            | <a href="#">Medicamentos especializados</a>                   | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                                  | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                                  | Sin cobertura.                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Si se realiza una cirugía para pacientes externos</b>                                                                                                                                                                                   | Honorarios del centro (p. ej.: centro quirúrgico ambulatorio) | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$200/visita.                                                                      | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$300/visita.                                                                      | Sin cobertura.                               | Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                            | Honorarios de médicos y cirujanos                             | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 10%.                                                  | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 25%.                                                  | Sin cobertura.                               | Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.                                                                                                                                             |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                                               | <a href="#">Atención médica en Sala de Emergencias</a>        | \$450/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                                    | \$450/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                                    | Con cobertura dentro de la red.              | _____ninguno_____                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                            | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>               | \$150/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                                    | \$150/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                                    | Con cobertura dentro de la red.              | _____ninguno_____                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                            | <a href="#">Atención de urgencia</a>                          | \$75/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                                     | \$100/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                                    | Sin cobertura.                               | Sus costos por recibir <a href="#">atención de urgencia</a> se basan en la atención recibida en un centro o instalación de <a href="#">atención de urgencia</a> designado.                                                                                             |

| Evento médico común                                                                               | Servicios que puede necesitar                           | Lo que usted pagará                                                                                                       |                                                                                                                             |                                              | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                   |                                                         | Nivel 1 dentro de la red - Mejorada (Pagará lo mínimo)                                                                    | Nivel 2 dentro de la red - Estándar                                                                                         | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si lo hospitalizan</b>                                                                         | Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital) | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$350/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.                   | Sujeto al <a href="#">deducible</a> y \$550/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.                      | Sin cobertura.                               | Se requiere autorización previa o no se pagará ningún beneficio.                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                   | Honorarios de médicos y cirujanos                       | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 10%.                                                  | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 25%.                                                    | Sin cobertura.                               |                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias</b>  | Servicios para pacientes ambulatorios                   | \$75/visita al consultorio. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                      | \$75/visita al consultorio. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                        | Sin cobertura.                               | _____ninguno_____                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                   | Servicios para pacientes hospitalizados                 | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$350/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.                   | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$350/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.                     | Sin cobertura.                               | _____ninguno_____                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                         | Visitas al consultorio                                  | \$25/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                                     | \$75/visita. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                                                                       | Sin cobertura.                               | Dependiendo del tipo de servicio, podría aplicar un <a href="#">copago</a> . La atención médica para la maternidad puede incluir las pruebas y los servicios que se describen en el SBC (p. ej., ecografías).                             |
|                                                                                                   | Servicios profesionales para trabajo de parto/parto     | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 10%.                                                  | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 25%.                                                    | Sin cobertura.                               | _____ninguno_____                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                   | Servicios de instalaciones para trabajo de parto/parto  | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$350/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.                   | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y \$550/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización.                     | Sin cobertura.                               | _____ninguno_____                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales</b> | <a href="#">Atención médica a domicilio</a>             | Sujeta al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                                   | Sujeta al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                                     | Sin cobertura.                               | Limitada a 60 visitas por período de beneficios. Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.                                                               |
|                                                                                                   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>             | \$75/visita de terapia física y ocupacional, \$75/visita para terapia del habla. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | \$100/visita de terapia física y ocupacional, \$100/visita para terapia del habla. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | Sin cobertura.                               | La terapia de rehabilitación del habla se limita a 30 servicios por periodo de beneficios. La terapia física de rehabilitación y la terapia ocupacional de rehabilitación se limitan a 30 servicios combinados por periodo de beneficios. |

| Evento médico común                                       | Servicios que puede necesitar                        | Lo que usted pagará                                                                                                       |                                                                                                                             |                                              | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           |                                                      | Nivel 1 dentro de la red - Mejorada (Pagará lo mínimo)                                                                    | Nivel 2 dentro de la red - Estándar                                                                                         | Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                           | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>          | \$75/visita de terapia física y ocupacional, \$75/visita para terapia del habla. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | \$100/visita de terapia física y ocupacional, \$100/visita para terapia del habla. No aplica el <a href="#">deducible</a> . | Sin cobertura.                               | La terapia de rehabilitación del habla se limita a 30 servicios por periodo de beneficios. La terapia física de rehabilitación y la terapia ocupacional de rehabilitación se limitan a 30 servicios combinados por periodo de beneficios. |
|                                                           | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | \$350/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                 | \$550/día. Máximo de 5 <a href="#">copagos</a> /hospitalización. No aplica el <a href="#">deducible</a> .                   | Sin cobertura.                               | Limitada a 120 días por periodo de beneficios. Se requiere autorización previa o no se pagará ningún beneficio.                                                                                                                           |
|                                                           | <a href="#">Equipo médico duradero</a>               | Sujeto al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                                   | Sujeto al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                                     | Sin cobertura.                               | Algunos artículos pueden requerir autorización previa. Consulte más detalles en su póliza.                                                                                                                                                |
|                                                           | <a href="#">Servicios de hospicio</a>                | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                                  | Sujetos al <a href="#">deducible</a> y <a href="#">coseguro</a> del 50%.                                                    | Sin cobertura.                               | ————ninguno————                                                                                                                                                                                                                           |
| Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica | Examen de los ojos en niños                          | Sin cargo.                                                                                                                | Sin cargo.                                                                                                                  | Sin cobertura.                               | Una (1) visita de refracción por periodo de beneficios.                                                                                                                                                                                   |
|                                                           | Anteojos para niños                                  | Sin cargo.                                                                                                                | Sin cargo.                                                                                                                  | Sin cobertura.                               | 3 pares de anteojos (lentes/montura) o lentes de contacto por año calendario.                                                                                                                                                             |
|                                                           | Revisión dental para niños                           | Sin cobertura.                                                                                                            | Sin cobertura.                                                                                                              | Sin cobertura.                               | Sin cobertura.                                                                                                                                                                                                                            |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

|                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios que su <a href="#">plan</a> normalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de cualquier otro <a href="#">servicio excluido</a> ). |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura</li> <li>Cirugía bariátrica</li> <li>Revisión dental para niños</li> <li>Cirugía estética</li> </ul>                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención odontológica (adultos)</li> <li>Audífonos</li> <li>Atención a largo plazo</li> <li>Atención médica que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de enfermería privada</li> <li>Atención oftalmológica de rutina (adultos)</li> <li>Atención de rutina de los pies</li> <li>Programas para la pérdida de peso</li> </ul> |

|                                                                                                                                                               |                                                          |                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Otros servicios cubiertos (podrían aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a> ). |                                                          |                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención quiropráctica</li> </ul>                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aborto</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de la infertilidad (solo cubierto en caso de inseminación artificial)</li> </ul> |

**Sus derechos de continuar la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudar si quiere continuar con su cobertura una vez que finalice. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Seguro de Pensilvania. Podría también disponer de otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro de salud individual a través del [Health Insurance Marketplace \(Mercado de Seguros de Salud\)](#). Para obtener más información sobre el [Marketplace \(Mercado de Seguros de Salud\)](#), visite [Pennie.gov](#) o llame al [1-844-844-8040].

**Sus derechos de reclamo y apelación:** Hay agencias que pueden ayudar si tiene un reclamo contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, examine la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también ofrecen información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para recibir ayuda, comuníquese con el plan al [1-833-422-4690].

**¿Ofrece este plan una cobertura esencial mínima? Sí**

La [cobertura esencial mínima](#) normalmente incluye los [planes](#), el [seguro de salud](#) disponible a través del [Marketplace \(Mercado de Seguros de Salud\)](#) u otras políticas individuales de mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y determinada otra cobertura. Si reúne los requisitos para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no reúna los requisitos para el [crédito fiscal para primas](#).

**¿Cumple esta cobertura con las normas de valor mínimo? No corresponde**

Si su [plan](#) no satisface las [normas de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para un [crédito fiscal para primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Marketplace \(Mercados de Seguros de Salud\)](#).

**Servicios de acceso en otros idiomas:**

[Español: Para obtener asistencia en español, llame al [1-833-422-4690].]

[Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [1-833-422-4690].]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 [1-833-422-4690].]

[Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' [1-833-422-4690].]

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

**Declaración de la Ley de Disminución de Trámites Burocráticos (PRA, por sus siglas en inglés):** En conformidad con la Ley de Disminución de Trámites Burocráticos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que el tiempo necesario para recopilar esta información es de **0.08** horas por respuesta, como promedio, incluido el tiempo dedicado a revisar las instrucciones, la búsqueda de recursos de datos existentes, la recopilación de la información necesaria y el proceso de completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios respecto a la exactitud del cálculo de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una calculadora de costos.** Los tratamientos mostrados son simplemente ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobran y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) en virtud del [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 para uno mismo.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto en un hospital)

|                                                               |       |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a> | \$0   |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$75  |
| ■ <a href="#">Copago</a> hospital (instalaciones)             | \$350 |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                               | 10%   |

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Servicios profesionales para trabajo de parto/parto

Servicios de instalaciones para trabajo de parto/parto

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

Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i>                     |                |
|---------------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>                  | \$0            |
| <a href="#">Copagos</a>                     | \$1,000        |
| <a href="#">Coseguro</a>                    | \$0            |
| <i>Lo que no está cubierto</i>              |                |
| Límites o exclusiones                       | \$60           |
| <b>La cantidad total que Peg pagaría es</b> | <b>\$1,060</b> |

### Tratamiento de la diabetes de tipo 2 de Joe

(un año de atención rutinaria dentro de la red de una afección bien controlada)

|                                                               |       |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a> | \$0   |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$75  |
| ■ <a href="#">Copago</a> hospital (instalaciones)             | \$350 |
| ■ Otro <a href="#">copago</a>                                 | \$5   |

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

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

[Medicamentos recetados](#)

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

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i>                     |                |
|---------------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>                  | \$0            |
| <a href="#">Copagos</a>                     | \$800          |
| <a href="#">Coseguro</a>                    | \$400          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>              |                |
| Límites o exclusiones                       | \$50           |
| <b>La cantidad total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,220</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|                                                               |       |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a> | \$0   |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$75  |
| ■ <a href="#">Copago</a> hospital (instalaciones)             | \$450 |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                               | \$80  |

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluidos suministros médicos*)

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

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

[Servicios de rehabilitación](#) (*terapia física*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i>                     |                |
|---------------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>                  | \$0            |
| <a href="#">Copagos</a>                     | \$1,300        |
| <a href="#">Coseguro</a>                    | \$100          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>              |                |
| Límites o exclusiones                       | \$0            |
| <b>La cantidad total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,400</b> |

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