
 El resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios doctors cubiertos. **NOTA: Se le dara la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para recibir una copia de los términos completos de cobertura, visite www.thealliance.health o llame al [plan](#) al 1-800-700-3874. Para ver la definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos delineados vea el glosario. Puede ver una copia del glosario en sitio web: www.HealthCare.gov/sbc-glossary o puede llamar al 1-800-700-3874 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$ 0	Consulte la tabla de Eventos Medicos Comunes a continuación para ver sus costos por servicios que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí	No hay deducible para este plan .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$ 3,000	El límite de gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué es lo que no esta incluido en el límite de gastos directos del bolsillo?	Primas , no obtener una autorización previa para los servicios cuando se requiere y cuidado de salud que no cubre este plan .	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará menos si visita a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Visite https://thealliance.health/members/get-started/find-a-doctor/ o llame al 1-800-700-3874 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si visita a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si visita a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba un cobro de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (cobro del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como exámenes de laboratorio). Preguntele a su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista ?	Sí	Este plan paga algunos o todos los costos cuando visita a un especialista para recibir servicios cubiertos, pero solo si tiene una referencia antes de ver al especialista .

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) en esta tabla son los costos después de que se haya cubierto su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Eventos Médicos Comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagara		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Lo mínimo que usted pagará)	Proveedor fuera de la red (Lo máximo que usted pagará)	
Si visita la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	\$10 de <u>copago</u> por visita	\$10 de <u>copago</u> por visita	Se requiere una <u>referencia</u> para consultar a un doctor que no es su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Se requiere una <u>autorización previa</u> para consultar a un <u>proveedor fuera de la red</u> o a un <u>proveedor fuera del área de servicio del plan</u> . Si no obtiene la <u>referencia</u> o la <u>autorización previa</u> cuando sea necesario, usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Visita al especialista	\$10 de <u>copago</u> por visita	\$10 de <u>copago</u> por visita	Se requiere una <u>referencia</u> para consultar a un proveedor de la <u>red</u> . Se requiere una <u>autorización previa</u> para consultar a un <u>proveedor fuera de la red</u> o a un <u>proveedor fuera del área de servicio del plan</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Atención preventiva/prueba/vacuna	Sin costo	Sin costo	Se requiere una referencia para consultar a un <u>proveedor</u> que no es su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Se requiere una <u>autorización previa</u> para consultar a un <u>proveedor fuera de la red</u> o a un <u>proveedor fuera del área de servicio del plan</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo. Usted tendrá que pagar por los servicios que no son de cuidado preventivo. Preguntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos.

Eventos Médicos Comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagara		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Lo mínimo que usted pagará)	Proveedor fuera de la red (Lo máximo que usted pagará)	
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin costo	Sin costo	Se requiere una orden o <u>referencia</u> del doctor. Se requiere una <u>autorización previa</u> para consultar a un <u>proveedor fuera de la red</u> o a un <u>proveedor fuera del área de servicio del plan</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin costo	Sin costo	Se requiere una orden o <u>referencia</u> del doctor. Se requiere una <u>autorización previa</u> para algunos servicios y para consultar a un <u>proveedor fuera de la red</u> o a un <u>proveedor fuera del área de servicio del plan</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en https://thealliance.health/for-members/get-care/prescription-drugs-and-pharmacy-benefits/	Medicamentos genéricos	\$5 de <u>copago</u> por receta médica	\$5 de <u>copago</u> por receta médica No se cubre sin <u>autorización previa</u> .	No se requiere <u>copago</u> para los medicamentos recetados que reciba como paciente interno o los que obtenga en la oficina de un doctor o centro de atención ambulatorio.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$15 de <u>copago</u> por receta médica	\$15 de <u>copago</u> por receta médica No se cubre sin <u>autorización previa</u> .	No se requiere <u>copago</u> para los medicamentos recetados que reciba como paciente interno o los que obtenga en el consultorio de un doctor o centro de atención ambulatorio.
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$15 de <u>copago</u> por receta médica	\$15 de <u>copago</u> por receta médica	<u>Se requiere</u> autorización previa. Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo. No se requiere <u>copago</u> para los medicamentos recetados que reciba como paciente interno o los que obtenga en el consultorio de un doctor o centro de atención ambulatorio.

Eventos Médicos Comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagara		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Lo mínimo que usted pagará)	Proveedor fuera de la red (Lo máximo que usted pagará)	
	Medicamentos especializados	\$15 de <u>copago</u> por receta médica	\$15 de <u>copago</u> por receta médica	<u>Se requiere</u> autorización previa. Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo. No se requiere <u>copago</u> para los medicamentos recetados que reciba como paciente interno o los que obtenga en la oficina de un doctor o centro de atención ambulatorio.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin costo	Sin costo	<u>Se requiere</u> autorización previa. Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Honorarios del doctor/cirujano	Sin costo	Sin costo	<u>Se requiere</u> autorización previa. Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$25 de <u>copago</u> por visita	\$25 de <u>copago</u> por visita	No hay <u>copago</u> si ingresa al hospital como paciente internado.
	Transporte médico de emergencia	Sin costo	Sin costo	
	Atención de urgencia	\$10 de <u>copago</u> por visita	\$10 de <u>copago</u> por visita	Se requiere una <u>referencia</u> para consultar a un <u>proveedor de la red</u> que no es su <u>proveedor de cuidado primario</u> (PCP, por sus siglas en inglés).
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin costo	Sin costo	<u>Se requiere</u> autorización previa. Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Honorarios del doctor/cirujano	Sin costo	Sin costo	<u>Se requiere</u> autorización previa. Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.

Eventos Médicos Comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagara		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Lo mínimo que usted pagará)	Proveedor fuera de la red (Lo máximo que usted pagará)	
Si necesita servicios de salud mental, salud de la conducta o servicios para los trastornos relacionados con el abuso de drogas	Servicios ambulatorios	\$10 de <u>copago</u> por visita	\$10 de <u>copago</u> por visita	<u>Se requiere autorización previa</u> para algunos servicios y para consultar a un <u>proveedor fuera de la red</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Servicios internos	Sin costo	Sin costo	<u>Se requiere autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo	Sin costo	<u>Se requiere autorización previa</u> para consultar a un <u>proveedor fuera de la red</u> o a un <u>proveedor fuera del área de servicio del plan</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Servicios de parto profesionales	Sin costo	Sin costo	<u>Se requiere autorización previa</u> para consultar a un <u>proveedor fuera de la red</u> o a un <u>proveedor fuera del área de servicio del plan</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin costo	Sin costo	<u>Se requiere autorización previa</u> para recibir servicios en un centro <u>fuera de la red</u> o fuera del área de servicio. Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de salud en el hogar</u>	No hay costo, excepto por un <u>copago de \$10</u> por visita para terapia física, ocupacional y del habla	No hay costo, excepto por un <u>copago de \$10</u> por visita para terapia física, ocupacional y del habla	<u>Se requiere autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.

Eventos Médicos Comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Lo mínimo que usted pagará)	Proveedor fuera de la red (Lo máximo que usted pagará)	
	Servicios de rehabilitación	No hay costo para pacientes internos. \$10 de <u>copago</u> por visita para servicios ambulatorios.	No hay costo para pacientes internos. \$10 de <u>copago</u> por visita para servicios ambulatorios.	<u>Se requiere autorización previa</u> . El <u>plan</u> puede requerir evaluaciones periódicas. Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Servicios de habilitación	No hay costo para pacientes internos. \$10 de <u>copago</u> por visita para servicios ambulatorios.	No hay costo para pacientes internos. \$10 de <u>copago</u> por visita para servicios ambulatorios.	<u>Se requiere autorización previa</u> . El <u>plan</u> puede requerir evaluaciones periódicas. Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Cuidado de enfermería especializada	Sin costo	Sin costo	Hay un límite de 100 días por año de beneficio. <u>Se requiere autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	Sin costo	Sin costo	<u>Se requiere autorización previa</u> para algunos artículos. Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Servicios de cuidado paliativos (enfermos terminales)	Sin costo	Sin costo	Cubierto para miembros diagnosticados con una enfermedad terminal con una esperanza de vida de 12 meses o menos.
Si su niño necesita servicios de cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	No está cubierto	No está cubierto	Excluido
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Excluido
	Chequeo dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Excluido

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para ver más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental (adultos) • Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. • Cirugía estética • Cuidado de los ojos de rutina (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los pies de rutina • Cuidados a largo plazo • Enfermería privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas para perder peso • Servicios médicos y de DME experimentales
Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Atención quiropráctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica

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 esas agencias es: Departamento de Atención de Salud Administrada (Department of Managed Health Care; DMHC, por sus siglas en inglés), sitio web www.dmhc.ca.gov, o el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323, ext. 61565, o sitio web: www.cciio.cms.gov. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro de Salud. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.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](#) doctor. 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 el plan al 1-800-700-3874. También puede comunicarse con el Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada al 1-888-466-2219, www.healthhelp.ca.gov.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima (Minimal Essential Coverage)? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que hacer 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 (Minimum Value Standards)? 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 1-800-700-3874.

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica ejemplar, vea 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 muchos otros factores. Preste atención a los montos del [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y a los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) doctors distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Patricia está embarazada

(9 meses de cuidado prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago para el especialista	\$0
■ Copago del hospital (instalaciones)	\$0
■ Copago para medicamentos con receta (genérico)	\$5
■ Copago para medicamentos con receta (marca)	\$15

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*)

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

En este ejemplo, Patricia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$40
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Patricia pagaría es	\$80

Control de la diabetes tipo 2 de Jose

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago para doctor de atención primaria	\$10
■ Costo compartido del hospital (instalaciones)	\$0
■ Copago para medicamentos con receta (genérico)	\$5
■ Copago para medicamentos con receta (marca)	\$15

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del doctor primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo doctor duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Jose pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$570
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$50
El total que Jose pagaría es	\$620

Fractura simple de Maria

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago para el especialista	\$10
■ Copago del hospital (instalaciones)	\$0
■ Copago para medicamentos con receta (genérico)	\$5
■ Copago para medicamentos con receta (marca)	\$15

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales doctors*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo doctor duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

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

En este ejemplo, Maria pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$110
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Maria pagaría es	\$110