



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.thealliance.health o llame al plan al 1-800-700-3874. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.HealthCare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-700-3874 para pedir una copia.

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



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$10 de <u>copago</u> por visita	\$10 de <u>copago</u> por visita	Se requiere una referencia para consultar a un doctor que no es su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Se requiere una autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red o a un proveedor fuera del área de servicio del plan. Si no obtiene la referencia o la autorización previa cuando sea necesario, usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Consulta con un 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</u> fuera del área de servicio del <u>plan</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	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</u> fuera del área de servicio del <u>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.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, 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</u> fuera del área de servicio del <u>plan</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía)	Sin costo	Sin costo	Se requiere una orden o <u>referencia</u> del doctor. Se requiere una <u>autorización previa</u> para algunos

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)			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 un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica 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 marca preferidos	\$15 de <u>copago</u> por receta médica	\$15 de <u>copago</u> por receta médica No se cubre sin autorización previa.	No se requiere copago 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 marca no preferidos	\$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.
	Medicamentos de especialidad	\$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 le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (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.
	Tarifas del médico/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.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$25 de copago por visita	\$25 de copago por visita	No hay <u>copago</u> si ingresa al hospital como paciente internado.
	Transporte médico de emergencia	Sin costo	Sin costo	N/A
	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</u> de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin costo	Sin costo	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	Sin costo	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$10 de copago por visita	\$10 de copago por visita	Se requiere autorización previa para algunos servicios y para consultar a un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la autorización previa, usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin costo	Sin costo	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo	Sin costo	Se requiere autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red o a un proveedor fuera del área de servicio del plan. Si no obtiene la autorización previa, usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin costo	Sin costo	Se requiere autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red o a un proveedor fuera del área de servicio del plan. Si no obtiene la autorización previa, usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin costo	Sin costo	Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	No hay costo, excepto por un copago de \$10 por visita para terapia física, ocupacional y del habla	No hay costo, excepto por un copago de \$10 por visita para terapia física, ocupacional y del habla	<u>Se requiere autorización previa</u> . Si no obtiene la autorización previa, usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Servicios de rehabilitación	No hay costo para pacientes internos. \$10 de copago por visita para servicios ambulatorios	No hay costo para pacientes internos. \$10 de copago 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 copago por visita para servicios ambulatorios.	No hay costo para pacientes internos. \$10 de copago 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.
	Atención de enfermería especializada	Sin costo	Sin costo	Hay un límite de 100 días por año de beneficio. Se requiere <u>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	Sin costo	Sin costo	<u>Se requiere autorización previa</u> para algunos artículos. Si no obtiene la autorización previa, usted podría ser responsable de pagar parte de o todo el costo.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin costo	Sin costo	Cubierto para miembros diagnosticados con una enfermedad terminal con una esperanza de vida de 12 meses o menos.
Si su hijo necesita servicios dentales 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
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Excluido

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, **NO** cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los ojos de rutina (adultos) • 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 • Servicios y tratamientos que no sean médicamente necesarios
---	--	--

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.thealliance.health.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Acupuntura
- Atención quiropráctica

- Audífonos

- Cirugía bariátrica

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos 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. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una 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.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, 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? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Si

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

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 de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.02** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados 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 herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago para especialistas	\$0
■ Copago del Hospital (establecimiento)	\$0
■ Copago para medicamentos con receta (genérico)	\$5
Copago para medicamentos con receta (marca)	\$15

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$20
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$80
------------------------------------	-------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago para especialistas	\$10
■ Copago Hospital (establecimiento)	\$0
■ Copago para medicamentos con receta (genérico)	\$5
Copago para medicamentos con receta (marca)	\$15

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$30
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$590
-----------------------	-------

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

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago para especialistas	\$0
■ Copago Hospital (establecimiento)	\$0
■ Copago para medicamentos con receta (genérico)	\$5
Copago para medicamentos con receta (marca)	\$15

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$0
Copagos	\$20
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$90
-----------------------	------

El total que Mia pagaría es	\$110
------------------------------------	--------------

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