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, comuníquese con https://benefitoptions.az.gov/contact o llame al 1-800-304-3687 o al 602-542-5008 para pedir una copia. 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.benefitoptions.az.gov o llamar al 1-800-304-3687 o al 602-542-5008 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Dentro de la red: **$0** por individuo o **$0** por familia por año calendario. Fuera de la red: **$5,000** por individuo o **$10,000** por familia por año calendario.	Consulte el cuadro de Circunstancia médica común a continuación para ver sus costos de servicio que cubre este plan. Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan, cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí, servicios de atención preventiva dentro de la red; atención primaria dentro de la red y consultas con un especialista; cobertura de medicamentos con receta médica; atención en la sala de emergencias; consultas de atención de urgencia dentro de la red; servicios para pacientes ambulatorios dentro de la red; servicios hospitalarios dentro de la red; servicios en un programa de cuidados paliativos.	Este plan tiene un deducible dentro de la red de $0. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos y cobertura de medicamentos con receta médica sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Dentro de la red: **$7,350** por empleado o **$14,700** por familia por año calendario. Fuera de la red: **$8,700** por empleado o **$17,400** por familia por año calendario.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan, ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Las primas, los cargos por facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Vea www.benefitoptions.az.gov o llame al 1-602-542-5008 o al 1-800-304-3687 para obtener una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan tiene una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación.

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	$30 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará. La atención preventiva/evaluación se limitan a una visita por miembro por año del plan. Es posible que se apliquen límites de edad y frecuencia. Vea el documento de su plan para obtener más información sobre las limitaciones.
	Consulta con un especialista	$50 de copago $30 de copago para los servicios de un obstetra y ginecólogo	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	$0 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	$105 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Algunos exámenes pueden requerir precertificación. Vea el documento de su plan para obtener más información sobre las limitaciones de precertificación.

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

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 un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en www.benefitoptions.az.gov.	Medicamentos genéricos	$15 de copago por receta médica (por venta minorista) $30 de copago por receta médica (por pedido por correo) $37.50 de copago por receta médica (Choice90)	Sin cobertura	No se aplica el deducible. Cubre un suministro de hasta 30 días para venta minorista; un suministro de hasta 90 días para pedido por correo; un suministro de hasta 90 días para Choice90. Los medicamentos con receta médica que tengan equivalentes de venta libre no están cubiertos. Se pueden aplicar normas de "Dispensar según lo indicado" en relación con la forma en que el plan pagará los medicamentos con receta médica de marca. Los medicamentos de especialidad se limitan a un suministro de 30 días. Vea el documento de su plan para obtener más información sobre las farmacias de especialidad.
	Medicamentos de marca preferidos	$40 de copago por receta médica (por venta minorista) $80 de copago por receta médica (por pedido por correo) $100 de copago por receta médica (Choice90)	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	$60 de copago por receta médica (por venta minorista) $120 de copago por receta médica (por pedido por correo) $150 de copago por receta médica (Choice90)	Sin cobertura	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	$155 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Cirugía bariátrica: 20% de coseguro; cubierta solo dentro de la red. Vea el documento de su plan para obtener más información sobre las limitaciones de precertificación.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	

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	$255 de copago		Debe ser una emergencia médica según lo definido por su plan. No se aplica el copago si es admitido en el hospital directamente desde la sala de emergencias, pero está sujeto al copago de admisión al hospital. Los proveedores fuera de la red no pueden facturar el saldo por la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo facturado.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo		El transporte de emergencia no médico requiere precertificación.
	Atención de urgencia	$85 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	$305 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Cirugía bariátrica: 20% de coseguro; cubierta solo dentro de la red. Vea el documento de su plan para obtener más información sobre las limitaciones de precertificación.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios de salud mental y conductual	$30 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Vea el documento de su plan para obtener más información sobre las limitaciones y los servicios excluidos.
	Servicios para pacientes hospitalizados de salud mental y conductual	$305 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Vea el documento de su plan para obtener más información sobre las limitaciones de precertificación y los servicios excluidos.
	Servicios para pacientes ambulatorios de trastorno por el uso de sustancias	$30 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Vea el documento de su plan para obtener más información sobre las limitaciones y los servicios excluidos.
	Servicios para pacientes hospitalizados de trastorno por el uso de sustancias	$305 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Vea el documento de su plan para obtener más información sobre las limitaciones de precertificación y los servicios excluidos.

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 está embarazada	Visitas al consultorio	$30 de copago para los servicios de un obstetra y ginecólogo	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Ninguna.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Ninguna.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Ninguna.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	La cobertura se limita a 42 visitas por miembro por año del plan.
	Servicios de rehabilitación	$50 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	La cobertura se limita a 60 visitas por miembro por año del plan.
	Servicios de habilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.
	Atención de enfermería especializada	$0 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	La cobertura se limita a 90 días por miembro por año del plan.
	Equipo médico duradero	$0 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Vea el documento de su plan para obtener más información sobre las limitaciones de precertificación y los servicios excluidos.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	$0 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Vea el documento de su plan para obtener más información sobre las limitaciones y los servicios excluidos.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	$0 de copago	50% de coseguro y es posible que se aplique la facturación de saldo	Evaluaciones cubiertas como parte del examen de salud del niño sano.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.

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).

- Acupuntura
- Medicina alternativa
- Cirugía estética
- Atención dental (Adultos. Excepto para el tratamiento de una lesión accidental en los dientes naturales sanos en la que el curso continuo del tratamiento se inicia dentro de los seis meses del accidente)
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada (excepto en el caso de pacientes hospitalizados)

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

- Cirugía bariátrica (vea el documento del plan para obtener información sobre las limitaciones y exclusiones)
- Atención quiropráctica (límite de 20 visitas por miembro por año del plan)
- Audífonos (limitados a un audífono por oído por año del plan)
- Atención a largo plazo (para enfermos agudos)
- Atención de la vista de rutina (adultos, si es parte de un examen de salud de rutina)
- Atención de los pies de rutina (si es necesaria por motivos médicos)
- Programas para bajar de peso (vea el Programa de bienestar para obtener más información)

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: Benefit Options al 1-602-548-5008 o al 1-800-304-3687, o en www.benefitoptions.az.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: Blue Cross Blue Shield of Arizona al 1-866-287-1980 o www.azblue.com; UnitedHealthcare al 1-800-896-1067 o www.myuhc.com; MedImpact al 1-888-648-6769 o www.medimpact.com o Benefit Options al 1-602-548-5008 o 1-800-304-3687 o www.benefitoptions.az.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.

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

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.
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:
ESPAÑOL (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-602-542-5008 o al 1-800-304-3687.
NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-602-542-5008 or 1-800-304-3687.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-602-542-5008 or 1-800-304-3687.

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 **0.08** 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.

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 al especialista**	**$50**
■ **Copago del hospital (establecimiento)**	**$0**
■ **Otro copago**	**$0**
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:	
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal) $0*	
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto $0	
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto $0	
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*	
Consulta con un especialista *(anestesia)*	
Costo total del ejemplo	**$12700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$550
Coseguro	$10
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$50
El total que Peg pagaría es	**$610**

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 al especialista**	**$50**
■ **Copago del hospital (establecimiento)**	**$305**
■ **Otro copago**	**$520**
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	**$5600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$340
Coseguro	$4230
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$4590**

Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)	
■ **El deducible general del plan**	**$0**
■ **Copago al especialista**	**$50**
■ **Copago del hospital (establecimiento)**	**$305**
■ **Otro copago**	**$305**
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	**$2800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$560
Coseguro	$10
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$570**

Nota: Estos números suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con Benefit Options Wellness al 602-771-9355 o en www.wellness.az.gov.

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

SPL26794-0127