



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios cubiertos de atención médica. **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 o una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-722-1471 (TTY: 711) o visítenos en [www.premera.com](http://www.premera.com). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-722-1471 (TTY: 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes  | Respuestas   | Por qué es importante:   |
|--|--|--|
| ¿Cuál es el <u>deducible total</u> ?                                 | <u>Deducible</u> total por año calendario: \$1,700 individual/\$3,400 familiar.  | Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en la póliza, debe alcanzarse el <u>deducible</u> familiar general antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.  |
| ¿Existen servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | Sí. No se aplica a la <u>atención preventiva</u> ni a los servicios enumerados a continuación como "Sin cargo".  | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos cubiertos</u> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>   |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?             | No.  | No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.   |
| ¿Cuál es el <u>desembolso máximo</u> para este <u>plan</u> ?         | \$4,500 individual/\$9,000 familiar  | Este <u>desembolso máximo</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia se encuentran en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus <u>desembolsos máximos</u> hasta que se alcance el <u>desembolso máximo</u> familiar general.  |
| ¿Qué no se incluye en el <u>desembolso máximo</u> ?                  | Las <u>primas</u> , los cargos de <u>facturación de saldo</u> , las penalizaciones en caso de no obtener una <u>autorización previa</u> para los servicios y los servicios de atención médica que este <u>plan</u> no cubre. | Incluso si usted paga estos gastos, estos no se cuentan para su <u>desembolso máximo</u> .   |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?      | Sí. Consulte <a href="http://www.premera.com">www.premera.com</a> o llame al 1-800-722-1471 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .  | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios. |

| Preguntas importantes   | Respuestas | Por qué es importante:   |
|---|------------|--|
| ¿Se necesita un <u>referido</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | No.        | Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> . |

 Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en este cuadro son después de alcanzar su deducible, si se aplica un deducible.

| Evento médico común   | Servicios que podría necesitar  | Lo que pagará                                       |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|---|---|--|---|
|   |   | <u>Proveedor dentro de la red</u><br>(pagará menos) | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(pagará más)                             |   |
| Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u> de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una afección o lesión   | 20% de <u>coseguro</u>                              | 40% de <u>coseguro</u>   | Ninguna   |
|   | Visita a un <u>especialista</u>   | 20% de <u>coseguro</u>                              | 40% de <u>coseguro</u>   | Ninguna   |
|   | <u>Atención preventiva/ evaluaciones/ vacunas</u>   | Sin cargo   | 40% de <u>coseguro</u> (no se aplica el <u>deducible</u> )                   | Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su <u>plan</u> .                  |
| Si se le realiza un examen  | <u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)   | 20% de <u>coseguro</u>                              | 40% de <u>coseguro</u>   | Ninguna   |
|   | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 20% de <u>coseguro</u>                              | 40% de <u>coseguro</u>   | Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos exámenes de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por vez. |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección           | Medicamentos genéricos  | 20% de <u>coseguro</u>                              | 20% de <u>coseguro</u> (por venta minorista), no cubre por pedido por correo | Cubre un suministro de hasta 90 días (por venta minorista y por pedido por correo). Sin cargo para medicamentos preventivos específicos. Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.            |
| Encuentre más información disponible sobre la <u>cobertura de</u>         | Medicamentos de marcas preferidas   | 20% de <u>coseguro</u>                              | 20% de <u>coseguro</u> (por venta minorista), no cubre por pedido por correo | Cubre un suministro de hasta 90 días (por venta minorista y por pedido por correo). Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.   |

| Evento médico común  | Servicios que podría necesitar  | Lo que pagará                             |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---|---|--|---|
|  |   | Proveedor dentro de la red (pagará menos) | Proveedor fuera de la red (pagará más)   |   |
| <b>medicamentos con receta</b> en<br><br><a href="https://www.premera.com/documents/052148_2024.pdf">https://www.premera.com/documents/052148_2024.pdf</a> | Medicamentos de marcas no preferidas                                    | 20% de <u>coseguro</u>                    | 20% de <u>coseguro</u> (por venta minorista), no cubre por pedido por correo                 | Cubre un suministro de hasta 90 días (por venta minorista y por pedido por correo). Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.   |
|  | <u>Medicamentos especializados</u>                                      | 20% de <u>coseguro</u>                    | Sin cobertura  | Cubre un suministro de hasta 30 días. Solo tiene cobertura en determinadas farmacias especializadas contratadas. Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.                                |
| <b>Si le hacen una operación ambulatoria</b>   | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>   | Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos servicios. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por vez.  |
|  | Honorarios del médico/cirujano  | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>   | Ninguna   |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>   | <u>Atención en la sala de emergencias</u>                               | 20% de <u>coseguro</u>                    | 20% de <u>coseguro</u>   | Ninguna   |
|  | <u>Transporte médico de emergencia</u>                                  | 20% de <u>coseguro</u>                    | 20% de <u>coseguro</u>   | Ninguna   |
|  | <u>Atención de urgencia</u>   | 20% de <u>coseguro</u>                    | En el hospital: 20% de <u>coseguro</u><br>En un centro independiente: 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna   |
| <b>Si es hospitalizado</b>   | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación del hospital)       | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>   | Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estancias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar los servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía. |
|  | Honorarios del médico/cirujano  | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>   | Ninguna   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud</b>  | Servicios para pacientes ambulatorios                                   | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>   | Ninguna   |

| Evento médico común  | Servicios que podría necesitar                     | Lo que pagará                             |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|--|---|--|---|
|  |  | Proveedor dentro de la red (pagará menos) | Proveedor fuera de la red (pagará más) |   |
| <b>conductual o abuso por sustancias</b>   | Servicios internos                                 | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>                 | Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar los servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadia.  |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio                             | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>                 | El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías).   |
|  | Servicios de parto profesionales                   | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>                 | El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías).   |
|  | Servicios de parto prestados en un establecimiento | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>                 | El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías).   |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u>             | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>                 | Se limita a 130 visitas por año calendario.   |
|  | <u>Servicios de rehabilitación</u>                 | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>                 | Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar los servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadia. |

| Evento médico común   | Servicios que podría necesitar                                | Lo que pagará                             |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|---|---|--|---|
|   |   | Proveedor dentro de la red (pagará menos) | Proveedor fuera de la red (pagará más) |   |
|   | <u>Servicios de habilitación</u>                              | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>                 | Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar los servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía. |
|   | <u>Atención de enfermería especializada</u>                   | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>                 | Se limita a 90 días por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar los servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía.  |
|   | <u>Equipo médico duradero</u>                                 | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>                 | Se requiere <u>autorización previa</u> para la compra de algún equipo médico. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por vez.   |
|   | <u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u> | 20% de <u>coseguro</u>                    | 40% de <u>coseguro</u>                 | Límite de 240 horas de apoyo familiar; límite de 30 días para pacientes hospitalizados; límite de beneficio general de por vida de 6 meses, excepto que se apruebe lo contrario.  |
| <b>Si su hijo necesita servicios odontológicos u oftalmológicos</b> | Examen de la vista para niños                                 | Sin cobertura                             | Sin cobertura                          | Ninguna   |
|   | Anteojos para niños   | Sin cobertura                             | Sin cobertura                          | Ninguna   |
|   | Control dental para niños                                     | Sin cobertura                             | Sin cobertura                          | Ninguna   |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).</b> |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos para la infertilidad</li> <li>• Atención a largo plazo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería privada</li> <li>• Atención de rutina de la vista (adultos)</li> <li>• Programas para la pérdida de peso</li> </ul> |

**Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. No es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).**

- Acupuntura
- Atención quiropráctica u otras manipulaciones de la columna vertebral
- Atención podológica
- Audífonos
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de EE. UU.

**Sus derechos para continuar la cobertura:** hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. Información de contacto de esos organismos: para los [planes ERISA](#), comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Para [planes gubernamentales](#), comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323 x61565 o visite [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Con respecto a los [planes eclesiásticos](#) y todos los otros [planes](#), llame al 1-800-562-6900 para comunicarse con el Departamento Estatal de Seguros o a la aseguradora al 1-800-722-1471 o TTY 711. Es posible que existan otras opciones de cobertura disponibles para usted, como una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos a presentar una [queja formal](#) y una [apelación](#):** hay organismos que pueden ayudarle 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 para dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también brindan 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 su [plan](#) al 1-800-722-1471 o TTY 711, o con el Departamento Estatal de Seguros al 1-800-562-6900, o con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Este [plan](#) proporciona [cobertura esencial mínima](#)? Sí.**

Por lo general, la [cobertura esencial mínima](#) incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si reúne los requisitos para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no pueda acceder al [crédito fiscal para las primas](#).

**¿Este [plan](#) cumple con los [estándares de valor mínimo](#)? Sí.**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), tal vez pueda acceder a un [crédito fiscal para las primas](#) que le ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

**Servicios de ayuda en su idioma:**

Spanish (español): para obtener asistencia en español, llame al 1-800-722-1471.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-722-1471.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-722-1471.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-722-1471.

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

**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 este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según el tratamiento que efectivamente reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y a los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes planes de salud. 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 el parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$1,700
- Coseguro del especialista 20%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**  
 Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de parto prestados en un establecimiento  
Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Visita a un especialista (*anestesia*)

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

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| <u>Costo compartido</u>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$1,700        |
| <u>Copagos</u>                     | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                    | \$2,200        |
| <u>Qué no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que pagaría Peg es</b> | <b>\$3,960</b> |

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

- El deducible general del plan \$1,700
- Coseguro del especialista 20%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**  
 Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)  
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

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

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| <u>Costo compartido</u>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$1,700        |
| <u>Copagos</u>                     | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                    | \$700          |
| <u>Qué no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$2,420</b> |

**Fractura simple de Mia**  
(visita a una sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$1,700
- Coseguro del especialista 20%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**  
 Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Prueba diagnóstica (*radiografías*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| <u>Costo compartido</u>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$1,700        |
| <u>Copagos</u>                     | \$0            |
| <u>Coseguro</u>                    | \$200          |
| <u>Qué no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,900</b> |