



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura refleja cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios cubiertos para el cuidado de la salud. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de las condiciones completas de la cobertura, visite es.myuhc.com. Para ver las definiciones generales de términos frecuentes, tales como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-800-444-6222 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué Esto es Importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la <u>red</u> : \$2,000 individual/\$4,000 familiar Por cada año de la póliza.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el <u>deducible</u> para que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros familiares inscritos en el <u>plan</u> , cada familiar debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el total de gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. El <u>cuidado preventivo</u> y las categorías con <u>copago</u> están cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, aunque usted no haya alcanzado aún el <u>deducible</u> anual. Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	Sí, <u>medicamentos con receta</u> -- \$200 por persona, no se aplica a los medicamentos del Nivel 1. No hay otros <u>deducibles</u> .	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta alcanzar el <u>deducible</u> específico para que este <u>plan</u> comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : \$8,000 individual/\$16,000 familiar	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares inscritos en este <u>plan</u> , ellos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de su bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación del saldo</u> y cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no se toman en cuenta para alcanzar el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite es.myuhc.com o llame al 1-800-444-6222 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará lo máximo si usa un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (p. ej., pruebas de laboratorio). Verifíquelo con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</u> .

¹Los productos HMO de Oxford están asegurados por Oxford Health Plans (NY), Inc., Oxford Health Plans (NJ), Inc. y Oxford Health Plans (CT), Inc. Los productos de seguros de Oxford están asegurados por Oxford Health Insurance, Inc.



Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que usted haya alcanzado su deducible, si se aplica un deducible.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de cuidado de la salud	Visita al médico de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	\$30 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Visitas virtuales (telesalud) - Sin cargo por cada visita a un <u>proveedor de la red</u> designado para visitas virtuales. Si recibe otros servicios además de la visita al consultorio, se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales; p. ej., por cirugía.
	Visita a un <u>especialista</u>	\$60 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Si recibe otros servicios además de la visita al consultorio, se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales; p. ej., por cirugía.
	<u>Cuidado preventivo/ pruebas de detección/ vacunas</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que usted tenga que pagar los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si le realizan un examen	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	Laboratorio: 50% de <u>coseguro</u> Radiografías: 30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Laboratorio de la <u>red</u> designada: Sin cargo
	Estudios por imágenes (tomografías computarizadas [CT]/ tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta , visite es.myuhc.com	Nivel 1	Farmacia minorista: \$10 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> Farmacia de pedidos por correo: \$25 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	A los efectos de esta sección, <u>proveedor</u> significa farmacia. Farmacia minorista: Un suministro de hasta 30 días Farmacia de pedidos por correo: Un suministro de hasta 90 días Es posible que usted necesite obtener ciertos medicamentos, incluidos ciertos <u>medicamentos de especialidad</u> , de una farmacia que designemos. Es posible que ciertos medicamentos tengan un requisito de <u>preautorización</u> ; sin esta, es posible que estén sujetos a un costo mayor. Ciertos medicamentos <u>preventivos</u> (incluidos algunos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo. Visite el sitio web indicado para obtener información sobre los medicamentos que cubre su <u>plan</u> . No todos los medicamentos están cubiertos. Es posible que usted deba usar medicamentos de menor costo antes de que los beneficios de su póliza estén disponibles para ciertos <u>medicamentos recetados</u> .
	Nivel 2	Farmacia minorista: \$50 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$125 de <u>copago</u>	Sin cobertura	
	Nivel 3	Farmacia minorista: \$90 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$225 de <u>copago</u>	Sin cobertura	
	Nivel 4	No corresponde	No corresponde	
Si le realizan una cirugía para pacientes ambulatorios	Tarifa del centro médico (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Cuidado en la sala de emergencias</u>	\$500 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	\$500 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna
	<u>Cuidado de urgencia</u>	\$75 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Si recibe otros servicios además de la visita de cuidado de urgencia, se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales; p. ej., por cirugía.
En caso de una estadía en el hospital	Tarifa del centro médico (p. ej., habitación de hospital)	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios para la salud mental, la salud del comportamiento o el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Hospitalización parcial/tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios dentro de la <u>red</u> : 0% de <u>coseguro</u>
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	No se aplica el <u>costo compartido</u> a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del Resumen de Beneficios y Cobertura (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el parto	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	
	Servicios del centro para el parto	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Cuidado de asistencia médica a domicilio</u>	\$60 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se limita a 40 visitas por cada año de la póliza.
	<u>Servicios para la rehabilitación</u>	\$60 de <u>copago</u> por cada visita como paciente ambulatorio, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Límites por cada año de la póliza: Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional: límite de 60 visitas combinadas.
	<u>Servicios para la habilitación</u>	\$60 de <u>copago</u> por cada visita como paciente ambulatorio, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Límites por cada año de la póliza: Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional: límite de 60 visitas combinadas.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se limita a 200 días por cada año de la póliza.
	<u>Equipo médico duradero</u>	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir Equipo Médico Duradero que exceda \$500; de lo contrario, sin cobertura.
	<u>Servicios para cuidados paliativos</u>	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	\$30 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se limita a 1 examen cada 12 meses. Con cobertura para personas de hasta 19 años.
	Anteojos para niños	50% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Un par cada 12 meses. Los costos pueden aumentar según los marcos elegidos. Puede elegir lentes de contacto en vez de anteojos. El beneficio no cubre ambos. Con cobertura para personas de hasta 19 años.
	Examen dental para niños	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Las limpiezas están cubiertas 2 veces cada 12 meses. Se pueden aplicar limitaciones adicionales. Con cobertura para personas de hasta 19 años.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su Plan Generalmente NO Cubre (Para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos, consulte el documento de su póliza o plan.)

- Acupuntura
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adultos)
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- Cuidado de la vista de rutina (adultos)
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas de control de peso

Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico (manipulativo)
- Aparatos auditivos
- Tratamiento de la infertilidad – Se pueden aplicar límites de ciclos.

Sus Derechos a Continuar con la Cobertura: Si usted desea continuar con su cobertura después de que termine, hay agencias que pueden ayudar. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: www.dfs.ny.gov/index.htm Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov. Es posible que usted también disponga de otras opciones de cobertura, por ejemplo, comprar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros](#) de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos a Presentar Quejas Formales y Apelaciones: Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan sobre la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, examine la explicación de beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con: su Departamento de Recursos Humanos, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o el Departamento de Servicios Financieros de New York al 1-800-342-3736 o en www.dfs.ny.gov/index.htm.

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), TRICARE y cierta otra cobertura. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no cumpla los requisitos para el [crédito para el impuesto sobre la prima](#).

¿Este plan cumple las Normas de Valor Mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple las [normas de valor mínimo](#), es posible que usted cumpla los requisitos para recibir un [crédito para el impuesto sobre la prima](#) que le ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de Acceso en Otros Idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-633-2446.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-633-2446.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-866-633-2446.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-866-633-2446

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica, consulte la próxima sección.

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos reflejados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir el cuidado médico. Sus costos reales serán diferentes según el cuidado real que usted reciba, los precios que le cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg Tendrá un Bebé

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

- El deducible general del plan \$2,000
- Copago por especialista \$60
- Coseguro por el hospital (centro) 30%
- Otro coseguro 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un especialista (*cuidado prenatal*)
 Servicios profesionales para el parto
 Servicios del centro para el parto
Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita a un especialista (*anestesia*)

Ejemplo de Costo Total \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$2,000
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$2,300
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
Total que pagaría Peg	\$4,370

Manejo de la Diabetes Tipo 2 de Joe

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

- El deducible general del plan \$2,000
- Copago por especialista \$60
- Coseguro por el hospital (centro) 30%
- Otro coseguro 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario (*incluye información educativa sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Ejemplo de Costo Total \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$300
<u>Copagos</u>	\$1,200
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
Total que pagaría Joe	\$1,500

Fractura Simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$2,000
- Copago por especialista \$60
- Coseguro por el hospital (centro) 30%
- Otro coseguro 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Cuidado en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios para la rehabilitación (*fisioterapia*)

Ejemplo de Costo Total \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$200
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
Total que pagaría Mia	\$900