 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, [www.kbasolution.com](http://www.kbasolution.com) o llamar a 877-851-0906. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar a 1-877-851-0906 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante   |
|---|---|---|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?  | \$0   | Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este <a href="#">plan</a> .   |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?             | Sí. <a href="#">Servicios preventivos</a> son cubiertos antes de que el deducible de su.  | Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                            |
| ¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?                    | No.   | No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.  |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?       | No se aplica.   | Este <a href="#">plan</a> no tiene un máximo directo de bolsillo por sus gastos.  |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?                                  | No se aplica.   | Este <a href="#">plan</a> no tiene un máximo directo de bolsillo por sus gastos.  |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ? | Sí. Véa <a href="http://www.multiplan.com">www.multiplan.com</a> o llame al 1-888-342-7427 para una lista de <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?                      | No.   | Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.   |



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

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga                            |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |  |
| Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Visita al <a href="#">especialista</a>   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | <a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna                       | Sin cargo                                    | 60% de coseguro                                    | Que tenga que pagar por servicios que no son <a href="#">preventivas</a> . Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios son preventivos. Compruebe que su <a href="#">plan</a> pagará por. |
| Si se realiza un examen  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)               | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección           | Medicamentos genéricos   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Medicamentos de marcas preferidas  | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
|  | Medicamentos de marcas no preferidas   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
|  | <a href="#">Medicamentos especializados</a>  | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
| Si se somete a una operación ambulatoria                                 | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                     | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Honorarios del médico/cirujano   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
| Si necesita atención médica inmediata                                    | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>                                 | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                                    | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
|  | <a href="#">Atención de urgencia</a>   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
| Si le hospitalizan   | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)                            | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Honorarios del médico/cirujano   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.kbasolution.com](http://www.kbasolution.com).

| Eventos médicos comunes   | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga                            |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|--|--|--|---|
|   |  | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |   |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías              | Sevicios ambulatorios  | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna   |
|   | Servicios internos   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
| Si está embarazada  | Visitas al consultorio   | Sin cargo                                    | 60% de coseguro                                    | Intercambio de coste no se aplica a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar <a href="#">coseguro</a> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
|   | Servicios de parto profesionales                                       | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
|   | Servicios de instalaciones de partos profesionales                     | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna   |
|   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
|   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
|   | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
|   | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
|   | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista                     | Examen de la vista pediátrico  | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna   |
|   | Anteojos para niños  | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
|   | Chequeo dental pediátrico  | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

|   |   |   |
|---|---|---|
| Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> .) |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cuidados quiroprácticos</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidados dentales</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> <li>• Infertilidad</li> <li>• Cuidados de larga duración</li> <li>• Cuidados no urgentes durante viajes fuera de los EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería privados</li> <li>• Examen de la vista rutinario (adultos)</li> <li>• Cuidados podológicos rutinarios</li> </ul> |
| Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a> .)                                   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de pérdida de peso (los que aparecen en la ley PPACA).</li> </ul>  |   |   |

**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 estas agencias es: Plan visite [www.kbasolution.com](http://www.kbasolution.com) o llame al 877-851-0906; el Departamento de Trabajo los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en el 877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.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](#) médico. 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: Key Benefit Administrators at 877-851-0906 o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o [www.dol.gov/healthreform](http://www.dol.gov/healthreform).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar 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? 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 877-851-0906.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-851-0906.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 877-851-0906.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 877-851-0906.

-----*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte 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 dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

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*)

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$12,800</b> |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i>            |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| Deducibles                         | \$0             |
| Copagos                            | \$0             |
| Coseguro                           | \$0             |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |                 |
| Límites o exclusiones              | \$12,760        |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$12,760</b> |

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$7,400</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$0            |
| Copagos                            | \$0            |
| Coseguro                           | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$7,250        |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$7,250</b> |

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$1,900</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

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

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



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, [www.kbasolution.com](http://www.kbasolution.com) o llamar a 877-851-0906. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar a 1-877-851-0906 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante   |
|---|---|---|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?  | Dentro de la red \$6,500 por persona / \$13,200 por familia; fuera de la red no cubierto.   | Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este <a href="#">plan</a> .   |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?             | Sí. <a href="#">Servicios preventivos</a> son cubiertos antes de que el deducible de su.  | Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                            |
| ¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?                    | No.   | No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.  |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?       | Proveedores dentro de la red \$6,500 por persona / \$13,200 por familia; proveedores fuera de la red sin máximo   | El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.   |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?                                  | Copagos por algunos servicios, primas, balance de facturación cargos y cuidado de la salud este plan no cubre.  | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.   |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ? | Sí. Vea <a href="http://www.multiplan.com">www.multiplan.com</a> o llame al 1-888-342-7427 para una lista de <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?                      | No.   | Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.   |





Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)   | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |  |
| Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | \$50 de copago/oficina visita y 40% de coaseguro para los demás servicios ambulatorios; no se aplica deducible | No está cubierto                                   | El copago aplica solo al cargo de la visita al consultorio.  |
|  | Requisitos mínimos anuales para recibir atención para 25 enfermedades crónicas     | Sin cargo  | No está cubierto                                   | Los servicios están limitados a aquellos estipulados en el documento del plan.   |
|  | Visita al <a href="#">especialista</a>   | \$70 de copago/oficina visita y 40% de coaseguro para los demás servicios ambulatorios; no se aplica deducible | No está cubierto                                   | El copago aplica solo al cargo de la visita al consultorio.  |
|  | Requisitos mínimos anuales para recibir atención para 25 enfermedades crónicas     | Sin cargo  | No está cubierto                                   | Los servicios están limitados a aquellos estipulados en el documento del plan.   |
|  | <a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna                       | Sin cargo  | No está cubierto                                   | Que tenga que pagar por servicios que no son <a href="#">preventivas</a> . Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios son preventivos. Compruebe que su <a href="#">plan</a> pagará por. |
| Si se realiza un examen  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)               | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Requisitos mínimos anuales para recibir atención para 25 enfermedades crónicas     | Sin cargo  | No está cubierto                                   | Los servicios están limitados a aquellos estipulados en el documento del plan.   |
|  | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 0% de coaseguro  | No está cubierto                                   | Ninguna  |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección           | Medicamentos genéricos   | 0% de coaseguro después del deducible  | No está cubierto                                   | Límite de 34 días de suministro.   |
|  | Medicamentos de marcas preferidas  | 0% de coaseguro después del deducible  | No está cubierto                                   | Límite de 34 días de suministro.   |
|  | Medicamentos de marcas no preferidas   | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | <a href="#">Medicamentos especializados</a>  | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
| Si se somete a una operación ambulatoria                                 | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                     | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Honorarios del médico/cirujano   | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
| Si necesita atención médica inmediata                                    | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>                                 | 0% de coaseguro  | 0% de coaseguro                                    | Aplica para el deducible dentro de la red y gastos de desembolso directo. Aplica para el deducible dentro de la red y gastos de desembolso directo.  |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                                    | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.kbasolution.com](http://www.kbasolution.com).

| Eventos médicos comunes   | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|--|--|--|--|
|   |  | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)   | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |  |
|   | <a href="#">Atención de urgencia</a>                                   | Médico de atención primaria \$50 de copago/visita; especialista \$70 de copago, luego 40% de coaseguro | No está cubierto                                   | El copago aplica solo al cargo de la visita al consultorio.  |
| Si le hospitalizan  | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)                | 0% de coaseguro  | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|   | Honorarios del médico/cirujano   | Médico de atención primaria \$50 de copago/visita; especialista \$70 de copago, luego 40% de coaseguro | No está cubierto                                   |  |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías              | Servicios ambulatorios   | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|   | Servicios internos   | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
| Si está embarazada  | Visitas al consultorio   | Sin cargo  | No está cubierto                                   | Intercambio de coste no se aplica a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar <a href="#">coaseguro</a> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
|   | Servicios de parto profesionales                                       | 0% de coaseguro  | No está cubierto                                   |  |
|   | Servicios de instalaciones de partos profesionales                     | 0% de coaseguro  | No está cubierto                                   |  |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
|   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
|   | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
|   | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
|   | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista                     | Examen de la vista pediátrico  | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|   | Anteojos para niños  | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
|   | Chequeo dental pediátrico  | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |



## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Cuidados quiroprácticos</li><li>• Cirugía estética</li><li>• Cuidados dentales</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos</li><li>• Infertilidad</li><li>• Cuidados de larga duración</li><li>• Cuidados no urgentes durante viajes fuera de los EE. UU.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de enfermería privados</li><li>• Examen de la vista rutinario (adultos)</li><li>• Cuidados podológicos rutinarios</li></ul> |
|--|--|---|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Programas de pérdida de peso (los que aparecen en la ley PPACA).

**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 estas agencias es: Plan visite [www.kbasolution.com](http://www.kbasolution.com) o llame al 877-851-0906; el Departamento de Trabajo los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en el 877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.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](#) médico. 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: Key Benefit Administrators at 877-851-0906 o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o [www.dol.gov/healthreform](http://www.dol.gov/healthreform).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar 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? 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 877-851-0906.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-851-0906.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 877-851-0906.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 877-851-0906.

-----*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte 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 dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

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*)

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$12,800</b> |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$6,500        |
| Copagos                            | \$0            |
| Coseguro                           | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$860          |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$7,460</b> |

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$7,400</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$4,550        |
| Copagos                            | \$300          |
| Coseguro                           | \$110          |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$1,780        |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$6,740</b> |

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$1,900</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$920          |
| Copagos                            | \$0            |
| Coseguro                           | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$1,010        |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,930</b> |

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



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, [www.kbasolution.com](http://www.kbasolution.com) o llamar a 877-851-0906. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar a 1-877-851-0906 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante   |
|---|---|---|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?  | \$0   | Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este <a href="#">plan</a> .   |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?             | Sí. <a href="#">Servicios preventivos</a> son cubiertos antes de que el deducible de su.  | Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                            |
| ¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?                    | No.   | No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.  |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?       | No se aplica.   | Este <a href="#">plan</a> no tiene un máximo directo de bolsillo por sus gastos.  |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?                                  | No se aplica.   | Este <a href="#">plan</a> no tiene un máximo directo de bolsillo por sus gastos.  |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ? | Sí. Véa <a href="http://www.multiplan.com">www.multiplan.com</a> o llame al 1-888-342-7427 para una lista de <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?                      | No.   | Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.   |



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

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga                            |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |  |
| Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Visita al <a href="#">especialista</a>   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | <a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna                       | Sin cargo                                    | 60% de coseguro                                    | Que tenga que pagar por servicios que no son <a href="#">preventivas</a> . Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios son preventivos. Compruebe que su <a href="#">plan</a> pagará por. |
| Si se realiza un examen  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)               | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección           | Medicamentos genéricos   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Medicamentos de marcas preferidas  | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
|  | Medicamentos de marcas no preferidas   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
|  | <a href="#">Medicamentos especializados</a>  | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
| Si se somete a una operación ambulatoria                                 | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                     | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Honorarios del médico/cirujano   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
| Si necesita atención médica inmediata                                    | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>                                 | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                                    | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
|  | <a href="#">Atención de urgencia</a>   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |
| Si le hospitalizan   | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)                            | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Honorarios del médico/cirujano   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |  |

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.kbasolution.com](http://www.kbasolution.com).

| Eventos médicos comunes   | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga                            |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|--|--|--|---|
|   |  | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |   |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías              | Sevicios ambulatorios  | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna   |
|   | Servicios internos   | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
| Si está embarazada  | Visitas al consultorio   | Sin cargo                                    | 60% de coseguro                                    | Intercambio de coste no se aplica a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar <a href="#">coseguro</a> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
|   | Servicios de parto profesionales                                       | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
|   | Servicios de instalaciones de partos profesionales                     | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna   |
|   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
|   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
|   | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
|   | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
|   | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista                     | Examen de la vista pediátrico  | No está cubierto                             | No está cubierto                                   | Ninguna   |
|   | Anteojos para niños  | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |
|   | Chequeo dental pediátrico  | No está cubierto                             | No está cubierto                                   |   |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

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

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cuidados quiroprácticos</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidados dentales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> <li>• Infertilidad</li> <li>• Cuidados de larga duración</li> <li>• Cuidados no urgentes durante viajes fuera de los EE. UU.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería privados</li> <li>• Examen de la vista rutinario (adultos)</li> <li>• Cuidados podológicos rutinarios</li> </ul> |
|--|---|---|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Programas de pérdida de peso (los que aparecen en la ley PPACA).

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.kbasolution.com](http://www.kbasolution.com).

**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 estas agencias es: Plan visite [www.kbasolution.com](http://www.kbasolution.com) o llame al 877-851-0906; el Departamento de Trabajo los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en el 877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.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](#) médico. 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: Key Benefit Administrators at 877-851-0906 o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o [www.dol.gov/healthreform](http://www.dol.gov/healthreform).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar 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? 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 877-851-0906.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-851-0906.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 877-851-0906.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 877-851-0906.

-----*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte 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 dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

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*)

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$12,800</b> |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i>            |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| Deducibles                         | \$0             |
| Copagos                            | \$0             |
| Coseguro                           | \$0             |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |                 |
| Límites o exclusiones              | \$12,760        |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$12,760</b> |

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$7,400</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$0            |
| Copagos                            | \$0            |
| Coseguro                           | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$7,250        |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$7,250</b> |

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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


|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$1,900</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

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

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



 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, [www.kbasolution.com](http://www.kbasolution.com) o llamar a 877-851-0906. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar a 1-877-851-0906 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante   |
|---|---|---|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?  | Dentro de la red \$6,500 por persona / \$13,200 por familia; fuera de la red no cubierto.   | Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este <a href="#">plan</a> .   |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?             | Sí. <a href="#">Servicios preventivos</a> son cubiertos antes de que el deducible de su.  | Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                            |
| ¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?                    | No.   | No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.  |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?       | Proveedores dentro de la red \$6,500 por persona / \$13,200 por familia; proveedores fuera de la red sin máximo   | El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.   |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?                                  | Copagos por algunos servicios, primas, balance de facturación cargos y cuidado de la salud este plan no cubre.  | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo.   |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ? | Sí. Vea <a href="http://www.multiplan.com">www.multiplan.com</a> o llame al 1-888-342-7427 para una lista de <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?                      | No.   | Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.   |



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)   | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |  |
| Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | \$50 de copago/oficina visita y 40% de coaseguro para los demás servicios ambulatorios; no se aplica deducible | No está cubierto                                   | El copago aplica solo al cargo de la visita al consultorio.  |
|  | Requisitos mínimos anuales para recibir atención para 25 enfermedades crónicas     | Sin cargo  | No está cubierto                                   | Los servicios están limitados a aquellos estipulados en el documento del plan.   |
|  | Visita al <a href="#">especialista</a>   | \$70 de copago/oficina visita y 40% de coaseguro para los demás servicios ambulatorios; no se aplica deducible | No está cubierto                                   | El copago aplica solo al cargo de la visita al consultorio.  |
|  | Requisitos mínimos anuales para recibir atención para 25 enfermedades crónicas     | Sin cargo  | No está cubierto                                   | Los servicios están limitados a aquellos estipulados en el documento del plan.   |
|  | <a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna                       | Sin cargo  | No está cubierto                                   | Que tenga que pagar por servicios que no son <a href="#">preventivas</a> . Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios son preventivos. Compruebe que su <a href="#">plan</a> pagará por. |
| Si se realiza un examen  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)               | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Requisitos mínimos anuales para recibir atención para 25 enfermedades crónicas     | Sin cargo  | No está cubierto                                   | Los servicios están limitados a aquellos estipulados en el documento del plan.   |
|  | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 0% de coaseguro  | No está cubierto                                   | Ninguna  |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección           | Medicamentos genéricos   | 0% de coaseguro después del deducible  | No está cubierto                                   | Límite de 34 días de suministro.   |
|  | Medicamentos de marcas preferidas  | 0% de coaseguro después del deducible  | No está cubierto                                   | Límite de 34 días de suministro.   |
|  | Medicamentos de marcas no preferidas   | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | <a href="#">Medicamentos especializados</a>  | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
| Si se somete a una operación ambulatoria                                 | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                     | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|  | Honorarios del médico/cirujano   | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
| Si necesita atención médica inmediata                                    | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>                                 | 0% de coaseguro  | 0% de coaseguro                                    | Aplica para el deducible dentro de la red y gastos de desembolso directo. Aplica para el deducible dentro de la red y gastos de desembolso directo.  |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                                    | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.kbasolution.com](http://www.kbasolution.com).

| Eventos médicos comunes   | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|--|--|--|--|
|   |  | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)   | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |  |
|   | <a href="#">Atención de urgencia</a>                                   | Médico de atención primaria \$50 de copago/visita; especialista \$70 de copago, luego 40% de coaseguro | No está cubierto                                   | El copago aplica solo al cargo de la visita al consultorio.  |
| Si le hospitalizan  | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)                | 0% de coaseguro  | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|   | Honorarios del médico/cirujano   | Médico de atención primaria \$50 de copago/visita; especialista \$70 de copago, luego 40% de coaseguro | No está cubierto                                   |  |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías              | Servicios ambulatorios   | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|   | Servicios internos   | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
| Si está embarazada  | Visitas al consultorio   | Sin cargo  | No está cubierto                                   | Intercambio de coste no se aplica a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar <a href="#">coaseguro</a> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
|   | Servicios de parto profesionales                                       | 0% de coaseguro  | No está cubierto                                   |  |
|   | Servicios de instalaciones de partos profesionales                     | 0% de coaseguro  | No está cubierto                                   |  |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
|   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
|   | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
|   | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
|   | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista                     | Examen de la vista pediátrico  | No está cubierto   | No está cubierto                                   | Ninguna  |
|   | Anteojos para niños  | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |
|   | Chequeo dental pediátrico  | No está cubierto   | No está cubierto                                   |  |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Cuidados quiroprácticos</li><li>• Cirugía estética</li><li>• Cuidados dentales</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Audífonos</li><li>• Infertilidad</li><li>• Cuidados de larga duración</li><li>• Cuidados no urgentes durante viajes fuera de los EE. UU.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de enfermería privados</li><li>• Examen de la vista rutinario (adultos)</li><li>• Cuidados podológicos rutinarios</li></ul> |
|--|--|---|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Programas de pérdida de peso (los que aparecen en la ley PPACA).

**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 estas agencias es: Plan visite [www.kbasolution.com](http://www.kbasolution.com) o llame al 877-851-0906; el Departamento de Trabajo los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en el 877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.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](#) médico. 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: Key Benefit Administrators at 877-851-0906 o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el 866-444-3272 o [www.dol.gov/healthreform](http://www.dol.gov/healthreform).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar 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? 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 877-851-0906.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-851-0906.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 877-851-0906.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 877-851-0906.

-----*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte 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 dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

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*)

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$12,800</b> |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$6,500        |
| Copagos                            | \$0            |
| Coseguro                           | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$860          |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$7,460</b> |

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$7,400</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$4,550        |
| Copagos                            | \$300          |
| Coseguro                           | \$110          |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$1,780        |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$6,740</b> |

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$0
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$1,900</b> |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$920          |
| Copagos                            | \$0            |
| Coseguro                           | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$1,010        |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,930</b> |

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