




El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de todos los términos de cobertura, visite individualandfamily.chpw.org o llame al 1-866-907-1906. Para ver las definiciones generales de los términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-318-2596 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Qué es el deducible general?	\$750 por individuo; \$1500 por familia	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Los servicios de atención preventiva, atención primaria, pruebas de laboratorio, visitas a atención de urgencia y medicamentos genéricos están cubiertos antes de que usted alcance el deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aún si usted no alcanzó el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para los servicios específicos?	\$750 por individuo; \$1500 por familia	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Qué es el límite de costos de bolsillo para este plan ?	\$2,500 por individuo; \$5,000 por familia	El límite de costos de bolsillo es el máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otro familiar suyo está en este plan , tiene que alcanzar sus propios límites de costos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de costos de bolsillo de toda la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de costos de bolsillo ?	Los servicios fuera de la red no están incluidos en el límite de costos de bolsillo.	Aunque usted pague estos gastos, estos no cuentan para el límite de costos de bolsillo .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ?	Sí. No hay proveedores fuera de la red en este plan.	Este plan cuenta con una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan . Pagará el máximo si usa un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldos) . Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia para consultar a un especialista ?	No se necesitan referencias para consultar con un especialista o proveedor dentro de la red.	Puede consultar con el especialista de la red que elija sin una referencia .

 Todos los costos de los [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de que haya alcanzado su [deducible](#) , si se aplica un [deducible](#) .

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si va al consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$10, el deducible no se aplica.	Sin cobertura	Elegible para dos consultas de copago de \$1, después de la cual se aplica el copago de \$10.
	Consulta con un especialista	Copago de \$30, el deducible no se aplica.	Sin cobertura	
	Atención preventiva/prueba de detección/ inmunización	Sin cargo	Sin cobertura	
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Análisis de laboratorio: copago de \$20 Radiografías: copago de \$40 El deducible no se aplica.	Sin cobertura	
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/por emisión de positrones [PET], resonancias magnéticas [MRI])	Coseguro del 20%	Sin cobertura	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la cobertura para medicamentos recetados en individualandfamily.chpw.org/2024formulary .	Medicamentos genéricos	\$12 por un suministro para 30 días \$32.40 por un suministro para 90 días El deducible no se aplica.	Sin cobertura	Los medicamentos recetados se dan en suministros de hasta 90 días en las farmacias minoristas participantes y mediante los pedidos por correo.
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 por un suministro para 30 días \$94.50 por un suministro para 90 días El deducible no se aplica.	Sin cobertura	Los medicamentos recetados se dan en suministros de hasta 90 días en las farmacias minoristas participantes y mediante los pedidos por correo.
	Medicamentos de marca no preferidos	\$160 por un suministro para 30 días El deducible no se aplica.	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro para 30 días.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos especializados	\$160 por un suministro para 30 días El deducible no se aplica.	Sin cobertura	La cobertura se limita a un suministro para 30 días en una farmacia especializada. *El costo compartido del miembro para la insulina de la siguiente manera: (1) Límite total mensual de costos de bolsillo de \$35 / suministro de 30 días; (2) la insulina no está sujeta al deducible.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Copago de \$325	Sin cobertura	
	Cargos del médico/cirujano	Copago de \$120	Sin cobertura	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	Copago de \$425	Copago de \$425	El copago no se aplica si se admite como paciente interno en un plazo de 24 horas. El costo compartido para los servicios de atención de emergencia es el mismo si un miembro obtiene servicios de un proveedor de la red o fuera de la red en una situación de emergencia.
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$175 por viaje, el deducible no se aplica.	Copago de \$175 por viaje, el deducible no se aplica.	El costo compartido para los servicios de atención de emergencia es el mismo si un miembro obtiene servicios de un proveedor de la red o fuera de la red en una situación de emergencia.
	Atención de urgencia	Copago de \$30, el deducible no se aplica.	Sin cobertura	
Si tiene una hospitalización	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$425 por día	Sin cobertura	Límite de 5 copagos por hospitalización. Se requiere autorización previa.
	Cargos del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Los honorarios por las consultas con un médico/cirujano del hospital se incluyen en el copago de la institución.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes externos	Copago de \$10, el deducible no se aplica.	Sin cobertura	Elegible para dos consultas de copago de \$1, después de la cual se aplica el copago de \$10.
	Servicios para pacientes internados	\$425 por día	Sin cobertura	Límite de 5 copagos por la estadía por un tratamiento en paciente internado.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de \$10, el deducible no se aplica.	Sin cobertura	Elegible para dos consultas de copago de \$1, después de la cual se aplica el copago de \$10.
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	Sin cargo	Sin cobertura	Los honorarios por servicios profesionales están incluidos en el cargo del centro.
	Servicios en el centro para el parto/nacimiento	\$425 por día	Sin cobertura	Límite de 5 copagos por hospitalización
Si necesita ayuda para una recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica en el hogar	\$10 por día, el deducible no se aplica.	Sin cobertura	Límite de 130 consultas por año calendario. Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Paciente internado: \$425 por día hasta 5 copagos por hospitalización	Sin cobertura	Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Paciente interno: Máximo de 30 días para todos los servicios de terapia de rehabilitación por año calendario. Paciente externo: 25 consultas como máximo para todos los servicios de terapias de rehabilitación por año calendario.
		Servicios para pacientes externos: copago de \$20 por consulta, el deducible no se aplica.		
	Servicios de habilitación	Paciente internado: \$425 por día hasta 5 copagos por hospitalización	Sin cobertura	Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Paciente interno: Un máximo de 30 días para todos los servicios de terapia de habilitación por año calendario. Paciente externo: 25 consultas como máximo para todos los servicios de terapias de habilitación por año calendario.
		Servicios para pacientes externos: copago de \$20 por consulta, el deducible no se aplica.		
	Atención de enfermería especializada	\$425 por día	Sin cobertura	60 días por año calendario; límite de 5 copagos por estadía.
Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Sin cobertura		
Servicios en centros para enfermos terminales	\$10 por día, el deducible no se aplica.	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Cuidados paliativos: 14 días de por vida máximo.	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen de la vista de los niños	Sin cargo	Sin cobertura	1 examen por año calendario para una prueba de detección de la vista de rutina y 1 examen integral de la vista por año calendario.
	Anteojos para los niños	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado para niños menores de 19 años. Un par de anteojos o lentes de contacto recetados cada año calendario, incluso lentes de policarbonato y revestimiento resistente a los rayones. Un par de marcos por año calendario o lentes de contacto (en lugar de lentes y marcos). Incluye el cargo de adaptación.
	Chequeo dental de los niños	Sin cobertura	Sin cobertura	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que, por lo general, su [plan](#) NO cubre (vea el documento de su póliza o [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- Proveedores fuera de la red
- Servicios dentales
- Tratamiento contra la infertilidad
- Atención de enfermería privada
- Exámenes de la vista de rutina para adultos
- Atención auditiva
- Ortodoncia para adultos

Otros servicios cubiertos (en estos servicios pueden aplicarse limitaciones. Esta lista no está completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Cirugía reconstructiva
- Aborto
- Atención al recién nacido
- Acupuntura (12 consultas por año calendario)
- Atención quiropráctica (10 consultas por año calendario)
- Implantes cocleares

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que termina.

La información de contacto de esas agencias es: WAHBE 1-855-923-4633. También es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluso la compra de una cobertura de seguro individual mediante [Health Insurance Marketplace](#). Para obtener más información sobre [Marketplace](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a reclamos y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por el rechazo de una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan información completa sobre cómo enviar una [reclamación](#), una [apelación](#) o un [reclamo](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, llame al: 1-866-907-1906.

¿Este plan brinda Cobertura esencial mínima? Sí

La [Cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través de [Marketplace](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura esencial mínima](#), puede no ser elegible para el [crédito fiscal de la prima](#).

¿Este plan cumple con los Estándares de valor mínimo? No corresponde

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para un [crédito fiscal de la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) mediante [Marketplace](#).

Servicios de acceso lingüístico:

[Inglés (English): If you need assistance in English, please call 1-866-907-1906.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-907-1906.]

[Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-866-907-1906.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-907-1906.]

Para ver ejemplos sobre cómo este [plan](#) puede cubrir los costos de una situación médica de muestra,

Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA): según la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona tendrá la obligación de responder a un instrumento de recopilación de información que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de **0.08** horas por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

[* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://individualandfamily.chpw.org>].

Sobre los ejemplos de esta cobertura:



Esto no es una estimación de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán distintos según la efectiva atención que reciba, los cargos que sus [proveedores](#) cobren, y muchos otros factores. Céntrese en los montos del [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura de autónomos.

Nace el bebé de Peg

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$750
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$30
- Hospital (centro) [\[costo compartido\]](#) \$425 por día
- Otros [\[costo compartido\]](#) 20%

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el parto/nacimiento

Servicios en el centro para el parto/nacimiento

[Pruebas de diagnóstico](#) (ultrasonido y análisis de sangre)

Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$750
Copagos	\$1051
Coseguro	\$0
<i>¿Qué no está cubierto?</i>	
Límites o exclusiones	\$61
El total que Peg pagaría es	\$1,862

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$750
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$30
- Hospital (centro) [\[costo compartido\]](#) \$425 por día
- Otros [\[costo compartido\]](#) 20%

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención](#)

[primaria](#) (incluye la educación sobre la enfermedad)

[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$750
Copagos	\$741
Coseguro	\$8
<i>¿Qué no está cubierto?</i>	
Límites o exclusiones	\$22
El total que Joe pagaría es	\$1,521

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$750
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$30
- Hospital (centro) [\[costo compartido\]](#) \$425 por día
- Otros [\[costo compartido\]](#) 20%

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en sala de emergencias](#)

(incluye los suministros médicos)

[Prueba de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$750
Copagos	\$430
Coseguro	\$57
<i>¿Qué no está cubierto?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,237

El [plan](#) se haría responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

ATENCIÓN: Si habla inglés, podemos ofrecerle servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Inglés (English) ATTENTION: If you speak English, language services, free of charge, are available to you. Call 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-907-1906 (TTY: 711).

繁體中文 (Chino) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-907-1906 (TTY: 711)。

Af Soomaali (Somali) DIGTOONI: Haddii aad ku hadasho Af Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, oo lacag la'aan ah, ayaa lagu heli karaa adiga. Wac 1-866-907-1906. (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-907-1906 (телетайп: 711).

(**Árabe**) 711) (طابعة هاتفية: 1-866-907-1906 العربية ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم

አማርኛ (Amárico) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-866-907-1906 (መስማት ለተሳናቸው: 711).

تماس بگیرید 1-866-907-1906 (TTY: 711) اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات مساعدت زبان، طور رایگان برای شما موجود می باشد. با شماره **(Dari)** توجه برای دری

ትግርኛ (Tigrinya) ምልክታ፡ ትግርኛ ትዛረብ ተኸይንክ ኣገልግሎት ኣገዝ ቋንቋ ንዓኽ ብናጻ ይርከብ። ደውል 1-866-907-1906 (TTY: 711)።

ဗမာ (Birmanio) သတိပျဉ်းရန် - အကယုၣ် သ္ဍဉ်း ဝုမန္ဓာစကား ကို ဝေပုဟပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အကြံကု

စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-866-907-1906 (TTY: 711) သို့မူ ဝေငှဆိုပါ။

ਪੰਜਾਬੀ (Panjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-866-907-1906 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

한국어 (Coreano) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-907-1906 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

(Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای فارسی

تماس بگیرید 1-866-907-1906 (TTY: 711) شما فراهم می باشد. با

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-866-907-1906 (телетайп: 711).

ភាសាខ្មែរ (Jemer) កត់ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាមិនគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរសព្ទមកលេខ 1-866-907-1906 (TTY: 711)។