



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan médico](#). El SBC indica cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** Recibirá la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) por separado. Esto es solo un resumen. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.carefirst.com/sbcq o llamar al 1-855-258-6518 para pedir una copia. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.carefirst.com.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible general?	Dentro de la red: \$125 individual/\$250 familiar; Fuera de la red: \$500 individual/\$1,000 familiar.	Normalmente, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares incluidos en el plan , es posible que cada uno tenga que alcanzar su propio deducible individual . O es posible que se combine a todos los familiares para alcanzar el deducible familiar general antes de que el plan comience a pagar, según la cobertura del plan. Consulte su contrato para obtener más información.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible ?	Sí, todos los servicios de atención preventiva dentro de la red, y los siguientes (solo centros que no sean de un hospital, cuando corresponda): Atención primaria, especialista, consultorios locales, consultorio para radiografías, sala de emergencias, transporte médico de emergencia, atención de urgencia, servicios de salud mental ambulatorios, atención médica en casa, servicios de rehabilitación y de atención de hospicio.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted no alcanzó la cantidad del deducible . Pero, puede aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No hay otros deducibles específicos.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Atención médica: Dentro de la red: \$500 individual/\$1,000 familiar; Fuera de la red: \$1,500 individual/\$3,000 familiar.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un plan anual por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares inscritos en el plan , es posible que cada familiar necesite alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo . O todos los familiares se pueden combinar para alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar total, dependiendo de la cobertura del plan . Consulte su contrato para obtener más información.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas, los cargos de facturación de saldos, la atención médica que este plan no cubre, los copagos para ciertos servicios y las penalizaciones por no obtener la autorización previa para los servicios.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Consulte www.carefirst.com o llame al 855-258-6518 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . Usted pagará el costo más alto si usa un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que el plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una remisión .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si tiene una visita en el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Proveedor: \$15 de copago por visita Centro de un hospital: Deducible, después el 5% del beneficio permitido	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si un servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro
	Visita a un especialista	Proveedor: \$35 de copago por visita Centro de un hospital: Deducible, después el 5% del beneficio permitido	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si un servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro
	Clínica médica en una farmacia	\$15 de copago por visita	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
	Atención preventiva/examen médico /vacunas	Sin cargo	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Algunos servicios pueden tener limitaciones o exclusiones según su contrato

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si se hace una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Pruebas de laboratorio: No en hospital y hospital: Deducible, después el 5% del beneficio permitido Radiografías: No en hospital: Sin cargo Hospital: Deducible, después el 5% del beneficio permitido	Pruebas de laboratorio: No en hospital y hospital: Deducible, después el 5% del beneficio permitido Radiografías: No en hospital y hospital: Deducible, después el 5% del beneficio permitido	los beneficios de las pruebas de laboratorio dentro de la red se aplican solo a las pruebas hechas en LabCorp.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	No en hospital y hospital: Deducible, después el 5% del beneficio permitido	No en hospital y hospital: Deducible, después el 5% del beneficio permitido	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos con receta	Medicamentos genéricos	\$5 (para 30 días, en farmacia local)/\$10 (para 90 días, en farmacia de pedidos por correo)	No está cubierto	Ninguna
	Medicamentos de marca preferidos	\$25 (para 30 días, en farmacia local)/\$50 (para 90 días, en farmacia de pedidos por correo)	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$35 (para 30 días, en farmacia local)/\$70 (para 90 días, en farmacia de pedidos por correo)	No está cubierto	
	Medicamentos especializados preferidos	No está cubierto	No está cubierto	
	Medicamentos especializados no preferidos	No está cubierto	No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No en hospital y hospital: Deducible, después el 5% del beneficio permitido	No en hospital y hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
	Cargos del médico/cirujano	No en hospital y hospital: \$15 de copago por visita	No en hospital y hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$75 de copago por visita	Pagado como dentro de la red	Limitado a servicios de emergencias o inesperados, servicios que se necesiten con urgencia; se pueden aplicar cargos profesionales; sin copago si lo hospitalizan
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Pagado como dentro de la red	Ninguna
	Atención de urgencia	\$35 de copago por visita	\$35 de copago por visita	Limitado a servicios inesperados que se necesiten con urgencia. La atención que no es de urgencia no está cubierta.
Si lo hospitalizan	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	Deducible, después el 5% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa
	Cargos del médico/cirujano	Deducible, después el 5% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita en el consultorio: \$15 de copago por visita Centro de un hospital: Sin cargo	Visitas en el consultorio y centro de hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Para el tratamiento en un centro de un hospital para pacientes ambulatorios podrían aplicarse cargos adicionales
	Servicios para pacientes hospitalizados	Deducible, después el 5% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa; podrían aplicarse cargos profesionales adicionales
Si está embarazada	Visitas en el consultorio	Sin cargo	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Solo para visitas en el consultorio pre/posnatales de rutina. Para atención obstétrica que no sea de rutina o complicaciones de embarazo, es posible que se apliquen los costos compartidos.
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	Deducible, después el 5% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Ninguna
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	Deducible, después el 5% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Es posible que se apliquen tarifas profesionales adicionales

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en casa	Sin cargo	Sin cargo	Se exige autorización previa
	Servicios de rehabilitación	Proveedor y hospital: \$35 de copago por visita	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Si el servicio se presta en un hospital, se podrá cobrar la tarifa adicional del centro. Los beneficios de terapia del habla, terapia física y terapia ocupacional están limitados a 300 visitas combinadas por período de beneficios.
	Servicios de habilitación	Proveedor y hospital: \$35 de copago por visita	Proveedor y centro de un hospital: Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa después de la primera visita. Los beneficios solo se aplican a los miembros menores de 19 años Si un servicio se presta en un centro de un hospital, podría aplicarse un cargo adicional del centro
	Atención de enfermería especializada	Deducible, después el 5% del beneficio permitido	Deducible, luego 30% del beneficio permitido	Se exige autorización previa para proveedores fuera de la red. Los beneficios de proveedores fuera de la red están limitados a 120 días por período de beneficios. Ilimitado para proveedores dentro de la red
	Equipo médico duradero	Deducible, después el 5% del beneficio permitido	Deducible, después el 5% del beneficio permitido	Ninguna
	Servicios de hospicio	Centro para pacientes hospitalizados y ambulatorios: Sin cargo	Centro para pacientes hospitalizados y ambulatorios: Sin cargo	Se exige autorización previa
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (lea la póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|----------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| • Cirugía cosmética | • Atención de largo plazo | • Cuidado de los pies de rutina |
| • Atención dental (adulto) | • Atención de rutina de la vista | • Programas para bajar de peso |

Otros servicios cubiertos (puede haber limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|----------------------|---|---|
| • Aborto | • Atención quiropráctica | • Tratamiento por infertilidad |
| • Acupuntura | • Cubierto fuera de los EE. UU. Visite www.carefirst.com | • Atención que no es emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. |
| • Cirugía bariátrica | • Aparatos auditivos | • Enfermería privada |

Su derecho a mantener la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: La Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo (Department of Labor Employee), visitando <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>, o llamando al 1-866-444-EBSA (3272); o con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), visitando <http://www.cciio.cms.gov>, o llamando al 1-877-267-2323 ext. 61565. Puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluyendo contratar una cobertura de seguro por persona mediante el [Mercado de seguros](#) médicos. Para obtener más información sobre el [Mercado de seguros](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con La Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo (Department of Labor Employee), visitando <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>, o llamando al 1-866-444-EBSA (3272); o con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), visitando <http://www.cciio.cms.gov>, o llamando al 1-877-267-2323 ext. 61565.

¿Da este plan cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), un [seguro médico](#) disponible mediante el [Mercado de seguros](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para obtener determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), puede que no sea elegible para recibir el [crédito fiscal por las primas](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple el [estándar de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para recibir un [crédito fiscal por las primas](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) mediante el [Mercado de seguros](#).

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-258-6518.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-258-6518.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-258-6518.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-258-6518.

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

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar dentro de diferentes [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$125
■ Especialista [Copago]	\$35
■ Hospital (centro) [Coseguro]	5%
■ Otro [Coseguro]	5%

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio de un especialista (*atención prenatal*)
Servicios profesionales para el parto/nacimiento
Servicios del centro para el parto/nacimiento
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
Visita con el especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$125
Copagos	\$70
Coseguro	\$305
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$500

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red por una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$125
■ PCP [Copago]	\$15
■ Hospital (centro) [Coseguro]	5%
■ Otro [Coseguro]	5%

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre enfermedades*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$125
Copagos	\$140
Coseguro	\$235
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$500

Fractura simple de Mia (visita en la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$125
■ Especialista [Copago]	\$35
■ Hospital (centro) [Coseguro]	5%
■ Otro [Coseguro]	5%

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluye 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:

Costos compartidos	
Deducibles	\$125
Copagos	\$215
Coseguro	\$160
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$500

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