El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de servicios cubiertos de atención de la salud. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado la prima) se proporcionará por separado. Este documento es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de las condiciones completas de la cobertura, visite www.umr.com o llame al 1-800-826-9781. Para ver definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación del saldo, coaseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.umr.com o llamar al 1-800-826-9781 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué esto es Importante:
¿Cuál es el deducible total?	$0	Consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer sus costos por los servicios que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible?	No Corresponde.	Usted no tiene que alcanzar deducibles por servicios específicos.
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar deducibles por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso personal de este plan?	No Corresponde.	Este plan no tiene un límite de desembolso personal en sus gastos.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso personal?	No Corresponde.	Este plan no tiene un límite de desembolso personal en sus gastos.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Visite www.umr.com o llame al 1-800-826-9781 para obtener una lista de los proveedores de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará lo máximo si usa un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar 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.	Puede consultar al especialista que desee sin una referencia.

Todos los costos de copago y coaseguro que se muestran en esta tabla son después de alcanzar su deducible, en caso de que se aplique un deducible.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		EPO (Usted pagará lo mínimo)	Sin EPO (Usted pagará lo máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de atención de la salud	Visita a un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Visita a un especialista	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego consulte qué pagará su plan.
Si le realizan un examen	Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Estudios por imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI])	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		EPO (Usted pagará lo mínimo)	Sin EPO (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta, visite www.lucyrx.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Sin cargo por medicamentos con Cobertura Esencial Mínima (MEC) en farmacias de venta al por menor o a través de pedido por correo Copago de $5 por medicamentos Genéricos preventivos en farmacias de venta al por menor o a través de pedido por correo	Sin cargo por medicamentos con Cobertura Esencial Mínima (MEC) en farmacias de venta al por menor o a través de pedido por correo Copago de $5 por medicamentos Genéricos preventivos en farmacias de venta al por menor o a través de pedido por correo	Máximo anual de $1,000 por medicamentos no exigidos por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) Este plan únicamente cubre los anticonceptivos y todos los demás medicamentos que la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente (PPACA) defina como preventivos. Los servicios que NO estén definidos como Servicios Preventivos por dicha ley no estarán cubiertos por el beneficio preventivo de este plan. Venta al por menor: suministro de hasta 30 días por medicamento de venta con receta; Pedido por correo: suministro de hasta 30 días por medicamento de venta con receta Sin cobertura para medicamentos abortivos
	Medicamentos de marca registrada preferidos (Nivel 2)	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca registrada no preferidos (Nivel 3)	Sin cobertura	Sin cobertura	
Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Atención de urgencia	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		EPO (Usted pagará lo mínimo)	Sin EPO (Usted pagará lo máximo)	
Si es hospitalizado	Cargo del centro (p. ej., habitación de hospital)	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. Según el tipo de servicios, se pueden aplicar el deducible, el copago o el coaseguro. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte del documento Resumen de Beneficios y Cobertura (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el parto	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Servicios de un centro para el parto	Sin cobertura	Sin cobertura	

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		EPO (Usted pagará lo mínimo)	Sin EPO (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud en el hogar	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de rehabilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de habilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Atención de enfermería especializada	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Equipo médico duradero	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Examen dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su Plan NO Cubre (Consulte el documento de su póliza o plan para obtener más información y ver una lista de otros servicios excluidos.)		
• Acupuntura • Cirugía bariátrica • Atención quiropráctica • Cirugía estética • Cuidado dental (Adultos)	• Aparatos auditivos • Tratamiento para la infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no es de emergencia mientras está de viaje fuera de los Estados Unidos	• Enfermería de práctica privada • Cuidado de la vista de rutina (Adultos) • Cuidado de rutina de los pies • Programas para bajar de peso

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

Sus Derechos a Continuar con la Cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura una vez que finaliza. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.cuidadodesalud.gov/es/. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, entre ellas, comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.cuidadodesalud.gov/es/ o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos a Presentar Quejas Formales y Apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por una denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja formal por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.cuidadodesalud.gov/es/. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Para encontrar una lista de los estados que ofrecen Programas de Asistencia al Consumidor (Consumer Assistance Programs), visite www.cuidadodesalud.gov/es/ y http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/.

¿Este plan Proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponible a través del Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para la prima.

¿Este plan Cumple con el Estándar de Valor Mínimo? No

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, es posible que usted sea elegible para un crédito fiscal para la prima que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso a Idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-826-9781.

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-800-826-9781.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-826-9781.

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf die do Nummer uff 1-800-826-9781.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-826-9781.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-826-9781.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-826-9781.

Chamorro (CHamoru): Para un ma ayuda gi finu CHamoru, å'gang 1-800-826-9781.

Para ver ejemplos de la forma en que este plan podría cubrir los costos de una situación médica, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que le cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coaseguros) y a los servicios excluidos conforme al plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

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

El deducible total del plan	$0
Copago por especialista	N/C
Coaseguro por hospital (centro)	N/C
Otro coaseguro	N/C

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el parto
Servicios de un centro para el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Visita a un especialista *(anestesia)*

Costo Total del Ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coaseguros	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$12,600
El total que pagaría Peg es	**$12,600**

Controlar la Diabetes Tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

El deducible total del plan	$0
Copago por especialista	N/C
Coaseguro por hospital (centro)	N/C
Otro coaseguro	N/C

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio de un médico de atención primaria *(incluida educación sobre la enfermedad)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos de venta con receta
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo Total del Ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coaseguros	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$5,400
El total que pagaría Joe es	**$5,400**

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

El deducible total del plan	$0
Copago por especialista	N/C
Coaseguro por hospital (centro)	N/C
Otro coaseguro	N/C

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias *(incluidos suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo Total del Ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo Compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coaseguros	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$2,800
El total que pagaría Mia es	**$2,800**

Nota: Estas cifras suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si usted participa en el programa de bienestar del plan, es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, visite: www.umr.com o llame al 1-800-826-9781.

El **plan** sería responsable de los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.