Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Período de cobertura: [See Instructions]

Cobertura para: _____ | Tipo De Plan: _____

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan de salud](#). El SBC muestra cómo usted y el [compañero](#) [compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos](#). **NOTA: La información sobre el costo de este (denominado) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.**

Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, [insert contact information]. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [plan](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.insert.com] o llamar al 1-800- [insert] para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No.	Debe pagar el deducible antes de que el plan pague cualquier servicio.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	No se aplica.	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo .
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	No se aplica.	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	No se aplica.	Este plan no utiliza una red de proveedores . Puede recibir los servicios cubiertos de cualquier proveedor .
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .

PRA Disclosure Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is **0938-1146**. The time required to complete this information collection is estimated to average **0.02** hours per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.