

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 **de salud**. El SBC muestra cómo usted y el **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 _____ 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?	\$	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. [For family coverage, see instructions for additional applicable language.]
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. [Insert: major categories]	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . [For non-grandfathered plans, insert: "Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ "].
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. \$	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de deducible , antes de que este plan comience a pagar estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. [For family coverage, see instructions for additional applicable language.]
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	[Insert: major exceptions]	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red , visite [www.insert.com] o llame al 1-800-[insert].	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a 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 su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede 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 derivación para atenderse con un especialista ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene una derivación antes de ver al especialista .

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.

