



El Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) 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, llame al 1-855-651-5944 o visite welcometouhc.com. 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.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-866-487-2365 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por Qué Es Importante:
¿Cuánto es el deducible total?	<u>Dentro de la red:</u> \$2,000 individual/ \$4,000 familiar <u>Fuera de la red:</u> \$6,000 individual/ \$12,000 familiar Por cada año calendario.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros familiares inscritos en el plan , cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y las categorías que requieren un copago están cubiertos antes de que usted alcance su deducible .	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 . 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?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	<u>Dentro de la red:</u> \$5,000 individual/ \$10,000 familiar <u>Fuera de la red:</u> \$15,000 individual/ \$30,000 familiar Por cada año calendario.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares inscritos en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> , atención de la salud que este plan no cubre y multas por no obtener <u>preautorización</u> para recibir servicios.	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.myuhc.com o llame al 1-855-651-5944.	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 (<u>facturación de saldo</u>). 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 ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión 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.



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$30 de copago por cada visita, no se aplica el deducible	50% de coseguro	Visitas virtuales - Sin cargo por visita a un proveedor de la red designado para visitas virtuales. Se aplican los costos compartidos de las visitas al consultorio a los demás servicios de Telesalud, según el tipo de proveedor . Sin cobertura fuera de la red para visitas virtuales. Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se podrían aplicar copagos , deducibles o coseguros adicionales; por ejemplo, por cirugía.
	Consulta con un especialista	\$60 de copago por cada visita, no se aplica el deducible	50% de coseguro	Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se podrían aplicar copagos , deducibles o coseguros adicionales; por ejemplo, por cirugía.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan . Sin cobertura fuera de la red .
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Análisis de laboratorio: Centro autónomo/Consultorio: 20% de coseguro Hospital: 50% de coseguro Radiografías/Diagnósticos: 20% de coseguro	Análisis de laboratorio: Sin cobertura Radiografías/Diagnósticos: 50% de coseguro	Se requiere preautorización para recibir ciertos servicios fuera de la red , o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida . Sin cobertura fuera de la red para análisis de laboratorio.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Centro autónomo/Consultorio: 20% de coseguro Hospital: 50% de coseguro	50% de coseguro	Se requiere preautorización para recibir servicios fuera de la red , o el beneficio se reduce al 50% de la cantidad permitida .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en welcometouhc.com	Medicamentos genéricos	Farmacia minorista: \$5 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia de pedidos por correo: \$12.50 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia minorista especializada: \$5 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	Farmacia minorista: \$5 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia minorista especializada: \$5 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	A los efectos de esta sección, <u>proveedor</u> significa farmacia. Farmacia minorista: Un suministro de hasta 31 días. Farmacia de pedidos por correo: Un suministro de hasta 90 días o farmacia minorista preferida de la <u>red</u> para suministros de 90 días. Los medicamentos de especialidad no están cubiertos a través de la farmacia de pedidos por correo. Es posible que deba obtener ciertos medicamentos, incluso ciertos <u>medicamentos de especialidad</u> , de una farmacia designada por nosotros. Es posible que ciertos medicamentos tengan un requisito de <u>preautorización</u> ; sin esta, es posible que estén sujetos a un costo mayor. Si usa una farmacia <u>fuera de la red</u> (incluida una farmacia de pedidos por correo), usted podría ser responsable de cualquier cantidad que exceda la <u>cantidad permitida</u> . Ciertos medicamentos preventivos (incluidos ciertos anticonceptivos) y la Lista de medicamentos con costo compartido de cero están cubiertos sin cargo. Visite el sitio web indicado para obtener información sobre los medicamentos que cubre su <u>plan</u> . No todos los medicamentos están cubiertos. Es posible que deba usar medicamentos de menor costo antes de que los beneficios de su póliza estén disponibles para ciertos medicamentos recetados.
	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia minorista: \$30 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia de pedidos por correo: \$75 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia minorista especializada: \$150 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	Farmacia minorista: \$30 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia minorista especializada: \$150 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia minorista: \$65 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia de pedidos por correo: \$162.50 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia minorista especializada: \$250 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	Farmacia minorista: \$65 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia minorista especializada: \$250 de <u>copago</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	
	Medicamentos de especialidad	No corresponde	No corresponde	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Las <u>cantidades permitidas fuera de la red</u> para la tarifa del centro se limitan a \$760 por cada fecha del servicio. Se requiere <u>preautorización</u> para recibir ciertos servicios <u>fuera de la red</u> , o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	20% de <u>coseguro</u>	* 20% de <u>coseguro</u>	*Se aplica el <u>deducible</u> dentro de la <u>red</u> .
	Transporte médico de emergencia	20% de <u>coseguro</u>	* 20% de <u>coseguro</u>	*Se aplica el <u>deducible</u> dentro de la <u>red</u> .
	Atención de urgencia	\$50 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios <u>fuera de la red</u> , o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$30 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Todos los demás dentro de la <u>red</u> : 20% de <u>coseguro</u> . Terapia Conductual Intensiva (Intensive Behavioral Therapy, ABA): 10% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . Consulte el documento de su póliza o <u>plan</u> para ver más información sobre los beneficios del Programa de Asistencia al Empleado (EAP).
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios <u>fuera de la red</u> , o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> . Consulte el documento de su póliza o <u>plan</u> para ver más información sobre los beneficios del Programa de Asistencia al Empleado (EAP).
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	50% de <u>coseguro</u>	No se aplica el <u>costo compartido</u> a los <u>servicios preventivos</u> .
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Según el tipo de servicio, se podrían aplicar un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención de maternidad podría incluir otros exámenes y servicios descritos en este Resumen de Beneficios y Cobertura (por ejemplo, ecografía).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica el requisito de <u>preautorización</u> para pacientes hospitalizadas por servicios <u>fuera de la red</u> si la estadía excede 48 horas (96 horas para una cesárea) o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> .
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se limita a 100 visitas por cada año calendario. Las <u>cantidades permitidas fuera de la red</u> para la Atención médica en el hogar se limitan a \$150 por cada visita. Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios <u>fuera de la red</u> , o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> .
	Servicios de rehabilitación	\$30 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Los <u>Servicios de rehabilitación</u> para pacientes ambulatorios son ilimitados por cada año calendario. No se aplican límites a los servicios para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista. Sin cobertura <u>fuera de la red</u> para fisioterapia y terapia ocupacional.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	\$30 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Los servicios se prestan según lo indicado en los <u>Servicios de rehabilitación</u> descritos anteriormente. No se aplican límites a los servicios para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista. Sin cobertura <u>fuera de la red</u> para fisioterapia y terapia ocupacional.
	Atención de enfermería especializada	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	La enfermería especializada se limita a 100 días por cada año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios <u>fuera de la red</u> , o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> .
	Equipo médico duradero	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Sin cobertura <u>fuera de la red</u> .
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios <u>fuera de la red</u> antes de la admisión para una estadía como paciente hospitalizado en un centro de cuidados paliativos, o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> .
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$30 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Se limita a 1 examen cada 24 meses. Sin cobertura <u>fuera de la red</u> .
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para anteojos para niños.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para control dental para niños.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
• Cirugía estética • Cuidado dental • Anteojos	• Cuidado a largo plazo • Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos	• Servicios de enfermería privada • Cuidado de los pies de rutina - Excepto que esté cubierto para la diabetes
Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
• Acupuntura - 20 visitas por cada año calendario • Cirugía bariátrica - 1 procedimiento de por vida • Cuidado quiropráctico (manipulativo) - 24 visitas por cada año calendario • Aparatos auditivos - \$2,500 por cada año calendario	• Tratamiento de la infertilidad	• Cuidado de la vista de rutina (adultos) - 1 examen por cada 24 meses • Programas de control de peso - Real Appeal

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: El Centro de Ayuda del Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California, 980 9th Street Suite #500, Sacramento, CA 95814-4275 al 1-888-466-2219 o www.dmhca.ca.gov, o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. 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, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Servicio al Cliente al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de ID o en myuhc.com. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o visitar dol.gov/ebsa/healthreform.

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el Centro de Ayuda del Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California, 980 9th Street Suite #500, Sacramento, CA 95814-4275 al 1-888-466-2219 o visite www.dmhca.ca.gov.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-651-5944.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-651-5944.

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-855-651-5944.

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-651-5944.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-855-651-5944 uff.

Samoa (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-651-5944.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-855-651-5944.

Chamorro (CHamoru): Para un ma ayuda gi finu CHamoru, a'gang 1-855-651-5944.

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

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión 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.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#), [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 con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente 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](#) \$2,000
- [Especialistas copago](#) \$60
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 20%
- Otros [coseguros](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,870

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la [red](#) de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,000
- [Especialistas copago](#) \$60
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 20%
- Otros [coseguros](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$300
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$700

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la [red](#) y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,000
- [Especialistas copago](#) \$60
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 20%
- Otros [coseguros](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mía pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$200
Coseguro	\$40
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$2,240

No tratamos a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad ni origen nacional.

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles.

Por Internet: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Por Correo: Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Recibirá la decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tendrá 15 días para solicitar que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número gratuito que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Por Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Por Teléfono: Número gratuito 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Por Correo: U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comuniquen con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número gratuito que aparece en este Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

請注意：

XIN LUU Ý: Nếu quý vị nói **tiếng Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ghi trong bản Tóm lược về quyền lợi và đài thọ bảo hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) này.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 본 혜택 및 보장 요약서(Summary of Benefits and Coverage, SBC)에 기재된 무료 전화번호로 전화하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numerong nakalista sa Buod na ito ng Mga Benepisyo at Saklaw (Summary of Benefits and Coverage o SBC).

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в данном «Обзоре льгот и покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج بداخل مخلص المزايا والتغطية (SBC، Summary of Benefits and Coverage) هذا.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki nan Rezime avantaj ak pwoteksyon sa a (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d’aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro sans frais figurant dans ce Sommaire des prestations et de la couverture (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer podany w niniejszym Zestawieniu świadczeń i refundacji (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para o número gratuito listado neste Resumo de Benefícios e Cobertura (Summary of Benefits and Coverage - SBC).

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l’**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamate il numero verde indicato all'interno di questo Sommario dei Benefit e della Copertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die in dieser Zusammenfassung der Leistungen und Kostenübernahmen (Summary of Benefits and Coverage, SBC) angegebene gebührenfreie Rufnummer an.

注意事項：日本語 **(Japanese)** を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。本「保障および給付の概要」(Summary of Benefits and Coverage, SBC)に記載されているフリーダイヤルにてお電話ください。

توجه: اگر زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان ذکر شده در این خلاصه مزایا و پوشش (Summary of Benefits and Coverage, SBC) تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी **(Hindi)** बोलते है, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क उपलब्ध हैं। लाभ और कवरेज (Summary of Benefits and Coverage, SBC) के इस सारांश के भीतर सूचीबद्ध टोल फ्री नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu dawb teev muaj nyob ntawm Tsab Ntawv Nthuav Qhia Cov Txiaj Ntsim Zoo thiab Kev Kam Them Nqi (Summary of Benefits and Coverage, SBC) no.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតចេញថ្លៃ ដែលមានកត់នៅក្នុង សេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍ និងការរ៉ាប់រង (Summary of Benefits and Coverage, SBC) នេះ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan ti awan bayad na nu tawagan nga numero nga nakalista iti uneg na daytoy nga Dagup dagiti Benipisyo ken Pannakasakup (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shòqdí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka bilaashka ah ee ku yaalla Soo-koobitaanka Dheefaha iyo Caymiska (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

Aviso sobre Antidiscriminación y Acceso a Servicios de Comunicación

UnitedHealthcare no excluye, deniega beneficios cubiertos para el cuidado de la salud ni discrimina de otra manera a ningún miembro por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad al participar en cualquiera de sus planes de salud o recibir servicios cubiertos para el cuidado de la salud bajo dichos planes, tanto si son prestados por UnitedHealthcare directamente o a través de un grupo médico de la red o cualquier otra entidad a la que UnitedHealthcare le solicite que preste servicios cubiertos para el cuidado de la salud bajo cualquiera de sus planes de salud.

Hay servicios gratuitos disponibles para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en otros formatos, como letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete sin cargo para usted. Para solicitar ayuda, llame al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud.

Si piensa que no ha sido tratado justamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja a:

Por Internet: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Por Correo: Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Usted recibirá la decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tendrá 15 días para solicitar que la revisemos nuevamente. Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Por Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Por Teléfono: Número gratuito 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Por Correo: U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201



English

IMPORTANT: You can get an interpreter at no cost to talk to your doctor or health insurance company. To get an interpreter or to ask about written information in your language, first call your insurance company's phone number at 1-800-842-2656.

Someone who speaks your language can help you. If you need more help, call the Department of Insurance Hotline at 1-800-927-4357.

Español

IMPORTANTE: Puede obtener la ayuda de un intérprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su compañía de seguros. Para obtener la ayuda de un intérprete o preguntar sobre información escrita en español, primero llame al número de teléfono de su compañía de seguros al 1-800-842-2656.

Alguien que habla español puede ayudarle. Si necesita ayuda adicional, llame a la Línea Directa del Departamento de Seguros al 1-800-927-4357.

中文

重要事項：您與您的醫生或醫療保險公司交談時，可獲得免費口譯服務。如欲請口譯員提供口譯，或欲查詢中文書面資料，請先致電您的保險公司，電話號碼 1-800-842-2656。

說中文人士將為您提供協助。如需更多協助，請致電保險部熱線 1-800-927-4357。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói **tiếng Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nasa iyong identification card.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الرجاء الاتصال على رقم الهاتف المجاني الموجود على معرف العضوية الخاص بك.

注意事項：日本語 (**Japanese**) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。健康保険証に記載されているフリーダイヤルにお電話ください。

توجه: اگر زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفا با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहचान पत्र पर सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नंबर पर कॉल करें।

CEEBOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu deb dawb uas teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj cim qhia tus kheej.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ ដែលមាននៅលើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក។

ՈՒՇԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆ` Եթե **հայերեն (Armenian)** եք խոսում, Ձեզ հասանելի են անվճար լեզվական օգնություն ծառայություններ: Խնդրում ենք զանգահարել Ձեր ճանաչողական քարտի վրա նշված անվճար հեռախոսահամարով:

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)** ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਮੁਫਤ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਵਿਰਧਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

โปรดทราบ : หากคุณพูด**ภาษาไทย (Thai)** มีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณฟรี โปรดโทรศัพท์ถึงหมายเลขโทรศัพท์ที่อยู่บนบัตรประจำตัวของคุณ