**El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (*Summary of Benefits and Coverage, SBC*) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le indica de qué manera usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: Se proporcionará información sobre el costo de este plan (llamada la prima) por separado. Este solo es un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.iehp.org o llame al 1-855-433-4347. Para ver definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o www.iehp.org, o llamar al 1-855-433-4347 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuál es el deducible general?** | $0 | Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan. |
| **¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?** | Sí. | Este plan cubre algunos productos y servicios aunque usted aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. |
| **¿Hay otros deducibles para servicios específicos?** | No. | No debe pagar deducibles por servicios específicos. |
| **¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?** | No corresponde. | Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo. |
| **¿Qué no incluye el límite de gastos de bolsillo?** | No corresponde. | Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo. |
| **¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red?** | Sí. Para obtener una lista de proveedores preferidos, visite www.iehp.org o llame al 1-855-433-4347. | Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan. Pagará lo máximo si acude a 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 de saldo). Tenga en cuenta que, su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como estudios de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios. |
| **¿Necesita una referencia para atenderse con un especialista?** | Sí. Requiere una autorización previa por escrito. | Este plan pagará todos o algunos de los costos de atenderse con un especialista para servicios cubiertos, pero solo si tiene una referencia antes de acudir al especialista. |

| Circunstancia médica común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará<br>Indian Health Care Provider (IHCP)<br>(Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará<br>Proveedor que no sea de IHCP<br>(Usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| **Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica** | Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno. |
| | Consulta con un especialista | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa. |
| | Atención preventiva/ evaluaciones/vacunas | Sin cargo | Sin cargo | Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Después revise lo que su plan pagará. |
| **Si se realiza un examen** | Examen de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | Sin cargo | Sin cargo | Requiere una orden médica. Requiere autorización previa. |
| | Imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin cargo | Sin cargo | |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección**<br>Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos recetados** en www.iehp.org. | Nivel 1: Medicamentos genéricos | Sin cargo | Sin cargo | Suministro/pedido: hasta para 30 días (venta al menudeo); de 30 a 100 días (servicio de entrega por correo), salvo cuando apliquen límites de cantidad. Suministro/pedido de medicamentos especializados: hasta un suministro de 30 días surtido por una farmacia especializada. Se requiere una autorización previa para algunos medicamentos. |
| | Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos | Sin cargo | Sin cargo | |
| | Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos | Sin cargo | Sin cargo | |
| | Nivel 4: Medicamentos especializados | Sin cargo | Sin cargo | |
| **Si se somete a una cirugía ambulatoria** | Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa. |
| | Tarifas del doctor/cirujano | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno. |

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.iehp.org.

| Circunstancia médica común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará<br>Indian Health Care Provider (IHCP)<br>(Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará<br>Proveedor que no sea de IHCP<br>(Usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la sala de emergencias | Sin cargo | Sin cargo | Los servicios fuera de la red deben cumplir los criterios de atención médica de emergencia.<br><br>Los servicios de cuidado de urgencia fuera de la red están cubiertos mientras esté fuera del área de servicio. |
| | Cuidado de urgencia | Sin cargo | Sin cargo | |
| **Si tiene una hospitalización** | Tarifa del establecimiento (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa. |
| | Tarifas del doctor/cirujano | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno. |
| **Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias** | Servicios ambulatorios | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa salvo por la evaluación inicial de Salud del Comportamiento. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargo | Sin cargo | |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cargo | Los costos compartidos no se aplican para servicios preventivos. La cobertura incluye servicios de aborto. |
| | Servicios profesionales de parto/nacimiento | Sin cargo | Sin cargo | |
| | Servicios del establecimiento de parto/nacimiento | Sin cargo | Sin cargo | |
| **Si necesita ayuda para la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud** | Asistencia médica a domicilio | Sin cargo | Sin cargo | Se limita a 100 visitas cada año civil. Requiere autorización previa. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa. |

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.iehp.org.

| Circunstancia médica común | Servicios que puede necesitar | Lo que usted pagará<br>Indian Health Care Provider (IHCP)<br>(Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará<br>Proveedor que no sea de IHCP<br>(Usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | Servicios de habilitación | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa. |
| | Cuidado de enfermería especializada | Sin cargo | Sin cargo | Se limita a 100 días por año civil. Requiere autorización previa. |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa. |
| | Servicios de hospicio | Sin cargo | Sin cargo | Requiere autorización previa. |
| **Si su hijo necesita atención dental o de la vista** | Examen de la vista infantil | Sin cargo | Sin cargo | Se limita a una visita al año. |
| | Anteojos infantiles | Sin cargo | Sin cargo | Armazones seleccionados, uno por año civil; lentes de contacto cubiertos en lugar de anteojos. |
| | Examen dental infantil | Sin cargo | Sin cargo | Un examen preventivo de rutina cada seis meses. |

.

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

| Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos). | | |
|---|---|---|
| • Atención quiropráctica<br>• Cirugía plástica<br>• Atención dental (adultos)<br>• Audífonos | • Tratamiento de infertilidad<br>• Atención a largo plazo<br>• Atención médica que no sea de emergencia al viajar fuera de EE. UU. | • Servicios de enfermería privada<br>• Cuidado de la vista de rutina (adultos)<br>• Cuidado de los pies de rutina<br>• Programas para la pérdida de peso (la exclusión no se aplica para intervenciones conductuales de cuidado preventivo) |

| Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan). | | |
|---|---|---|
| • Servicios para un aborto | • Acupuntura | • Cirugía bariátrica |

**Sus derechos a continuar la cobertura:** hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. A continuación, se indica la información de contacto de esos organismos:

- Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo: 1-866-444-EBSA (3272) o visite https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa
- Departamento de Atención Médica Administrada de California: 1-888-466-2219 o la línea TDD 1-877-688-9891 para las personas con deficiencias auditivas o del habla o visite www.dmhc.ca.gov.
- Oficina de la Administración del Personal del Programa del Plan para Varios Estados: https://www.opm.gov/healthcare-insaurance/multi-state-plan-program/consumer/.

También puede tener otras opciones de cobertura a su disposición, como la compra de la cobertura de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318- 2596.

**Su derecho a presentar una queja formal o una apelación:** hay dependencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de una queja. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicha queja médica. Los documentos de su plan también le brindan toda la información para presentar una queja, 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:

- IEHP al 1-855-433-4347 (TTY 711), de lunes a viernes, 8am - 6pm, hora del Pacífico. Proporcione su número de identificación para miembros, su nombre y el motivo de su queja.
- Por correo: llame a IEHP al 1-855-433-4347 (TTY 711), de lunes a viernes, 8am - 6pm hora del Pacífico y solicite que se le envíe un formulario. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, su número de identificación de miembro y el motivo de su queja. Díganos qué pasó y cómo podemos ayudarle.
  Envíe el formulario por correo a:
  IEHP
  Attention: Grievance and Appeals Department
  P.O. Box 1800
  Rancho Cucamonga, CA 91729-1800
- El consultorio de su médico tendrá disponibles los formularios de quejas.
- En línea: visite el sitio web de IEHP en www.iehp.org.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.iehp.org.

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California usando la información de contacto que se indicó anteriormente.

**¿Este plan proporciona una cobertura esencial mínima? Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes o seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas individuales de mercado, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (*Children's Health Insurance Program, 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.

**¿Cumple este plan los Estándares mínimos de valor? No corresponde**

Si su plan no cumple los Estándares mínimos de valor, es posible que reúnalos requisitos para recibir un crédito fiscal para primas que le ayudará a pagar un plan através del Mercado.

**Servicios de acceso lingüístico:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-433-4347 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-433-4347 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-855-433-4347 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-855-433-4347 (TTY 711).

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

**Autorización para divulgar información según la Ley de Reducción de Trámites (*Paperwork Reduction Act, PRA*):** de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget, OMB*). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de **0.02** horas por respuesta, aproximadamente, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de información existentes, reunir la información requerida y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene cualquier comentario relacionado con la exactitud de las estimaciones de tiempo 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:

**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados solo son ejemplos de cómo este plan podría 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 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 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** **$0**
- **Copago para el especialista** **$0**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **0%**
- **Otro coseguro** **0%**

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales de parto/nacimiento
Servicios del establecimiento de parto/nacimiento
Exámenes de diagnóstico *(ultrasonidos y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

| **Costo total del ejemplo** | **$12,700** |
|---|---|

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| *Costos compartidos* | |
|---|---|
| Deducibles | $0 |
| Copagos | $0 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Limitaciones o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$60** |

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

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago para el especialista** **$0**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **0%**
- **Otro coseguro** **0%**

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al consultorio del Proveedor de Cuidado Primario *(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

| **Costo total del ejemplo** | **$5,600** |
|---|---|

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| *Costos compartidos* | |
|---|---|
| Deducibles | $0 |
| Copagos | $0 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Limitaciones o exclusiones | $20 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$20** |

### Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y tratamiento continuo)

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Copago para el especialista** **$0**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **0%**
- **Otro coseguro** **0%**

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Atención en la sala de emergencias *(incluye materiales médicos)*
Examen de diagnóstico *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

| **Costo total del ejemplo** | **$2,800** |
|---|---|

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| *Costos compartidos* | |
|---|---|
| Deducibles | $0 |
| Copagos | $0 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Limitaciones o exclusiones | $0 |
| **El total que Mia pagaría es** | **$0** |

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