



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura 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 salud. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado la [prima](#)) se proporcionará por separado. Este documento es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de las condiciones completas de cobertura, visite [www.mymisterhealth.com](http://www.mymisterhealth.com) o llame al 1-888-971-7277. 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.mymisterhealth.com](http://www.mymisterhealth.com) o llamar al 1-888-971-7277 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué esto es Importante:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> total?	<b>\$1,400</b> por persona/ <b>\$2,800</b> por familia Dentro de la Red <b>\$4,000</b> por persona/ <b>\$8,500</b> por familia Fuera de la Red	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de su familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de su familia debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> están cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios aun cuando usted todavía no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Pero es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coaseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre determinados <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costo compartido</a> y antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso personal</a> de este <a href="#">plan</a> ?	<b>\$6,000</b> por persona/ <b>\$12,000</b> por familia Dentro de la Red <b>\$16,000</b> por persona/ <b>\$32,000</b> por familia Fuera de la Red	El <a href="#">límite de desembolso personal</a> es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de desembolso personal</a> hasta que se haya alcanzado el <a href="#">límite de desembolso personal</a> familiar total.
¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso personal</a> ?	<a href="#">Copagos</a> por ciertos servicios, multas, <a href="#">primas</a> , cargos <a href="#">facturados por el saldo</a> y atención de la salud que este <a href="#">plan</a> no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de desembolso personal</a> .
¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.mymisterhealth.com">www.mymisterhealth.com</a> o llame al 1-888-971-7277 para obtener una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red</a> del plan. Usted pagará más si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> (la <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que desee sin una <a href="#">referencia</a> .



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
		Dentro de la Red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Pagará lo máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un <a href="#">proveedor</a> de atención de la salud	Visita a un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$20 por visita; Designación Premium; Copago de \$40 por visita; Designación No Premium; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	Copago de \$30 por visita; Designación Premium; Copago de \$50 por visita; Designación No Premium; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	Ninguna
	<a href="#">Atención preventiva/ pruebas de detección</a> /vacunas	Sin cargo; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	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	<a href="#">Examen de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	Ninguna
	Estudios por imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI])	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Dentro de la Red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Pagará lo máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición.</b>  Para obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos de venta con receta</a> , visite <a href="http://www.umr.com">www.umr.com</a> .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Copago de \$10 por medicamento de venta con receta (venta al por menor); Copago de \$25 por medicamento de venta con receta (pedido por correo)	Si usa una Farmacia Fuera de la Red, usted es responsable de pagar por adelantado. Es posible que obtenga un reembolso según la cantidad mínima contratada, menos cualquier deducible o copago correspondiente.	Se aplica un límite de desembolso personal.  Cubre un suministro de hasta 30 días (farmacia especializada y de venta al por menor); un suministro de 32 a 90 días (pedido por correo).  Usted debe pagar la diferencia de costo entre el medicamento de Marca y el medicamento Genérico cuando un profesional médico no haya especificado un medicamento de Marca o no haya indicado que el medicamento de Marca es necesario, hasta que se alcance el desembolso personal.
	Medicamentos de marca registrada preferidos (Nivel 2)	Copago de \$35 por medicamento de venta con receta (venta al por menor); Copago de \$87 por medicamento de venta con receta (pedido por correo)		
	Medicamentos de marca registrada no preferidos (Nivel 3)	Copago de \$60 por medicamento de venta con receta (venta al por menor); Copago de \$150 por medicamento de venta con receta (pedido por correo)		
	<a href="#">Medicamentos especializados</a> (Nivel 4)	Copago de \$10 por medicamento de venta con receta (genérico); Copago de \$35 por medicamento de venta con receta (de marca registrada preferido); Copago de \$60 por medicamento de venta con receta (de marca registrada no preferido)		
<b>Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio</b>	Cargo del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico o cirujano	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en sala de emergencias</a>	Copago de \$300 por visita; No se Aplica el Deducible	Copago de \$300 por visita; No se Aplica el Deducible	Es posible que no se aplique el copago si lo admiten.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 20%	Se aplica un deducible dentro de la red a los beneficios Fuera de la Red.
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Copago de \$50 por visita; No se Aplica el Deducible	Copago de \$50 por visita; No se Aplica el Deducible	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Dentro de la Red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Pagará lo máximo)	
<b>Si es hospitalizado</b>	Cargo del establecimiento (p. ej., habitación de hospital)	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	
<b>Si tiene necesidades de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Copago de \$20 por visita; Designación Premium; Copago de \$40 por visita; Designación No Premium; No se Aplica el Deducible por visitas al consultorio; Coaseguro del 20% por otros servicios para pacientes ambulatorios	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa para Hospitalización parcial y Cuidados intensivos para pacientes ambulatorios.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	El costo compartido no se aplica a determinados servicios preventivos. Dependiendo del 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	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	
	Servicios de un centro para el parto	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Qué Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y otra Información Importante
		Dentro de la Red (Pagará lo mínimo)	Fuera de la Red (Pagará lo máximo)	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención de salud en el hogar</a>	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Copago de \$50 por visita; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	Máximo de 60 visitas por año calendario. Si su plan excluye las Discapacidades del Aprendizaje, los servicios de habilitación para las discapacidades del aprendizaje no están cubiertos; consulte los documentos de su plan.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Copago de \$50 por visita; No se Aplica el Deducible	Coaseguro del 40%	
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Máximo de 60 días por año calendario; Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Equipo médico duradero (DME)</a>	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa para DME que exceda los \$1,500 de costo de compra y todos los costos de alquiler.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 40%	Se requiere autorización previa.
<b>Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo; No se Aplica el Deducible	Sin cargo; No se Aplica el Deducible	Máximo de 1 examen por año calendario
	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 cualquier otro [servicio excluido](#)).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado dental (Adultos)
- 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 rutinario 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](#)).

- Atención quiropráctica
- Aparatos auditivos
- Cuidado de la vista de rutina (Adultos)

**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 para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.cuidadodesalud.gov/es](http://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](http://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 sobre cómo 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 para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.cuidadodesalud.gov/es](http://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](http://www.cuidadodesalud.gov/es) y <http://cciio.cms.gov/programs/consumer/capgrants/index.html>.

### ¿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 de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si 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? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), es posible que usted sea elegible para un [crédito tributario de la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios de Acceso a Idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-971-7277.

[Para ver ejemplos de cómo 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](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

### Peg va a Tener un Hijo

(9 meses de atención prenatal y parto en hospital dentro de la red)

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$1,400
- [Copago](#) por [especialista](#) \$30
- [Coaseguro](#) por hospital (centro) 20%
- Otro [coaseguro](#) 20%

#### 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)

<b>Costo Total del Ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,400
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coaseguro</a>	\$1,700
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$3,300</b>

### 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](#) \$1,400
- [Copago](#) por [especialista](#) \$30
- [Coaseguro](#) por hospital (centro) 20%
- Otro [coaseguro](#) 20%

#### 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)

<b>Costo Total del Ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
<a href="#">Deducibles</a> *	\$200
<a href="#">Copagos</a>	\$1,300
<a href="#">Coaseguro</a>	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$1,520</b>

### La Fractura Simple de Mia

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

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$1,400
- [Copago](#) por [especialista](#) \$30
- [Coaseguro](#) por hospital (centro) 20%
- Otro [coaseguro](#) 20%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en sala de emergencias](#) (incluidos suministros médicos)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografía)  
[Equipo médico duradero](#) (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

<b>Costo Total del Ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
<a href="#">Deducibles</a> *	\$1,200
<a href="#">Copagos</a>	\$500
<a href="#">Coaseguro</a>	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$1,700</b>

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, comuníquese con: [www.mymisterhealth.com](http://www.mymisterhealth.com) o llame al 1-888-971-7277.

\*Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila anterior "¿Hay otros [deducibles](#) por servicios específicos?".