

 El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan de salud](#). El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada la [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al **1(800) 288-5555** o visite sfhp.org. Para las definiciones generales de los términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar **1(800) 288-5555** para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué importa esto:
¿Cuál es el deducible general?	\$ 0	Consulte la tabla de Eventos médicos comunes a continuación para conocer los costos por los servicios que este plan cubre.
¿Hay servicios cubiertos antes de que cumpla su deducible ?	Sí.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha cumplido con el monto del deducible . Pero es posible que aplique un copago o coaseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios de prevención sin costos compartidos y antes de que usted cumpla con su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso directo para este plan ?	\$5,000	El límite de desembolso directo es el monto máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso directo ?	Primas , cargos de facturación de saldos (a menos que esté prohibido facturar saldos) y atención que no cubre este plan .	Aun si paga por estos gastos, estos no cuentan para el límite de desembolso directo .
¿Pagará menos si acude con un proveedor de la red ?	Sí. Consulte sfhp.org o llame al 1(800) 288-5555 para obtener una lista de los proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si acude con un proveedor que forme parte de la red del plan. Pagará el máximo si acude con 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 su plan paga (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita una remisión para acudir con un especialista ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos para acudir con un especialista para obtener servicios cubiertos, pero solo si tiene una remisión antes de consultar con el especialista .



Todos los costos de [copagos](#) y [coaseguros](#) que se muestran en esta tabla son después de cumplir con su [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Visita al especialista	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa .
	Atención de prevención/examen de detección/ vacunación	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son de prevención. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego revise qué plan pagará.
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (rayos x, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa .
	Diagnóstico por imágenes (tomografías CT/PET, IRM)	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa .

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [sfhp.org](#).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede encontrar más información sobre la cobertura para medicamentos recetados en sfhp.org	Medicamentos genéricos	\$5 de copago /receta	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa . Cubre un suministro para 90 días para la mayoría de los medicamentos; suministro para 30 días para medicamentos opiáceos para el dolor; hasta un suministro para 12 meses para anticonceptivos aprobados por la FDA. Sin copago para anticonceptivos aprobados por la FDA.
	Medicamentos de marca preferida	\$10 de copago /receta	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa . Cubre un suministro para 30 días para la mayoría de los medicamentos; hasta un suministro para 90 días de medicamentos usados para tratar afecciones crónicas; hasta un suministro para 12 meses para anticonceptivos aprobados por la FDA. Sin copago para anticonceptivos aprobados por la FDA.
	Medicamentos de marca no preferida	\$10 de copago /receta	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa . Cubre un suministro para 30 días para la mayoría de los medicamentos; hasta un suministro para 90 días de medicamentos usados para tratar afecciones crónicas; hasta un suministro para 12 meses para anticonceptivos aprobados por la FDA. Sin copago para anticonceptivos aprobados por la FDA.
	Medicamentos de especialidades	\$10 de copago /receta	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa . Los medicamentos de especialidades están disponibles en un número limitado de farmacias de la red. Para obtener una lista de farmacias de especialidades, consulte el directorio de proveedores en sfhp.org .
Si tiene una cirugía	Tarifa del centro (p. ej., centro	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [sfhp.org](#).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
como paciente ambulatorio	de cirugía ambulatoria)			previa .
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa .
Si necesita atención médica de inmediato	Atención en la sala de emergencias	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna
	Atención urgente	Sin cargo	Sin cargo	Es posible que se requiera autorización previa para los proveedores fuera de la red.
Si tiene una estadía en el hospital	Cuota del centro (p. ej., sala del hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa .
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa .
Si necesita atención de salud mental, salud conductual o servicios para abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios del centro de parto/nacimiento	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica en el hogar	Sin cargo	Sin cobertura	Hasta 100 días por año de beneficios
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa .
	Servicios de recuperación de habilidades	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa .
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cobertura	Hasta 100 días por año de beneficios
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Servicios en un centro de atención paliativa	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa .
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Los dependientes no tienen cobertura.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Los dependientes no tienen cobertura.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Los dependientes no tienen cobertura.

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

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su **Plan** usualmente NO cubre (Revise su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro **servicio excluido**).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Cirugía cosmética
- Tratamiento de infertilidad
- Atención que no es de emergencia al viajar fuera de EE. UU.
- Enfermería privada
- Atención de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (es posible que apliquen limitaciones para estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del **plan**).

- Atención dental (adulto)
- Audífonos
- Atención de largo plazo
- Atención de la vista de rutina (adulto)

Sus derechos para continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura cuando termine. La información de contacto para esas agencias es el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro para Información al Consumidor y Vigilancia de Seguros al **1(877) 267-2323 ext 61565** o cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura podrían estar disponibles para usted, incluido comprar cobertura de seguro individual a través del **Mercado** de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el **Mercado**, visite HealthCare.gov o llame al **1(800) 318-2596**.

Sus derechos a presentar quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su **plan** por una denegación de un **reclamo**. El reclamo se llama **quejad** o **apelación**. Para obtener más información sobre sus derechos, busque la explicación de los beneficios que recibirá para ese **reclamo médico**. Los documentos de su **plan** también proporcionan información completa para enviar una **queja**, **apelación** o un **reclamo** por cualquier motivo a su **plan**. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese al Departamento de Atención Médica Administrada de California llamando al **1(888) 466-2219** o dmhc.ca.gov.

¿Este plan proporciona Cobertura esencial mínima? Sí

Si usted no tiene **Cobertura esencial mínima** para un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica para ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su **plan** no cumple con los **estándares de valores mínimos**, podría ser elegible para recibir un **crédito fiscal para la prima** que lo ayudará a pagar por un **plan** en el **Mercado de Seguros**.

Servicios de acceso de idioma:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1(800) 288-5555**.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1(800) 288-5555**.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1(800) 288-5555**.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1(800) 288-5555**.

—————Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir los costos para una situación médica de ejemplo, consulte la sección.—————

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que en realidad reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobran y muchos otros factores. Céntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura propia solamente.

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 del especialista](#) \$0
- Copago del hospital ([centro](#)) \$0
- Otros [copagos](#) \$5/\$10

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto/nacimiento
 Servicios del centro de parto/nacimiento
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo de ejemplo total \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$25
Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$25

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](#) \$0
- [Copago del especialista](#) \$0
- Copago del hospital ([centro](#)) \$0
- Otros [copagos](#) \$5/\$10

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre la enfermedad*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta médica
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo de ejemplo total \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$160

Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del [plan](#) \$0
- [Copago del especialista](#) \$0
- Copago del hospital ([centro](#)) \$0
- Otros [copagos](#) \$5/\$10

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluidos suministros médicos*)
 Prueba de diagnóstico (*rayos X*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo de ejemplo total \$1,900

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$5
Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$5

El [plan](#) sería responsable por otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

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