

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo compartirán usted y el plan 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 sobre saldos](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1(800) 288-5555 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Porqué 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 ?	\$ 250 individual / \$ 250 familia	El límite de desembolso directo es el monto máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan, se debe cumplir el límite de desembolso directo para toda la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso directo ?	Primas , cargos de facturación sobre saldos (a menos que esté prohibido facturar sobre saldos) y atención médica 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 . Usted pagará menos si acude con un proveedor que forme parte de la red del plan. Usted 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 sobre saldos). Tenga en cuenta, 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 referencia 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	\$10 de copago /visita	Sin cobertura	Ninguna
	Visita al especialista	\$10 de copago /visita	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 pagará su plan.
Si tiene una prueba	Prueba diagnóstica (rayos X, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Dependiendo del servicio, es posible que se requiera autorización previa .
	Diagnóstico por imágenes (tomografías CT/PET, IRM)	Sin cargo	Sin cobertura	Dependiendo del servicio, es posible que se requiera autorización previa .
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede encontrar más información sobre la cobertura para medicamentos recetados disponible en sfhp.org	Medicamentos genéricos	\$10 de copago /receta médica	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa . Cubre un suministro para 90 días para la mayoría de los medicamentos genéricos; suministro para 30 días para medicamentos opiáceos para el dolor. Ningún copago por un suministro hasta de 12 meses de medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA.
	Medicamentos de marca preferida	\$10 de copago /receta médica	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa . Cubre un suministro de 30 días para la mayoría de los medicamentos de marca; suministro para 90 días de medicamentos de marca utilizados para tratar afecciones crónicas. Ningún copago por un suministro hasta de 12 meses de medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA.
	Medicamentos de marca no preferida	\$15 de copago /receta médica	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa . Aplica cuando un medicamento del Formulario de medicamentos está disponible como medicamento de marca y como medicamento genérico, pero su proveedor solicita el medicamento con nombre de marca

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



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)	
	Medicamentos de especialidades	\$10 de copago /receta médica para medicamentos de marca preferida/genéricos \$15 de copago /receta médica para medicamentos de marca no preferida	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa . Cubre un suministro de 30 días para la mayoría de los medicamentos de marca; suministro para 90 días de medicamentos de marca y genéricos utilizados para tratar afecciones crónicas. Ningún copago por un suministro hasta de 12 meses de medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA.
Si tiene una cirugía como paciente ambulatorio	Cuota del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	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 médica de inmediato	Atención en la sala de emergencia	\$15 de copago	\$15 de copago	Copago exonerado si se admite en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna
	Atención urgente	\$15 de copago	\$15 de copago	Es posible que se requiera autorización previa para los proveedores fuera de la red .
Si usted 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	\$10 de copago /visita	Sin cobertura	Sin cargo si se determina que tiene una condición emocional grave.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
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



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 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. Para los servicios de rehabilitación y servicios de habilitación pueden aplicar copagos y límites.
	Servicios de rehabilitación	\$10 de copago /visita	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa . No aplican copagos en entornos hospitalarios. Máximo combinado de 60 días calendario consecutivos después del tratamiento con primera terapia para cualquier enfermedad o lesión.
	Servicios de recuperación de habilidades	\$10 de copago /visita	Sin cobertura	Es posible que se necesite autorización previa . No aplican copagos en entornos hospitalarios. Máximo combinado de 60 días calendario consecutivos después del tratamiento con primera terapia para cualquier enfermedad o lesión.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cobertura	Hasta 100 días por año de beneficios. Para los servicios de rehabilitación y servicios de habilitación pueden aplicar copagos y límites.
	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 . Para los servicios de rehabilitación y servicios de habilitación pueden aplicar copagos y límites.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	\$5 de copago /visita	Sin cobertura	Limitado a un examen por año.
	Anteojos para niños	Asignación para montura hasta \$100 Asignación para lentes de contacto hasta \$110	Sin cobertura	Se limita a uno por año
	Chequeo dental para niños	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](#).

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)

Primas: La [prima](#) de Healthy Kids HMO es \$189 por año por miembro, con un máximo de \$567 por familia. Hay disponible asistencia para el pago de la prima si se comunica con Servicio al Cliente de San Francisco Health Plan llamando al **1(415) 547-7800** o al número de llamada gratuita **1(800) 288-5555**, de lunes a viernes, de 8:30am a 5:30pm. Si tiene deficiencia auditiva, puede llamar al TDD **1(888) 883-7347**.

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 Seguro al **1(877) 267-2323 x61565** o [cciio.cms.gov](#). Otras opciones de cobertura podrían estar disponibles para usted, incluyendo 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 de presentar quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esta reclamación se llama una [queja](#) 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 un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California llamando al **1(888) 466-2219** o [dmhc.ca.gov](#).

¿Este plan proporciona cobertura mínima esencial? Sí

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

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

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de valores mínimos](#), podría calificar para un [crédito tributario de prima](#) que lo ayudará a pagar por un [plan](#) en el [Mercado](#) de Seguros Médicos.

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 siguiente sección.*-----



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)	Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)	Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)
--------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

▪ El deducible general del plan	\$0	▪ El deducible general del plan	\$0	▪ El deducible general del plan	\$0
▪ Copago del especialista	\$10	▪ Copago del especialista	\$10	▪ Copago del especialista	\$10
▪ Copago del hospital (centro)	\$0	▪ Copago del hospital(centro)	\$0	▪ Copago del hospital(centro)	\$15
▪ Otros copagos	\$10/\$15	▪ Otros copagos	\$10/\$15	▪ Otros copagos	\$10/\$15

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 (ultrasonido y análisis de sangre)
 Visita al especialista (anestesia)

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 recetados
 Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencia (incluyendo *materiales médicos*)
 Prueba de diagnóstico (*rayos X*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo de ejemplo total	\$12,800	Costo de ejemplo total	\$7,400	Costo de ejemplo total	\$1,900
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartido		Costo compartido		Costo compartido	
Deducibles	\$0	Costo compartido	\$0	Costo compartido	\$0
Copagos	\$50	Copagos	\$250	Copagos	\$45
Coaseguro	\$0	Coaseguro	\$0	Coaseguro	\$0
Lo que no está cubierto		Lo que no está cubierto		Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0	Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$50	El total que Joe pagaría es	\$310	El total que Mia pagaría es	\$45

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