



El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 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 los servicios para el cuidado de la salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite www.umar.com o llame al 1-800-826-9781. Para conocer definiciones generales de términos comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.umar.com o llame al 1-800-826-9781 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	\$5,000 individual / \$10,000 familiar dentro de la red \$5,000 individual / \$10,000 familiar fuera de la red	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible ?	Sí. Los servicios para el cuidado preventivo están cubiertos antes de alcanzar el deducible .	Este plan cubre algunos productos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para ciertos servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan ?	\$6,550 individual / \$13,100 familiar dentro de la red \$13,100 individual / \$26,200 familiar fuera de la red	El límite de gastos de su bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de su bolsillo hasta haber alcanzado el límite de gastos de su bolsillo familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo ?	Copagos para determinados servicios, multas, primas , los cargos por facturación del saldo y cuidado de la salud que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, estos no se tendrán en cuenta para alcanzar el límite de gastos de su bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.umar.com o llame al 1-800-826-9781 para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan . Pagará más si usa un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de su proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar a cualquier especialista sin una referencia .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se producen luego de haber alcanzado el [deducible](#), si se aplica el [deducible](#).

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Pagará el mínimo)	Fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de cuidado de la salud	Visita a un médico de cuidado primario para tratar una enfermedad o una lesión	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
	Visita al especialista	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
	Servicios de cuidado preventivo/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo; No se cobra el deducible	Sin cargo; No se cobra el deducible	Es posible que usted tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
	Imágenes (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], imágenes por resonancia magnética [IRM])	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Pagará el mínimo)	Fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta , visite www.cebt.org	Medicamentos Genéricos (Nivel 1)	Deducible, luego, minorista: \$20 de copago/farmacia de pedidos por correo: \$40 de copago		Ninguna
	Medicamentos de Marca Preferidos (Nivel 2)	Deducible, luego, minorista: \$40 de copago/farmacia de pedidos por correo: \$80 de copago		
	Medicamentos de Marca no Preferidos (Nivel 3)	Deducible, luego, minorista: \$60 de copago/farmacia de pedidos por correo: \$120 de copago		
	Medicamentos Especializados (Nivel 4)	Basado en Medicamentos Genéricos, de Marcas Preferidos o no Preferidos		
Si le hacen una cirugía para pacientes ambulatorios	Tarifa del centro (por ej.: centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado en la sala de emergencias	20% de coseguro	20% de coseguro	El deducible dentro de la red se aplica a los beneficios fuera de la red
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	El deducible dentro de la red se aplica a los beneficios fuera de la red
	Cuidado de urgencia	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Pagará el mínimo)	Fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (por ej.: habitación de hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
Si tiene problemas de salud mental, del comportamiento o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; No se cobra el deducible	Sin cargo; No se cobra el deducible	El costo compartido no se aplica a determinados servicios preventivos. Según el tipo de servicios, es posible que se aplique un deducible, un copago o un coseguro. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describan en otro lugar del Resumen de Beneficios y Cobertura (por ej.: ecografía).
	Servicios profesionales por el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios del centro por el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita ayuda para el proceso de recuperación o si tiene otras necesidades especiales del cuidado de la salud	Cuidado de la salud a domicilio	20% de coseguro	40% de coseguro	Máximo de 100 visitas por año calendario. Se requiere preautorización.
	Servicios para la rehabilitación	20% de coseguro	40% de coseguro	Máximo de 20 visitas por lesión o enfermedad. Se requiere preautorización.
	Servicios para la habilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Cuidado de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	Máximo de 45 días por año calendario Se requiere preautorización.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Pagará el mínimo)	Fuera de la red (Pagará el máximo)	
	Equipo Médico Duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	Las reparaciones se cubren únicamente si se compra el equipo. Se requiere preautorización.
	Servicios de cuidados paliativos	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
Si su hijo necesita cuidados dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo; No se cobra el deducible	Sin cargo; No se cobra el deducible	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos .)		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cuidado dental (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la infertilidad • Cuidado a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los pies de rutina • Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (las limitaciones pueden aplicarse a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan .)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (realizada por un médico calificado o un acupunturista/acupresionista certificado para el alivio del dolor) • Cuidado quiropráctico • Cirugía estética (cuando sea médicamente necesario) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos • Cuidado que no es de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería privada: (Cuidado de pacientes ambulatorios) • Cuidado de la vista de rutina (adultos)

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura luego de que esta termine. La información de contacto para estas agencias es: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323, ext. 61565 o www.cciio.cms.gov. Otras opciones para continuar la cobertura también están disponibles para usted, incluida la compra de la cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros](#) de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar una queja formal o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene una queja contra el [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para el [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo relacionado con su [plan](#). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Se encuentra disponible una lista de los estados que tienen Programas de Asistencia al Consumidor en www.cuidadodesalud.gov/es y <http://cciio.cms.gov/programs/consumer/capgrants/index.html>.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, deberá efectuar un pago cuando realice la declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito porque tiene cobertura de salud durante ese mes.

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple los [estándares de valor mínimo](#), es posible que cumpla los requisitos para recibir un [crédito de impuesto sobre la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso en diferentes idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-826-9781.

En la página siguiente hay ejemplos de cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos mencionados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) cubriría los cuidados médicos. Los costos reales serán diferentes, en función del cuidado que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que puede pagar mediante distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$5,000
■ Coseguro del especialista	20%
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del especialista (*cuidados prenatales*)
 Servicios profesionales por el parto
 Servicios del centro por el parto
 Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita a un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$5,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,300

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$100
-----------------------	-------

El total que Peg pagaría es de	\$6,400
---------------------------------------	----------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de cuidado rutinario dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$5,000
■ Coseguro del especialista	20%
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de cuidado primario (*incluye información educativa sobre la enfermedad*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta
 Equipo Médico Duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido

Deducibles*	\$5,000
Copagos	\$900
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que Joe pagaría es de	\$5,960
---------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mia

(cuidado médico de seguimiento y visita a la sala de emergencia dentro de la red)

■ El deducible general del plan	\$5,000
■ Coseguro del especialista	20%
■ Coseguro del hospital (centro)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Cuidado en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo Médico Duradero (*muletas*)
 Servicios para la rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido

Deducibles*	\$1,900
Copagos	\$0
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es de	\$1,900
---------------------------------------	----------------

Nota: Estos números 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, contáctese a través de www.umar.com o llame al 1-800-826-9781.

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

We do not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin.

If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to the Civil Rights Coordinator.

Online: UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again. If you need help with your complaint, please call the toll-free number listed within this Summary of Benefits and Coverage (SBC), TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

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

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Phone: Toll-free 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the number contained within this Summary of Benefits and Coverage (SBC), TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 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：如果您說**中文 (Chinese)**，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打本福利和承保摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 內所列的免付費電話號碼。

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 무료전화번호로 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)**, udostępniłmy 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 (SBC: Summary of Benefits and Coverage) تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, 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 shqódí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóo Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodfilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomali (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).