




El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo se compartiría el costo de los servicios de cuidado de la salud entre usted y el [plan](#). **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se entregará en un documento por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura o para conseguir una copia de los términos de cobertura completos, visite el sitio www.quantum.nov.com. Para ver las definiciones generales de los términos comunes, como [monto asignado](#), [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 llamar al 1-866-920-1950 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es de importancia:
¿Cuál es el deducible total?	Proveedor preferido : \$1500/persona o \$3000/familia. Proveedor no preferido : \$4500/persona o \$9000/familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si otros integrantes de su familia están incluidos en el plan , cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible individual hasta que los gastos del monto total del deducible pagados por todos los integrantes de su familia alcancen el deducible total del grupo familiar.
¿Incluye servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible ?	Sí, están cubiertos antes de alcanzar el deducible los servicios que exigen el pago de un copago , los medicamentos recetados, los servicios de cuidados preventivos prestados por un proveedor preferido y las pruebas de diagnóstico .	Este plan cubre algunos productos y servicios incluso si no ha alcanzado el monto del deducible , aunque podría aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costos compartidos y antes de alcanzar su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Corresponden otros deducibles para servicios específicos?	No, no corresponden otros deducibles para servicios específicos.	Usted no necesita alcanzar el monto de ningún deducible para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso personal para este plan ?	Proveedor preferido : \$5000/persona o \$10 000/familia. Proveedor no preferido : \$10 000/persona o \$20 000/familia.	El límite de desembolso personal es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros integrantes de su familia están incluidos en este plan , debe alcanzarse el límite de desembolso personal total del grupo familiar.
¿Qué conceptos excluye el límite de desembolso personal ?	Multas por no obtener una autorización previa para los servicios, primas , cargos por facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aún cuando pague estos gastos, ellos no se tienen en cuenta para el cómputo del límite de desembolso personal .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.quantum.nov.com o llame al 1-866-920-1950 para solicitar una lista de proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor incluido en la red del plan . Usted pagará el máximo si usa un proveedor fuera de la red . Asimismo, un proveedor podría facturarle la diferencia entre lo que él cobre y lo que pague (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red en algunos casos (por ej., análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir cualquier servicio.
¿Necesita una derivación para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una derivación .

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que figuran en esta tabla entrarán en efecto una vez alcanzado el [deducible](#), de corresponder.

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (usted pagará el mínimo)	Proveedor no preferido (usted pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de servicios médicos	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$40 de copago /visita (no corresponde deducible)	50 % de coseguro después del deducible	Se ofrecen visitas virtuales. Consulte su plan para obtener más información.
	Visita a un especialista	\$80 de copago /visita (no corresponde deducible)	50 % de coseguro después del deducible	Ninguna.
	Cuidados preventivos/exámenes/vacunación	Sin cargo (no corresponde deducible)	50 % de coseguro después del deducible	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, confirme el monto que pagará su plan .
Si tiene un examen médico	Pruebas de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Corresponde copago para visitas al consultorio o sin cargo para servicios ambulatorios (no corresponde deducible)	50 % de coseguro después del deducible	Ninguna.
	Imágenes (TC/TEP, resonancia magnética)	Corresponde copago para visitas al consultorio (no corresponde deducible) o 20 % de coseguro después del deducible para servicios ambulatorios	50 % de coseguro después del deducible	Se requiere autorización previa . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados en www.caremark.com o llamando al 1-855-310-2475.	Medicamentos genéricos	Venta al público: \$10 de copago Venta por correo: \$20 de copago (no corresponde deducible)	Debe solicitarse reembolso. Corresponde copago para venta al público.	Corresponde copago para 30 días de suministro en farmacias de venta al público y para 90 días de suministro en farmacias de venta por correo.
	Medicamentos de marcas preferidas	Venta al público: \$30 de copago o 25 %, la suma que sea mayor Venta por correo: \$60 de copago (no corresponde deducible)	Debe solicitarse reembolso. Corresponde copago para venta al público.	No corresponde copago para los medicamentos preventivos exigidos por la Ley de Atención Médica a Bajo Costo.

* Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el [plan](#) o la póliza en www.quantum.nov.com.

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (usted pagará el mínimo)	Proveedor no preferido (usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marcas no preferidas	Venta al público: \$50 de copago o 30 %, la suma que sea mayor Venta por correo: \$100 de copago (no corresponde deducible)	Debe solicitarse reembolso. Corresponde copago para venta al público.	
	Medicamentos de especialidad	30 % hasta \$200 (no corresponde deducible)	Sin cobertura	Los medicamentos de especialidad tienen un límite de suministro de 30 días.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cargos por el uso de las instalaciones (por ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se requiere autorización previa . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	20 % de coseguro después del deducible	Corresponde el beneficio de proveedor preferido .	Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	20 % de coseguro después del deducible	Corresponde el beneficio de proveedor preferido .	Pueden corresponder cargos por facturación de saldo. Tanto el transporte terrestre como el aéreo están cubiertos.
	Atención de urgencia	20 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Ninguna.
Si lo hospitalizan	Cargos por el uso de las instalaciones (por ej., habitación en el hospital)	20 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se requiere autorización previa . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Ninguna.

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (usted pagará el mínimo)	Proveedor no preferido (usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o para consumo abusivo de sustancias	Servicios ambulatorios	Corresponde copago para visitas al consultorio (no corresponde deducible) o 20 % de coseguro después del deducible para servicios ambulatorios	50 % de coseguro después del deducible	Se requiere autorización previa para hospitalizaciones parciales y pacientes ambulatorios en cuidados intensivos. Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
	Servicios a pacientes hospitalizados	20 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se requiere autorización previa . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas en consultorio	Médico de atención primaria: \$40 de copago /visita Médico especialista: \$80 de copago /visita (no corresponde deducible)	50 % de coseguro después del deducible	Se requiere autorización previa . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red. No corresponden costos compartidos para servicios preventivos . En función del tipo de servicio, puede corresponder un coseguro . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otro apartado del SBC (por ej., ecografías).
	Servicios profesionales de nacimiento/parto	20 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	
	Servicios del establecimiento donde ocurre el nacimiento/parto	20 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	
Si necesita asistencia para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Asistencia médica domiciliaria	20 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	60 visitas/año calendario. Se requiere autorización previa . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
	Servicios de rehabilitación	Corresponde copago para visitas al consultorio (no corresponde deducible) o 20 % de coseguro después del deducible para servicios ambulatorios	50 % de coseguro después del deducible	Ninguna.

Situación médica común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor preferido (usted pagará el mínimo)	Proveedor no preferido (usted pagará el máximo)	
	Servicios de habilitación	Corresponde copago para visitas al consultorio (no corresponde deducible) o 20 % de coseguro después del deducible para servicios ambulatorios	50 % de coseguro después del deducible	Ninguna.
	Cuidados idóneos de enfermería	20 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	60 visitas/año calendario. Se requiere autorización previa . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
	Equipos médicos duraderos	20 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se requiere autorización previa en caso de alquiler o para aquellas compras que superen los \$1500. Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
	Servicios de cuidados paliativos	20 % de coseguro después del deducible	50 % de coseguro después del deducible	Se requiere autorización previa . Caso contrario, se aplicará una multa de \$250 para servicios fuera de la red.
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen ocular para niños	Médico de atención primaria: \$40 de copago /visita Médico especialista: \$80 de copago /visita (no corresponde deducible)	50 % de coseguro después del deducible	Ninguna.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (verifique su póliza o [plan](#) para obtener más información y una lista de los [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cirugía cosmética• Atención odontológica (adultos y niños) | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de la infertilidad• Cuidados de largo plazo• Enfermería privada | <ul style="list-style-type: none">• Controles podológicos de rutina |
|--|---|---|

Otros servicios cubiertos (estos servicios pueden sufrir limitaciones de cobertura. Esta es una lista parcial. Consulte el [plan](#)).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica (con cobertura en centros Blue Distinction únicamente)• Atención quiropráctica (con límite de 35 visitas/año calendario) | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos• Atención médica no urgente para viajes fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none">• Atención oftalmológica de rutina (adultos y niños)• Programar para perder peso (a través de Virta Health) |
|--|---|--|

Su derecho a continuar la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. Datos de contacto: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Usted cuenta con otras opciones de cobertura a su disposición, incluida la contratación de una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de [Seguros de Salud](#). Para más información sobre el [Mercado](#) de Seguros de Salud, visite el sitio www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si desea presentar un reclamo contra su [plan](#) por denegarle una [cobertura](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, lea la explicación de los beneficios que le corresponderán por ese [reclamo](#) médico. Los documentos del [plan](#) también proveen información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) respecto de su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información acerca de sus derechos o de este aviso, o si necesita asistencia, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan provee cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) por lo general comprende [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través del [Mercado](#) de Seguros de Salud u otras pólizas de mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y alguna otra cobertura. Si cumple con los requisitos necesarios de determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea apto para acceder a un [crédito fiscal para el pago de la prima](#).

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted puede cumplir con los requisitos necesarios para acceder a un [crédito fiscal para el pago de la prima](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#) de Seguros de Salud.

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-920-1950.

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-866-920-1950.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-920-1950.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-866-920-1950 uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-920-1950.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-866-920-1950.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-866-920-1950.

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-866-920-1950.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una determinada situación médica, consulte la próxima sección.

Declaración de divulgación conforme a la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA, por sus siglas en inglés): De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a un pedido de recopilación de datos, a menos que este contenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para la presente recopilación de datos es **0938-1146**. Se estima que el tiempo necesario para cumplir con esta recopilación es de, en promedio, **0,08** horas por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos solicitados y completar y revisar la recopilación. Si desea hacernos llegar sus comentarios acerca de la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, envíelos por escrito a CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención del encargado de la Oficina de Despacho de Informes conforme a la PRA, dirección de entrega (*Mail Stop*) C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de los ejemplos de esta cobertura:



Esto no es una herramienta de estimación de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos exactos podrían diferir según la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Céntrese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted podría pagar según los distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- [Deducible total del plan](#) \$1550
- [Copago del especialista](#) \$80
- [Coseguro del hospital \(establecimiento\)](#) 20 %
- [Otros coseguros](#) 20 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)

Servicios profesionales de nacimiento/parto

Servicios del establecimiento onde ocurre el nacimiento/parto

[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)

Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12 700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1500
Copagos	\$10
Coseguros	\$2000
<i>Sin cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$3570

Control de la diabetes tipo 2 de

Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- [Deducible total del plan](#) \$1500
- [Copago del especialista](#) \$80
- [Coseguro del hospital \(establecimiento\)](#) 20 %
- [Otros coseguros](#) 20 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención](#)

[primaria](#) (*incluye educación para la enfermedad*)

[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)

[Medicamentos recetados](#)

[Equipos médicos duraderos](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$5600
--------------------------------	---------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$800
Copagos	\$1300
Coseguros	\$0
<i>Sin cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es	\$2120

Fractura simple de Mia

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

- [Deducible total del plan](#) \$1500
- [Copago del especialista](#) \$80
- [Coseguro del hospital \(establecimiento\)](#) 20 %
- [Otros coseguros](#) 20 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en sala de emergencias](#) (*incluye insumos médicos*)

[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)

[Equipos médicos duraderos](#) (*muletas*)

[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2800
--------------------------------	---------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1500
Copagos	\$200
Coseguros	\$200
<i>Sin cobertura</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$1900

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos en el EJEMPLO.