



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, Unified al [www.UnifiedGrp.com](http://www.UnifiedGrp.com) o 1-800-291-5837. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en [www.UnifiedGrp.com](http://www.UnifiedGrp.com) o llamando Martin Family Farms al 1-765-764-4440.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante									
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Individual</th> <th>Familia</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$7,500</td> <td>\$15,000</td> <td>Dentro de la red</td> </tr> <tr> <td>\$15,000</td> <td>\$30,000</td> <td>Fuera de la red</td> </tr> </tbody> </table> <p>Aquellos que completen la evaluación médica requerida recibirán su elección de una reducción de \$500 en deducible o un 10% de descuento en su prima.</p>	Individual	Familia		\$7,500	\$15,000	Dentro de la red	\$15,000	\$30,000	Fuera de la red	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar.
Individual	Familia										
\$7,500	\$15,000	Dentro de la red									
\$15,000	\$30,000	Fuera de la red									
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna, visita de consultorio médico, atención de urgencia, y Medicamentos	Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea 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 algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	No	No tiene que pagar un <a href="#">deducible</a> por servicios específicos.									
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Individual</th> <th>Familia</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$8,150</td> <td>\$16,300</td> <td>Dentro de la red</td> </tr> <tr> <td>\$16,300</td> <td>\$32,600</td> <td>Fuera de la red</td> </tr> </tbody> </table> <p>Incluye Deducible</p>	Individual	Familia		\$8,150	\$16,300	Dentro de la red	\$16,300	\$32,600	Fuera de la red	El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.
Individual	Familia										
\$8,150	\$16,300	Dentro de la red									
\$16,300	\$32,600	Fuera de la red									
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	Primas, Copagos, Saldo de facturación, servicios médicos este plan no cubierto y multa pre autorizada.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .									
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ?	Si, para una lista de proveedores preferidos, visite <a href="http://www.Cigna.com">www.Cigna.com</a> o llame Unified al 1-800-291-5837.	Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.									
¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?	No	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin un <a href="#">referido</a> .									



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30 Copago	Deducible, 50%	El copago se aplica únicamente al cargo de visita de la oficina. Todos los demás servicios serán deducibles/coaseguro.
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$60 Copago	Deducible, 50%	El copago se aplica únicamente al cargo de visita de la oficina. Todos los demás servicios serán deducibles/coaseguro.
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin Cargo	No cubierto	Según lo requerido por la ley de atención asequible.
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	Deducible, 20%	Deducible, 50%	No
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Deducible, 20%	Deducible, 50%	No
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="#">www.envisionrx.com</a>	Medicamentos genéricos	Farmacia - \$10 Copago Orden por correo - \$25 Copago		Farmacia- suministro por 30 días Orden por correo – suministro por 90 días
	Medicamentos de marcas preferidas	Farmacia - \$35 Copago Orden por correo - \$87.50 Copago		
	Medicamentos de marcas no preferidas	Farmacia - \$60 Copago Orden por correo - \$150 Copago		
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	No cubierto		Ciertos medicamentos especiales están cubiertas baja la porción médica de este plan.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Deducible, 20%	Deducible, 50%	No
	Honorarios del médico/cirujano	Deducible, 20%	Deducible, 50%	No

[\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.insert.com].]

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	Dentro de la red Deducible, 20%		No
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Dentro de la red Deducible, 20%		No
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$100 Copago	Deducible, 50%	El copago se aplica únicamente al cargo de visita de la oficina. Todos los demás servicios serán deducibles/coaseguro.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Deducible, 20%	Deducible, 50%	Pre certificación requerido, si no haga esto resultará en una reducción de \$250 en beneficios.
	Honorarios del médico/cirujano	Deducible, 20%	Deducible, 50%	No
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Sin Cargo	Deducible, 50%	deducible y coaseguro no se aplican
	Servicios internos	Deducible, 20%	Deducible, 50%	Pre certificación requerido, si no haga esto resultará en una reducción de \$250 en beneficios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Igual que cualquier otra enfermedad		cobertura sólo para empleados y cónyuges
	Servicios de parto profesionales			
	Servicios de instalaciones de partos profesionales			

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	Deducible, 20%	Deducible, 50%	limitado a 60 visitas por año calendario
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Deducible, 20%	Deducible, 50%	Pre certificación requerido, si no haga esto resultará en una reducción de \$250 en beneficios. Limitado a 60 visitas por año calendario.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	No cubierto		No
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	Deducible, 20%	Deducible, 50%	Pre certificación requerido, si no haga esto resultará en una reducción de \$250 en beneficios. Limitado a 60 visitas por año calendario.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Deducible, 20%	Deducible, 50%	No
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	Deducible, 20%	Deducible, 50%	Con 6 meses de esperanza de vida.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin Cargo	No cubierto	Limitado a la prevención de la agudeza visual por un médico de atención primaria para niños hasta los 5 años.
	Anteojos para niños	No cubierto		No
	Chequeo dental pediátrico	Sin Cargo	No cubierto	Limitado a la prevención de caries dentales por un médico de atención primaria para niños en edad preescolar.

[\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.insert.com].]

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- La Acupuntura
- Cirugía de la obesidad
- Cirugía cosmética
- Cuidado dental (adulto)
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado de larga duración
- Cuidado rutinario de la vista (adulto)
- Programas para pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Servicios quiroprácticos
- Audífonos
- Mientras viajando fuera de los EEUU, solamente hay cobertura para emergencias (a menos que la persona cubierta viaje a ese país para recibir servicios médicos, suministros o tratamiento.)
- Enfermería privada
- Cuidado rutinario de pie (cuando sea un necesidad médica para el tratamiento de un enfermedad metabólica o enfermedad vascular periférica.)

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Martin Family Farms al 1-765-764-4440, Administración de seguridad de beneficios para empleados del Departamento de trabajo de Estados Unidos al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa), o el Departamento de salud y servicios humanos al [www.ccio.cms.gov](http://www.ccio.cms.gov). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: [insert applicable contact information from instructions].

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

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

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios lingüísticos:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [1-800-291-5837].]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [1-800-291-5837].]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 [1-800-291-5837].]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' [1-800-291-5837].]

-----Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.-----

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**  
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$7,500
- [Especialista \[compago\]](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 20%
- Otro [costo compartido] 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de instalaciones de partos profesionales  
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,800
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$7,500
Copagos	\$30
Coseguro	\$500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$10
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$8,040</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$7,500
- [Especialista \[compago\]](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 20%
- Otro [costo compartido] 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)  
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos por recetas  
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,400
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$300
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$30
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,230</b>

**Fractura simple de Mia**  
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$7,500
- [Especialista \[compago\]](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 20%
- Otro [[costo compartido](#)] 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)  
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
 Equipo médico duradero (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$1,900
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,700</b>

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