



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, Unified al www.UnifiedGrp.com o 1-800-291-5837. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.UnifiedGrp.com o llamando Martin Family Farms al 1-765-764-4440. para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:									
¿Cuánto es el deducible total ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Individual</th> <th>Familia</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$3,750</td> <td>\$7,500</td> <td>Dentro de la red</td> </tr> <tr> <td>\$7,500</td> <td>\$15,000</td> <td>Fuera de la red</td> </tr> </tbody> </table>	Individual	Familia		\$3,750	\$7,500	Dentro de la red	\$7,500	\$15,000	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.
Individual	Familia										
\$3,750	\$7,500	Dentro de la red									
\$7,500	\$15,000	Fuera de la red									
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna, visita de consultorio médico, atención de urgencia, y Medicamentos	Este plan cubre algunas partidas 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 . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .									
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.									
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Individual</th> <th>Familia</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$6,000</td> <td>\$12,000</td> <td>Dentro de la red</td> </tr> <tr> <td>\$12,000</td> <td>\$24,000</td> <td>Fuera de la red</td> </tr> </tbody> </table> <p>Incluye deducible</p>	Individual	Familia		\$6,000	\$12,000	Dentro de la red	\$12,000	\$24,000	Fuera de la red	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.
Individual	Familia										
\$6,000	\$12,000	Dentro de la red									
\$12,000	\$24,000	Fuera de la red									
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas, Copagos, Saldo de facturación, servicios médicos este plan no cubierto y multa pre autorizada.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .									
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Si, para una lista de proveedores preferidos, visite www.Cigna.com o llame Unified al 1-800-291-5837.	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.									
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .									

⚠ Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$30 Copago	Deducible, 50%	El copago se aplica únicamente al cargo de visita de la oficina. Todos los demás servicios serán deducibles/coaseguro.
	Consulta con un especialista	\$60 Copago	Deducible, 50%	El copago se aplica únicamente al cargo de visita de la oficina. Todos los demás servicios serán deducibles/coaseguro.
	Atención preventiva/ evaluación /vacunas	Sin Cargo	No cubierto	Según lo requerido por la ley de atención asequible.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Deducible, 20%	Deducible, 50%	No
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Deducible, 20%	Deducible, 50%	No
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.elixirsolutions.com	Medicamentos genéricos	Farmacia - \$10 Copago Orden por correo - \$25 Copago		Farmacia- suministro por 30 días Orden por correo – suministro por 90 días
	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia - \$35 Copago Orden por correo - \$87.50 Copago		
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia - \$60 Copago Orden por correo - \$150 Copago		
	Medicamentos de especialidad	No cubierto		Ciertos medicamentos especiales están cubiertas baja la porción médica de este plan.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Deducible, 20%	Deducible, 50%	No
	Tarifas del médico/cirujano	Deducible, 20%	Deducible, 50%	No
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Dentro de la red Deducible, 20%		No
	Transporte médico de emergencia	Dentro de la red Deducible, 20%		No
	Atención de urgencia	\$100 Copago		El copago se aplica únicamente al cargo de visita de la oficina. Todos los demás servicios serán deducibles/coaseguro.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Deducible, 20%	Deducible, 50%	Pre certificación requerido, si no haga esto resultará en una reducción de \$250 en beneficios.
	Tarifas del médico/cirujano	Deducible, 20%	Deducible, 50%	No
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin Cargo	Deducible, 50%	deducible y coaseguro no se aplican
	Servicios para pacientes hospitalizados	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 profesionales para el nacimiento y el parto			
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto			

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Deducible, 20%	Deducible, 50%	limitado a 60 visitas por año calendario
	Servicios de rehabilitación	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.
	Servicios de habilitación	No cubierto		No
	Atención de enfermería especializada	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.
	Equipo médico duradero	Deducible, 20%	Deducible, 50%	No
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Deducible, 20%	Deducible, 50%	Con 6 meses de esperanza de vida.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	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
	Control dental para niños	Sin Cargo	No cubierto	Limitado a la prevención de caries dentales por un médico de atención primaria para niños en edad preescolar.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, **NO** cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener 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 (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [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 una necesidad médica para el tratamiento de una enfermedad metabólica o enfermedad vascular periférica.)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Martin Family Farms al 1-765-764-4440. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: [insert applicable contact information from instructions].

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

[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 de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

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](#) \$3,750
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$60
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) 20%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

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

Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$3,750
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,100

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$4,880
------------------------------------	----------------

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](#) \$3,750
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$60
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) 20%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

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

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$300
Copagos	\$700
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

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

El total que Joe pagaría es	\$1,000
------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,750
- [Especialistas \[costo compartido\]](#) \$60
- Hospital (establecimiento) [\[costo compartido\]](#) 20%
- Otros [\[costo compartido\]](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)

[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)

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

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$2,500
Copagos	\$200
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

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

El total que Mia pagaría es	\$2,700
------------------------------------	----------------

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