




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, <https://benefits.wincofoods.com/>. 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 <https://www.healthcare.gov/glossary/> o llamar al 1-800-937-8063 para pedir una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante:   |
|---|---|--|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?  | <a href="#">Dentro de la red</a> : \$175/individual o \$525/familiar para su cobertura médica.<br><a href="#">Fuera de la red</a> : \$350/individual o \$1,050/ familiar para su cobertura médica.  | En general, usted pagará todos los costos médicos hasta que haya alcanzado su <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total del <a href="#">deducible</a> familiar haya sido alcanzado. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> están cubiertos sin necesidad de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> .  | Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin costo y antes de alcanzar su deducible. Puede ver la lista de los servicios preventivos que están cubiertos en la página de internet de <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                             |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                           | No.   | Usted pagará todos los costos por estos servicios hasta que alcanza su <a href="#">deducible</a> específico antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar por estos servicios.   |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | <a href="#">Dentro de la red</a> : \$1,175 individual medical / \$3,525 familiar medical; \$7,275 individual por recetas médicas / \$13,375 familiar por recetas médicas. Sala de emergencias: \$1,000 individual / \$2,000 familiar <a href="#">Fuera de la red</a> : \$2,350 individual. Sala de emergencias: \$1,000 individual / \$2,000 familiar | El <a href="#">límite de su propio bolsillo</a> es lo máximo que usted pagará en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en el <a href="#">plan</a> , ustedes tiene alcanzar <a href="#">el límite de su propio bolsillo</a> persona, hasta alcanzar el <a href="#">límite máximo de su propio bolsillo</a> .  |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | <a href="#">Primas</a> , cargos por <a href="#">facturación del saldo</a> y atención médica que no cubre este <a href="#">plan</a> .  | A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de su propio bolsillo</a> .  |

| Preguntas importantes   | Respuestas   | Por qué es importante:  |
|---|--|---|
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                      | Sí. Visite la página de internet <a href="https://www.bcidaho.com/">https://www.bcidaho.com/</a> o llame al 1-800-937-8063 para la lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> contratado <a href="#">dentro de la red</a> del plan. Usted pagará más si utiliza un <a href="#">proveedor</a> que está <a href="#">fuera de la red</a> y podría recibir una factura del <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el costo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | No.  | Usted puede ver un <a href="#">especialista</a> sin permiso o una <a href="#">referencia</a> .  |

 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 <a href="#">proveedor</a> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión  | 20% <a href="#">coseguro</a>                        | 30% <a href="#">coseguro</a>                       | Ninguno   |
|   | Consulta con un <a href="#">especialista</a>   | 20% <a href="#">coseguro</a>                        | 30% <a href="#">coseguro</a>                       | Las manipulaciones de la columna vertebral están limitadas a 20 / año   |
|   | <a href="#">Atención preventiva/ evaluación</a> /vacunas   | Ningún costo  | 30% <a href="#">coseguro</a>                       | Usted podría pagar por servicios que no están preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Entonces compruebe lo que su <a href="#">plan</a> pagará. |
| Si se realiza un examen   | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)   | 20% <a href="#">coseguro</a>                        | 30% <a href="#">coseguro</a>                       | No requiere <a href="#">autorización previa</a>   |
|   | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 20% <a href="#">coseguro</a>                        | 30% <a href="#">coseguro</a>                       | No requiere <a href="#">autorización previa</a>   |

| 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)                         |   |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="#">www.[insert].com</a> | Medicamentos genéricos                                    | 15% <a href="#">coaseguro</a> , \$5 como mínimo al por menor; Pedido por correo: <a href="#">copago</a> \$5 para 30 días, <a href="#">copago</a> \$10 por un suministro más de 30 días  | Costo total del medicamento; puede presentar reembolso por costo calculado | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . Cubierto hasta un suministro de 90 días.         |
|  | Medicamentos de marca preferidos                          | 20% <a href="#">coaseguro</a> , \$5 como mínimo al por menor; Pedido por correo: <a href="#">copago</a> \$15 para 30 días, <a href="#">copago</a> \$30 por un suministro más de 30 días | Costo total del medicamento; puede presentar reembolso por costo calculado | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . Cubierto hasta un suministro de 90 días.         |
|  | Medicamentos de marca no preferidos                       | 35% <a href="#">coaseguro</a> , \$5 como mínimo al por menor; <a href="#">copago</a> \$25 para 30 días, Pedido por correo: <a href="#">copago</a> \$50 por un suministro más de 30 días | Costo total del medicamento; puede presentar reembolso por costo calculado | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . Cubierto hasta un suministro de 90 días.         |
|  | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>              | Pedido por correo: \$50 <a href="#">copago</a> o costo actual, lo que sea menos   | Costo total del medicamento; puede presentar reembolso por costo calculado | Requiere <a href="#">autorización previa</a> . Cubierto hasta 30 días de suministro por correo. |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>   | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 10% <a href="#">coaseguro para un centro de cirugía ambulatoria</a><br>20% <a href="#">coaseguro</a><br>todas las otras instalaciones   | 30% <a href="#">coaseguro</a>  | Requiere <a href="#">autorización previa</a>  |
|  | Tarifas del médico/cirujano                               | 10% <a href="#">coaseguro para cirujanos ambulatoria</a><br>20% <a href="#">coaseguro</a> para todos los demás médicos  | 30% <a href="#">coaseguro</a>  | Requiere <a href="#">autorización previa</a>  |

| 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 atención médica inmediata  | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>    | \$50 <a href="#">copago por visita + deducible +</a><br>20% <a href="#">coaseguro</a> | \$50 <a href="#">copago por visita + deducible +</a><br>20% <a href="#">coaseguro</a> | El <a href="#">deducible dentro de la red</a> se aplica a los servicios dentro y <a href="#">fuera de la red</a> .  |
|  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>       | 20% <a href="#">coaseguro</a>   | 20% <a href="#">coaseguro</a>   | Si el miembro no es transportado después de llamar al servicio de emergencia, el servicio de ambulancia no estará cubierto por el <a href="#">plan</a> .  |
|  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                  | 20% <a href="#">coaseguro</a>   | 30% <a href="#">coaseguro</a>   | Ninguno   |
| Si necesita hospitalización  | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)   | 20% <a href="#">coaseguro</a>   | 30% <a href="#">coaseguro</a>   | Ninguno   |
|  | Tarifas del médico/cirujano                           | 20% <a href="#">coaseguro</a>   | 30% <a href="#">coaseguro</a>   | Ninguno   |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios                 | 20% <a href="#">coaseguro</a>   | 30% <a href="#">coaseguro</a>   | Ninguno   |
|  | Servicios para pacientes hospitalizados               | 20% <a href="#">coaseguro</a>   | 30% <a href="#">coaseguro</a>   | Ninguno   |
| Si está embarazada   | Visitas al consultorio                                | 20% <a href="#">coaseguro</a>   | 30% <a href="#">coaseguro</a>   | El <a href="#">reparto de costos</a> no se aplica en ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse el <a href="#">coaseguro</a> . Cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (como ser, ultrasonido). |
|  | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 20% <a href="#">coaseguro</a>   | 30% <a href="#">coaseguro</a>   |   |
|  | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 20% <a href="#">coaseguro</a>   | 30% <a href="#">coaseguro</a>   |   |

| 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) |   |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>                     | 20% <a href="#">coaseguro</a>                       | 30% <a href="#">coaseguro</a>                      | Límite de 60 visitas por año calendario   |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                     | 20% <a href="#">coaseguro</a>                       | 30% <a href="#">coaseguro</a>                      | Límite de 22 visitas/año de pacientes internos. Límite de 50 visitas/año para terapias física, terapia ocupacional y terapia del habla. |
|  | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                       | 20% <a href="#">coaseguro</a>                       | 30% <a href="#">coaseguro</a>                      | Terapia de desarrollo neurológico con un límite de 52 visitas por año. Incluye terapia física, ocupacional, y del habla.                |
|  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | 20% <a href="#">coaseguro</a>                       | 30% <a href="#">coaseguro</a>                      | 60 visitas por año calendario   |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 20% <a href="#">coaseguro</a>                       | 30% <a href="#">coaseguro</a>                      | Excluye modificaciones de vehículos, modificaciones en la casa, equipo de hacer ejercicios y equipo de baño.                            |
|  | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 20% <a href="#">coaseguro</a>                       | 30% <a href="#">coaseguro</a>                      | Cuidado de Revelo se limita a 14 días por vida.   |

### 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](#)).

|  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura, rolfing, terapia, masajes e hipnosis</li> <li>• Cirugía estética, excepto anomalías congénitas</li> <li>• Cuidado dental, cubierto por plan dental</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos</li> <li>• Tratamiento de la infertilidad</li> <li>• Cuidado a largo plazo</li> <li>• Enfermería de servicio privado</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de la vista de rutina, cubierto por el plan de visión.</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies</li> <li>• Hardware de visión, cubierto por el plan de visión</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul> |
|--|--|---|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

|  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de Quiropráctico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de emergencia cuando usted viaja fuera de los Estados Unidos.</li> </ul> |
|--|--|---|

**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: Employee Benefits Security Administration de Departamento de Trabajo de EE.UU. al 1-866-444EBSA (3272) or [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También puede comunicarse con el plan en 1-800-937-8063. 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](http://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: el [plan](#) al 1-800-937-8063 o puede visitar el siguiente sitio web <https://www.bcidaho.com/> o el Departamento de Trabajo de EE.UU., Employee Benefits Security Administration al 1 (866) 444-3272 or [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). También puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Idaho llamando al 1 (208) 334-4250 or [www.doi.idaho.gov](http://www.doi.idaho.gov).

### ¿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): <https://benefits.wincofoods.com>.

***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.

## Ejemplos sobre la Cobertura de este plan:



**Este no es un estimador de costos.** Tratamientos que se mostraran son sólo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir cualquier atención médica. Los costos reales serán diferentes dependiendo del cuidado que usted reciba, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los servicios excluidos en este [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted podría pagar bajo diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura.

### Peg va a tener un bebe

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

|  |       |
|--|-------|
| ■ Monto total del <a href="#">deducible</a> del <a href="#">plan</a> | \$175 |
| ■ <a href="#">Coaseguro</a> por <a href="#">especialista</a>         | 20%   |
| ■ <a href="#">Coaseguro</a> por el Hospital (facilidad)              | 20%   |
| ■ Otro <a href="#">Coaseguro</a>                                     | 20%   |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a [especialistas](#) (atención prenatal)  
 Servicios profesionales de parto  
 Servicios de parto en hospitales  
[Exámenes de diagnósticos](#) (ultrasonidos y sangre)  
 Visita a [especialistas](#) (anestesia)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Ejemplo Total del Costo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagara:

| Costos a compartir                  |                |
|-------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>          | \$175          |
| <a href="#">Copagos</a>             | \$0            |
| <a href="#">Coaseguro</a>           | \$1,000        |
| Que es lo que no esta cubierto      |                |
| Limites y exclusiones               | \$96           |
| <b>El total que Peg pagara será</b> | <b>\$1,271</b> |

### Controlando la diabetes tipo 2 de Joe

(Un año de atención de rutina dentro de la red de para tener bien controlada la condición)

|  |       |
|--|-------|
| ■ Monto total del <a href="#">deducible</a> del <a href="#">plan</a> | \$175 |
| ■ <a href="#">Coaseguro</a> por <a href="#">especialista</a>         | 20%   |
| ■ <a href="#">Coaseguro</a> por el Hospital (facilidad)              | 20%   |
| ■ Otro <a href="#">Coaseguro</a>                                     | 20%   |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Cuidado Primario](#) visitas rutinarias (*incluyendo educación de enfermedades*)  
[Exámenes de diagnostico](#) (*sangre*)  
[Recetas Médicas](#)  
[Equipo medico durable](#) (*medidor del azúcar*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Ejemplo Total del Costo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagara:

| Costos a compartir                  |               |
|-------------------------------------|---------------|
| <a href="#">Deducibles</a>          | \$175         |
| <a href="#">Copagos</a>             | \$430         |
| <a href="#">Coaseguro</a>           | \$980         |
| Que es lo que no esta cubierto      |               |
| Limites y exclusiones               | \$0           |
| <b>El total que Joe pagara será</b> | <b>\$1585</b> |

### Fractura Simple de Mia

(Visita a la sala de emergencia dentro de la red y atención posterior)

|  |       |
|--|-------|
| ■ Monto total del <a href="#">deducible</a> del <a href="#">plan</a> | \$175 |
| ■ <a href="#">Coaseguro</a> por <a href="#">especialista</a>         | 20%   |
| ■ Sala de Emergencias <a href="#">Copago</a>                         | \$50  |
| ■ <a href="#">Coaseguro</a> por el Hospital (facilidad)              | 20%   |
| ■ Otro <a href="#">Coaseguro</a>                                     | 20%   |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluidos suministros médicos)  
[Exámenes de diagnostico](#) (radiografía)  
[Equipo medico durable](#) (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Ejemplo Total del Costo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagara:

| Costos a compartir                  |              |
|-------------------------------------|--------------|
| <a href="#">Deducibles</a>          | \$175        |
| <a href="#">Copagos</a>             | \$50         |
| <a href="#">Coaseguro</a>           | \$530        |
| Que es lo que no esta cubierto      |              |
| Limites y exclusiones               | \$0          |
| <b>El total que Mia pagara será</b> | <b>\$755</b> |

Nota: Por favor no use estos ejemplos para estimar sus costos. El cuidado que usted recibirá será diferente a estos ejemplos, y el costo de este plan será completamente diferente. Comuníquese con BCI en la página <https://www.bcidaho.com/> o llame al 1-800-937-8063 para obtener ayuda con las estimaciones de costos.