



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 1-866-240-9580 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	<u>Dentro de la red</u> : \$150/individual o \$450/familiar para su cobertura médica. <u>Fuera de la red</u> : \$300/individual o \$900/familiar para su cobertura médica.	En general, usted pagará todos los costos médicos hasta que haya alcanzado su <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total del <u>deducible</u> familiar haya sido alcanzado.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> están cubiertos sin necesidad de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin costo y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Puede ver la lista de los servicios preventivos que están cubiertos en la página de internet de https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted pagará todos los costos por estos servicios hasta que alcanza su <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : \$1,150 individual medical / \$3,450 familiar medical; \$7,950 individual por recetas médicas / \$14,750 familiar por recetas médicas. <u>Fuera de la red</u> : \$2,300 individual.	El <u>límite de su propio bolsillo</u> es lo máximo que usted pagará en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , ustedes tienen alcanzar el <u>límite de su propio bolsillo</u> persona, hasta alcanzar el <u>límite máximo de su propio bolsillo</u> .
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturación del saldo</u> y atención médica que no cubre este <u>plan</u> .	A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el <u>límite de su propio bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite la página de internet www.Regence.com o llame al 1-866-240-9580 para la lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> contratado <u>dentro de la red</u> del plan. Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor</u> que está <u>frente de la red</u> y podría recibir una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre el costo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede ver un <u>especialista</u> sin permiso o una <u>referencia</u> .

⚠️ 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	20% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Ninguno
	Consulta con un <u>especialista</u>	20% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Las manipulaciones de la columna vertebral están limitadas a 20 / año
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Ningún costo	30% <u>coseguro</u>	Usted podría pagar por servicios que no están preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Entonces compruebe lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Requiere <u>autorización previa</u>
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Requiere <u>autorización previa</u>

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
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.[insert].com	Medicamentos genéricos	15% coaseguro , \$5 como mínimo al por menor; Pedido por correo: copago \$5 para 30 días, copago \$10 por un suministro más de 30 días	Costo total del medicamento; puede presentar reembolso por costo calculado	Requiere autorización previa . Cubierto hasta un suministro de 90 días.
	Medicamentos de marca preferidos	20% coaseguro , \$5 como mínimo al por menor; Pedido por correo: copago \$15 para 30 días, copago \$30 por un suministro más de 30 días	Costo total del medicamento; puede presentar reembolso por costo calculado	Requiere autorización previa . Cubierto hasta un suministro de 90 días.
	Medicamentos de marca no preferidos	35% coaseguro , \$5 como mínimo al por menor; copago \$25 para 30 días, Pedido por correo: copago \$50 por un suministro más de 30 días	Costo total del medicamento; puede presentar reembolso por costo calculado	Requiere autorización previa . Cubierto hasta un suministro de 90 días.
	Medicamentos de especialidad	Pedido por correo: \$50 copago o costo actual, lo que sea menos	Costo total del medicamento; puede presentar reembolso por costo calculado	Requiere autorización previa . Cubierto hasta 30 días de suministro por correo.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% coaseguro para un centro de cirugía ambulatoria 20% coaseguro todas las otras instalaciones	30% coaseguro	Requiere autorización previa
	Tarifas del médico/cirujano	10% coaseguro para cirujanos ambulatoria 20% coaseguro para todos los demás médicos	30% coaseguro	Requiere autorización previa

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	20% <u>coaseguro</u>	20% <u>coaseguro</u>	El <u>deductible dentro de la red</u> se aplica a los servicios dentro y <u>fuerza de la red</u> .
	Transporte médico de emergencia	20% <u>coaseguro</u>	20% <u>coaseguro</u>	Si el miembro no es transportado después de llamar al servicio de emergencia, el servicio de ambulancia no estará cubierto por el <u>plan</u> .
	Atención de urgencia	20% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	Ninguno
	Tarifas del médico/cirujano	20% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	Ninguno
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	Ninguno
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	El <u>reparto de costos</u> no se aplica en ciertos <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse el <u>coaseguro</u> . 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% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	Límite de 60 visitas por año calendario
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	Límite de 22 visitas/año de pacientes internos. Límite de 50 visitas/año para terapias física, terapia ocupacional y terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	Terapia de desarrollo neurológico con un límite de 52 visitas por año. Incluye terapia física, ocupacional, y del habla.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	30 visitas por año calendario
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	Excluye modificaciones de vehículos, modificaciones en la casa, equipo de hacer ejercicios y equipo de baño.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	20% <u>coaseguro</u>	30% <u>coaseguro</u>	Cuidado de Revelo se limita a 14 días por vida.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <u>Plan</u> , por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).		
<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura, rolfing, terapia, masajes e hypnosis• Cirugía estética, excepto anomalías congénitas• Cuidado dental, cubierto por plan dental	<ul style="list-style-type: none">• Audífonos• Tratamiento de la infertilidad• Cuidado a largo plazo• Enfermería de servicio privado	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado de la vista de rutina, cubierto por el plan de visión.• Cuidado rutinario de los pies• Hardware de visión, cubierto por el plan de visión• Programas de 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 <u>plan</u>).		
<ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado de Quiropráctico	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado que no sea de emergencia cuando usted viaja fuera de los Estados Unidos.

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: [insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information]. 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): <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 deducible del plan	\$150
■ Coaseguro por especialista	20%
■ Coaseguro por el Hospital (facilidad)	20%
■ Otro Coaseguro	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)

Ejemplo Total del Costo	\$12,700
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagara:

Costos a compartir	
Deductibles	\$150
Copagos	\$0
Coaseguro	\$1,000
Que es lo que no esta cubierto	
Límites y exclusiones	\$96
El total que Peg pagara será	\$1,246

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 deducible del plan	\$150
■ Coaseguro por especialista	20%
■ Coaseguro por el Hospital (facilidad)	20%
■ Otro Coaseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Ejemplo Total del Costo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagara:

Costos a compartir	
Deductibles	\$150
Copagos	\$430
Coaseguro	\$980
Que es lo que no esta cubierto	
Límites y exclusiones	\$0
El total que Joe pagara será	\$1560

Fractura Simple de Mia

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

■ Monto total del deducible del plan	\$150
■ Coaseguro por especialista	20%
■ Coaseguro por el Hospital (facilidad)	20%
■ Otro Coaseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Ejemplo Total del Costo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagara:

Costos a compartir	
Deductibles	\$150
Copagos	\$0
Coaseguro	\$530
Que es lo que no esta cubierto	
Límites y exclusiones	\$0
El total que Mia pagara será	\$680

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 Regence en la página www.Regence.com o llame al 1-866-240-9580 para obtener ayuda con las estimaciones de costos.