



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: Se proporcionará por separado información sobre el costo de este [plan](#) (llamada la [prima](#)). Esta información es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de todos los términos de la cobertura, llame al 1-833-422-4690. Para definiciones generales de términos comunes, tales como [cantidad permitida](#), [facturación de balance](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-833-422-4690 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible total?	Dentro de la red: \$2,500 para individuos/ \$5,000 para familias. Fuera de la red: \$10,000 para individuos/ \$20,000 para familias	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan empiece a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada uno de los familiares debe cumplir su propio deducible individual hasta que los gastos totales por deducible pagados por todos los familiares satisfagan el deducible total para familias.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted satisfaga su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva , atención primaria y de especialistas están cubiertos antes de que usted satisfaga su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no ha satisfecho el deducible , pero podría aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costo compartido y antes de que cumpla su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	Sí. Dentro de la red: \$600 para individuos/ \$1,200 para familias para cobertura de medicamentos recetados. No hay ningún otro deducible específico.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el deducible específico antes de que este plan empiece a pagar dichos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos que paga de su bolsillo en este plan ?	Dentro de la red: \$7,250/\$14,700 y fuera de la red: \$15,000 /fuera de la red: \$30,000 para proveedores participantes	El límite de gastos que paga de su bolsillo es el monto máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos tienen que satisfacer sus propios límites de gastos que pagan de sus bolsillos hasta satisfacer el límite de gastos que se pagan del bolsillo total para familias.
¿Qué se excluye del límite de gastos que paga de su bolsillo ?	Primas y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos costos, no se tienen en cuenta para el límite de gastos que paga de su bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families o llame al 1-833-422-4690 para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . Pagará lo máximo si usa un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del balance). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (tales como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para acudir a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista que usted elija sin una derivación .



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que aparecen en esta tabla implican que se ha satisfecho su [deducible](#) en el caso de que aplique un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si acude al consultorio o a la clínica del proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35/visita	50% luego del deducible	El costo compartido aplica a los servicios presenciales y virtuales. Los servicios de atención médica virtual de proveedores de telemedicina designados por Jefferson están cubiertos en su totalidad.
	Visita a especialistas	\$90/visita	50% luego del deducible	El costo compartido aplica a los servicios presenciales y virtuales. Los servicios de atención médica virtual de proveedores de telemedicina designados por Jefferson están cubiertos en su totalidad.
	Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo.	50% luego del deducible	Pueden aplicarse cronogramas de frecuencia y por edad. Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego compruebe lo que pagará su plan .
Si se realiza una prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	\$50/visita (análisis de laboratorio). \$150/visita (radiografía).	50% luego del deducible	————ninguno————
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP), resonancias magnéticas (RM))	\$250/estudio de imágenes	50% luego del deducible	Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte más detalles en su póliza.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre la cobertura de	Medicamentos genéricos	Pedido por correo/farmacias minoristas (suministro para 1-30 días) \$5/surtido para el nivel 1, \$20/surtido para nivel 2.	Sin cobertura.	Autorización previa, edad y límites de cantidad para algunos medicamentos; límites en el suministro de días en los pedidos por correo y farmacias minoristas. Consulte más detalles en su póliza. Los genéricos de bajo costo estarán disponibles a un costo reducido.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
medicamentos recetados disponible en [www.jeffersonhealthplans.com/individuals-families].	Medicamentos de marca preferidos	50%	Sin cobertura.	
	Medicamentos de marca no preferidos	50% luego del deducible de la receta médica.	Sin cobertura.	
	Medicamentos especializados	50% luego del deducible de la receta médica.	Sin cobertura.	
Si se realiza una cirugía para pacientes externos	Honorarios del centro (p. ej.: centro quirúrgico ambulatorio)	\$350/día después del deducible.	50% luego del deducible	Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.
	Honorarios de médicos y cirujanos	Coseguro del 10% después del deducible.	50% luego del deducible	Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.
Si necesita atención médica inmediata	Atención médica en Sala de Emergencias	\$900/visita.	\$900/visita.	————ninguno————
	Transporte médico de emergencia	\$200/visita.	\$200/visita	————ninguno————
	Atención de urgencia	\$90/visita.	50% luego del deducible	Sus costos por recibir atención de urgencia se basan en la atención recibida en un centro o instalación de atención de urgencia designado.
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (p. ej.: habitación del hospital)	\$550/día después del deducible. Máximo de 5 copagos/hospitalización.	50% luego del deducible	Se requiere autorización previa o no se pagará ningún beneficio.
	Honorarios de médicos y cirujanos	Coseguro del 10% después del deducible.	50% luego del deducible	
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$90/visita.	50% luego del deducible	
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$550/día después del deducible. Máximo de 5 copagos/hospitalización.	50% luego del deducible	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$90/visita después del deducible.	50% luego del deducible	Dependiendo del tipo de servicio, podría aplicar un copago . La atención médica para la maternidad puede incluir las pruebas y los servicios que se describen en el SBC (p. ej., ecografías).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
	Servicios profesionales para trabajo de parto/parto	Coseguro del 10% después del deducible.	50% luego del deducible	
	Servicios de instalaciones para trabajo de parto/parto	\$550/día después del deducible. Máximo de 5 copagos/hospitalización.	50% luego del deducible	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales	Atención médica a domicilio	Coseguro del 50% después del deducible.	50% luego del deducible	Limitada a 60 visitas por período de beneficios. Algunos servicios pueden requerir autorización previa o no se pagará ningún beneficio. Consulte más detalles en su póliza.
	Servicios de rehabilitación	\$100/visita de terapia física y ocupacional, \$100/visita para terapia del habla.	50% luego del deducible	La terapia de rehabilitación del habla se limita a 30 servicios por periodo de beneficios. La terapia física de rehabilitación y la terapia ocupacional de rehabilitación se limitan a 30 servicios combinados por periodo de beneficios.
	Servicios de habilitación	\$100/visita de terapia física y ocupacional, \$100/visita para terapia del habla.	50% luego del deducible	La terapia de habilitación del habla se limita a 30 servicios por periodo de beneficios. La terapia física de habilitación y la terapia ocupacional de habilitación se limitan a 30 servicios combinados por periodo de beneficios.
	Atención de enfermería especializada	\$550/día. Máximo de 5 copagos/hospitalización	50% luego del deducible	Limitada a 120 días por periodo de beneficios. Se requiere autorización previa o no se pagará ningún beneficio.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 50% después del deducible.	50% luego del deducible	Algunos artículos pueden requerir autorización previa. Consulte más detalles en su póliza.
	Servicios de hospicio	Coseguro del 50% después del deducible.	50% luego del deducible	————ninguno————
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen de los ojos en niños	\$0	50% luego del deducible	Una (1) visita de refracción por período de beneficios.
	Anteojos para niños	\$0	50% luego del deducible	3 pares de anteojos (lentes/montura) o lentes de contacto por año calendario.
	Revisión dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) normalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- | | | |
|------------------------------|--|--|
| • Acupuntura | • Atención odontológica (adultos) | • Atención de enfermería privada |
| • Cirugía bariátrica | • Audífonos | • Atención oftalmológica de rutina (adultos) |
| • Revisión dental para niños | • Atención médica de larga duración | • Atención de rutina de los pies |
| • Cirugía estética | • Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | • Programas para la pérdida de peso |

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

- | | | |
|--------------------------|----------|---|
| • Atención quiropráctica | • Aborto | • Tratamiento de la infertilidad (solo cubierto en caso de inseminación artificial) |
|--------------------------|----------|---|

Sus derechos de continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si quiere continuar con su cobertura una vez que finalice. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Seguro de Pensilvania. Podría también disponer de otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro de salud individual a través del [Health Insurance Marketplace \(Mercado de Seguros de Salud\)](#). Para obtener más información sobre el [Marketplace \(Mercado de Seguros de Salud\)](#), visite [Pennie.gov](#) o llame al 1-844-844-8040.

Sus derechos de reclamo y apelación: Hay agencias que pueden ayudar si tiene un reclamo contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, examine la explicación de beneficios que recibirá para esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también ofrecen información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para recibir ayuda, comuníquese con el plan al 1-833-422-4690.

¿Ofrece este plan una cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) normalmente incluye los [planes](#), el [seguro de salud](#) disponible a través del [Marketplace \(Mercado de Seguros de Salud\)](#) u otras políticas individuales de mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y determinada otra cobertura. Si reúne los requisitos para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no reúna los requisitos para el [crédito fiscal para primas](#).

¿Cumple esta cobertura con las normas de valor mínimo? No corresponde

Si su [plan](#) no satisface las [normas de valor mínimo](#), es posible que sea elegible para un [crédito fiscal para primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Marketplace \(Mercados de Seguros de Salud\)](#).

Servicios de acceso en otros idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-833-422-4690.

Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-422-4690.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-833-422-4690.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne'1-833-422-4690.

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

Declaración de la Ley de Disminución de Trámites Burocráticos (PRA, por sus siglas en inglés): En conformidad con la Ley de Disminución de Trámites Burocráticos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que el tiempo necesario para recopilar esta información es de **0.08** horas por respuesta, como promedio, incluido el tiempo dedicado a revisar las instrucciones, la búsqueda de recursos de datos existentes, la recopilación de la información necesaria y el proceso de completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios respecto a la exactitud del cálculo de tiempo 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 calculadora de costos. Los tratamientos mostrados son simplemente ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobran y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura para uno mismo.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto en un hospital)

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$2,500
- [Copago](#) por [especialista](#) \$90/visita
- [Copago](#) hospital (instalaciones) \$550/día
- Otro [coseguro](#) 10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas a consultorio del [especialista](#) (atención médica prenatal)

Servicios profesionales para trabajo de parto/parto

Servicios de instalaciones para trabajo de parto/parto

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

Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$13,405
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$2,500
Copagos	\$1,640
Coseguro	\$239

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

La cantidad total que Peg pagaría es	\$4,439
---	----------------

Tratamiento de la diabetes de tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$2,500
- [Copago](#) por [especialista](#) \$90/visita
- [Copago](#) hospital (instalaciones) \$550/día
- Otro [coseguro](#) 10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

[primaria](#) (incluyendo educación sobre la enfermedad)

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

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$8,216
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$600
Copagos	\$1,415
Coseguro	\$2,655

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$55
-----------------------	------

La cantidad total que Joe pagaría es	\$4,725
---	----------------

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias de la red y atención médica de seguimiento)

- El [deducible](#) total del [plan](#) \$2,500
- [Copago](#) por [especialista](#) \$90/visita
- [Copago](#) hospital (instalaciones) \$550/día
- Otro [coseguro](#) 10%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

[Prueba de diagnóstico](#) (radiografía)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (terapia física)

Costo total del ejemplo	\$2,408
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$535
Copagos	\$1,420
Coseguro	\$77

Lo que no está cubierto

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

La cantidad total que Mia pagaría es	\$2,032
---	----------------

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