



El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra la manera en que usted y el plan comparten el costo de los servicios de salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (también conocida como la prima) se proporcionará por separado. Este documento solamente es un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura o solicitar una copia de los términos completos de la cobertura, visite PacificSource.com/plan-details. Si desea conocer una definición general de los términos más comunes, tales como monto permitido, saldo facturado, coaseguro, co-pago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Usted puede consultar el Glosario en la página web Healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-888-977-9299 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué Es Importante:
¿Cuál es el <u>deducible total</u> ?	Proveedor de la red: \$5,500 individual/\$11,000 familiar Proveedor fuera de la red: \$10,000 individual/\$20,000 familiar	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta cubrir el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de su familia están inscritos en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cubrir su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos por <u>deducible</u> que sea pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios que se cubren antes de cubrir el <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>cuidados preventivos</u> y otros servicios y otros servicios enlistados abajo con la leyenda 'no aplica deducible'.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, aún si usted todavía no cubre el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que aplique un <u>co-pago</u> o <u>coaseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin una <u>compartición de costos</u> y antes de que usted cubra su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en HealthCare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> que apliquen a servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cubrir los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite a pagar del bolsillo propio</u> de este <u>plan</u> ?	Proveedor de la red: \$9,450 individual/\$18,900 familiar Proveedor fuera de la red: \$25,000 individual/\$50,000 familiar	El <u>límite a pagar del bolsillo propio</u> es la cantidad máxima que usted pagaría durante un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia están inscritos en este <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cubrir su propio <u>límite a pagar del bolsillo propio</u> hasta cubrir el <u>límite a pagar del bolsillo propio</u> total de la familia.
¿Qué conceptos no se incluyen en el <u>límite a pagar del bolsillo propio</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>saldo facturado</u> y los servicios de salud que no estén cubiertos por este <u>plan</u> .	Aunque usted debe pagar estos gastos, no cuentan como parte del <u>límite a pagar del bolsillo propio</u> .
¿Pagará usted menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite providerdirectory.PacificSource.com/Commercial/?nPPlan=Navigator o llame al 1-888-977-9299 para consultar una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red del plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y posiblemente reciba una <u>factura del proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y el monto pagado por su <u>plan (saldo facturado)</u> . Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> pudiera utilizar a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (tales como pruebas de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de obtener estos servicios.
¿Es necesario que usted sea <u>referido</u> para poder consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede consultar al <u>especialista</u> de su elección sin necesidad de ser <u>referido</u> por su médico.



Todos los costos de los co-pagos y coaseguros que aparecen en esta tabla son después de cubrir el deducible (en caso de que aplique un deducible).

Evento Médico Común	Servicios que Pudiera Requerir	Lo Que Usted Debe Pagar		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará menos)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará más)	
Si usted visita el consultorio o la clínica de un proveedor de servicios de salud	Consulta de cuidados primarios para tratar una lesión o enfermedad	Primeras tres consultas: <u>co-pago</u> de \$5/consulta, no aplica <u>deducible</u> Sigüientes consultas: <u>co-pago</u> de \$40/consulta, no aplica <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> de 50%	Las primeras tres consultas por año de beneficios son combinadas para cuidados primarios, salud mental, salud del comportamiento y abuso de sustancias nocivas.
	Consulta con <u>especialistas</u>	<u>Co-pago</u> de \$80/consulta, no aplica <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> de 50%	Ninguno
	<u>Cuidados preventivos / consultas de detección / vacunas</u>	Sin cargo, no aplica <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> de 50%	Exámenes físicos preventivos: 13 visitas para 0-36 meses de edad, anualmente para 3 años de edad y mayores. Consultas para mujeres sanas: anualmente. Es posible que usted tenga que pagar el costo de los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego averigüe si su plan paga dichos servicios. Programas para dejar el tabaco: no están cubiertos fuera de la red.
Si usted se realiza un análisis o una prueba	<u>Análisis de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Coaseguro</u> de 30%	<u>Coaseguro</u> de 50%	Ninguno
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas, tomografías de emisión de positrones, exploraciones de resonancia magnética)	<u>Coaseguro</u> de 30%	<u>Coaseguro</u> de 50%	Se requiere una <u>autorización previa</u> . En caso de no obtenerla, usted será responsable de cubrir el gasto.
Si usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o padecimiento	Medicamentos genéricos - Nivel 1	Farmacias convencionales: <u>Co-pago</u> de \$15/prescripción, no aplica <u>deducible</u> Farmacias de entrega a domicilio: <u>Co-pago</u> de \$30/prescripción, no aplica <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> de 90%	Para todos los niveles de la lista de <u>medicamentos de prescripción</u> : El beneficio de medicamentos de prescripción incluye ciertos medicamentos para pacientes externos como un beneficio preventivo sin costo alguno cuando se obtienen dentro de la red; no aplica <u>deducible</u> . Los montos de la <u>compartición de costos</u> corresponden a un suministro de 30 días en farmacias convencionales y de 90 días en farmacias de entrega a domicilio. Las cantidades para las
	Medicamentos preferentes - Nivel 2	Farmacias convencionales: <u>Co-pago</u> de \$60/prescripción, no aplica <u>deducible</u> Farmacias de entrega a domicilio: <u>Co-pago</u> de \$180/prescripción, no aplica <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> de 90%	
Para obtener mayor información sobre la <u>cobertura de medicamentos de prescripción</u> , visite				

Evento Médico Común	Servicios que Pudiera Requerir	Lo Que Usted Debe Pagar		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará menos)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará más)	
PacificSource.com/ drug-list	Medicamentos no preferentes - Nivel 3	Farmacias convencionales: <u>Coaseguro de 50%, no aplica deducible</u> Farmacias de entrega a domicilio: <u>Coaseguro de 50%, no aplica deducible</u>	<u>Coaseguro de 90%</u>	farmacias convencionales y las farmacias de entrega a domicilio se limitan a un suministro de 90 días. Las cantidades para los medicamentos especializados se limitan a un suministro de 30 días. Se requiere una <u>autorización previa</u> para ciertos medicamentos. En caso de no obtenerla, usted será responsable de cubrir el gasto.
	Medicamentos especializados - Nivel 4	Farmacias convencionales: <u>Coaseguro de 50%, no aplica deducible</u> Farmacias de entrega a domicilio: <u>Coaseguro de 50%, no aplica deducible</u>	<u>Coaseguro de 90%</u>	
Si usted se realiza una cirugía como paciente externo	Cuota por uso de instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coaseguro de 30%</u>	<u>Coaseguro de 50%</u>	Se requiere una autorización previa para ciertas cirugías. En caso de no obtenerla, usted será responsable de cubrir el gasto.
	Honorarios del médico / cirujano	<u>Coaseguro de 30%</u>	<u>Coaseguro de 50%</u>	Ninguno
Si usted necesita recibir atención médica de inmediato	Cuidados en la sala de emergencias	Emergencia médica: <u>Coaseguro de 30%</u> Casos que no sean emergencias: <u>Coaseguro de 30%</u>	Emergencia médica: <u>Coaseguro de 30%</u> Casos que no sean emergencias: <u>Coaseguro de 50%</u>	Ninguno
	<u>Servicios de transporte en emergencias médicas</u>	Terrestre: <u>Coaseguro de 30%</u> Aéreo: <u>Coaseguro de 30%</u>	Terrestre: <u>Coaseguro de 30%</u> Aéreo: <u>Coaseguro de 30%</u>	Limitado a la institución médica más cercana que pueda tratar el padecimiento. El transporte aéreo está cubierto en caso de que el transporte terrestre no sea médicamente recomendable o físicamente posible.
	<u>Cuidados urgentes</u>	<u>Co-pago de \$70/visita, no aplica deducible</u>	<u>Coaseguro de 50%</u>	Ninguno
Si usted es hospitalizado	Cuota por uso de instalaciones (por ejemplo, cuarto de hospital)	<u>Coaseguro de 30%</u>	<u>Coaseguro de 50%</u>	Limitado a una habitación semi-privada, excepto cuando se determine que es necesaria una habitación privada. Se requiere de una <u>autorización previa</u> para ciertos servicios como paciente interno. En caso de no obtenerla, usted será responsable de cubrir el gasto.
	Honorarios del médico / cirujano	<u>Coaseguro de 30%</u>	<u>Coaseguro de 50%</u>	Ninguno

Evento Médico Común	Servicios que Pudiera Requerir	Lo Que Usted Debe Pagar		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará menos)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará más)	
Si usted tiene necesidades de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias nocivas	Servicios para pacientes externos	Primeras tres consultas: <u>co-pago</u> de \$5/consulta, no aplica <u>deducible</u> Sigüientes consultas: <u>co-pago</u> de \$40/consulta, no aplica <u>deducible</u>	<u>Coaseguro</u> de 50%	Las primeras tres consultas por año de beneficios son combinadas para cuidados primarios, salud mental, salud del comportamiento y abuso de sustancias nocivas.
	Servicios para pacientes internos	<u>Coaseguro</u> de 30%	<u>Coaseguro</u> de 50%	Se requiere una <u>autorización previa</u> para algunos servicios como paciente interno. En caso de no obtenerla, usted será responsable de cubrir el gasto.
Si usted está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Coaseguro</u> de 30%	<u>Coaseguro</u> de 50%	La <u>compartición de costos</u> no aplica a los <u>servicios preventivos</u> . El parto y las visitas al hospital están cubiertos como parte de los cuidados prenatales y postnatales. El costo por el uso de las instalaciones se cubre al igual que cualquier otro servicio de hospital.
	Servicios profesionales para el parto/alumbramiento	<u>Coaseguro</u> de 30%	<u>Coaseguro</u> de 50%	
	Servicios en instituciones para el parto/alumbramiento	<u>Coaseguro</u> de 30%	<u>Coaseguro</u> de 50%	
Si usted necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Cuidados de salud en el hogar</u>	<u>Coaseguro</u> de 30%	<u>Coaseguro</u> de 50%	Sin cobertura para enfermeras(os) privados o cuidados de custodia.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente interno: <u>Coaseguro</u> de 30% Paciente externo: <u>Co-pago</u> de \$40/visita, no aplica <u>deducible</u> , si el servicio es en un consultorio, <u>coaseguro</u> de 30% en cualquier otro lugar	Paciente interno: <u>Coaseguro</u> de 50% Paciente externo: <u>Coaseguro</u> de 50%	Paciente interno: Limitado a 30 días/año. Paciente externo: Limitado a 30 visitas/año. Sin cobertura para terapia recreativa.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Paciente interno: <u>Coaseguro</u> de 30% Paciente externo: <u>Co-pago</u> de \$40/visita, no aplica <u>deducible</u> , si el servicio es en un consultorio, <u>coaseguro</u> de 30% en cualquier otro lugar	Paciente interno: <u>Coaseguro</u> de 50% Paciente externo: <u>Coaseguro</u> de 50%	Paciente interno: Limitado a 30 días/año. Paciente externo: Limitado a 30 visitas/año. Sin cobertura para terapia recreativa.
	<u>Cuidados de enfermería especializada</u>	<u>Coaseguro</u> de 30%	<u>Coaseguro</u> de 50%	Limitado a 60 días/año. Sin cobertura para cuidados de custodia.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coaseguro</u> de 30%	<u>Coaseguro</u> de 50%	Limitado a: \$5,000 en total por año; un par de anteojos o lentes de contacto al año; una bomba para extraer leche materna por embarazo; una peluca al año por terapia

Evento Médico Común	Servicios que Pudiera Requerir	Lo Que Usted Debe Pagar		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará menos)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará más)	
				de radiación o quimioterapia. Se requiere una <u>autorización previa</u> si el costo del equipo es mayor a \$2,500 y para las sillas de ruedas de operación asistida. En caso de no obtenerla, usted será responsable de cubrir el gasto.
	<u>Servicios de hospicio</u>	<u>Coaseguro</u> de 30%	<u>Coaseguro</u> de 50%	Sin cobertura para enfermeras(os) privados. Los cuidados de relevo se limitan a 5 días consecutivos y a 30 días de por vida.
Si su hijo(a) requiere de cuidados dentales o visuales	Exámenes de la vista para niños	Sin cargo, no aplica <u>deducible</u>	Sin cargo hasta un máximo de \$40, no aplica <u>deducible</u> , luego <u>coaseguro</u> de 100%	Un examen de la vista de rutina/año para 18 años de edad o menores.
	Anteojos para niños	Combinado dentro y fuera de la red: <u>Coaseguro</u> de 30%	Combinado dentro y fuera de la red: <u>Coaseguro</u> de 30%	Combinado dentro y fuera de la red: Un par de anteojos (armazones y lentes) o lentes de contacto (lentes de contacto y ajuste) por año para 18 años de edad o menores. Sin cargo hasta un máximo de \$150, no aplica <u>deducible</u> .
	Chequeos dentales para niños	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su Plan Generalmente NO Cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y consultar una lista de otros servicios excluidos).

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía bariátrica | <input type="checkbox"/> Tratamientos de infertilidad | <input type="checkbox"/> Enfermera(o) privado |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética (excepto en ciertas situaciones) | <input type="checkbox"/> Cuidados a largo plazo | <input type="checkbox"/> Cuidados de la vista de rutina (adultos) |
| <input type="checkbox"/> Cuidados dentales (adultos) | <input type="checkbox"/> Cuidados que no sean de emergencia al viajar fuera de los Estados Unidos | <input type="checkbox"/> Cuidados de los pies de rutina, excepto en el caso de la diabetes mellitus |

Otros Servicios Cubiertos (es posible que apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor consulte el documento de su plan).

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Cuidados quiroprácticos | <input type="checkbox"/> Aparatos auditivos (niños) |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura | <input type="checkbox"/> Aparatos auditivos (adultos) | <input type="checkbox"/> Programas para bajar de peso |

Sus Derechos de Continuar con la Cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si usted desea continuar con su cobertura una vez que termine. Esta es la información de contacto de dichas agencias: División de Regulación Financiera al teléfono 1-888-877-4894 o en el sitio web dfr.oregon.gov. Es posible que usted también pueda aprovechar otras opciones de cobertura, incluyendo la contratación de una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Si desea obtener mayor información acerca del Mercado, visite Healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos de Presentar Quejas y Apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene una queja acerca de su plan cuando le haya sido negada una reclamación. Usted puede presentar una queja o una apelación. Para obtener mayor información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que usted recibirá con su reclamación médica. Los documentos de su plan también contienen información completa para presentar una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo. Si desea recibir ayuda u obtener más información acerca de sus derechos o de este aviso, póngase en contacto con el equipo de Servicio al Cliente de PacificSource al teléfono 1-866-556-1224 o con la División de Regulación Financiera al teléfono 1-888-877-4894 o en el sitio web dfr.oregon.gov.

¿Provee este plan una Cobertura Esencial Mínima? Sí.

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes de seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para recibir un crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan con el Estándar de Valor Mínimo? No aplica.

Si su plan no cumple con el Estándar de Valor Mínimo, es posible que usted sea elegible para recibir un crédito fiscal para las primas a fin de ayudarle a pagar el costo de un plan a través del Mercado.

Servicios de Atención en Otros Idiomas:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-977-9299.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-556-1224.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-556-1224.

—————En la siguiente sección aparecen ejemplos de cómo este plan pudiera cubrir los costos de algunas situaciones médicas.—————

Acerca de Estos Ejemplos de Cobertura:



Esta no es una estimación de costos. Los tratamientos indicados solamente son ejemplos de cómo este plan pudiera cubrir los cuidados médicos. Sus costos reales serán distintos dependiendo de los cuidados que usted reciba, los costos que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste especial atención a los montos de la compartición de costos (deducibles, co-pagos y coaseguro) y los servicios excluidos en el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que usted pudiera pagar bajo los distintos planes de salud. Por favor tenga en cuenta que estos ejemplos se basan en la cobertura individual únicamente.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de cuidados prenatales con proveedores de la red y parto en hospital)

■ Deducible total del plan	\$5,500
■ Especialista	<u>Co-pago</u> de \$80
■ Hospital (institución)	<u>Coaseguro</u> de 30%
■ Otros	<u>Coaseguro</u> de 30%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Consultas con especialistas (*cuidados prenatales*)
 Servicios profesionales para el parto/alumbramiento
 Servicios en instituciones para el parto/alumbramiento
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de laboratorio*)
 Servicios de especialistas (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Compartición de Costos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$5,500
<u>Co-pagos</u>	\$25
<u>Coaseguro</u>	\$2,100
<u>Conceptos no cubiertos</u>	
Límites o exclusiones	\$60
Total que debe pagar Peg	\$7,685

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de cuidados de rutina con proveedores de la red para un padecimiento bien controlado)

■ Deducible total del plan	\$5,500
■ Especialista	<u>Co-pago</u> de \$80
■ Hospital (institución)	<u>Coaseguro</u> de 30%
■ Otros	<u>Coaseguro</u> de 30%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Consultas con el médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre el padecimiento*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos de prescripción
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Compartición de Costos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$900
<u>Co-pagos</u>	\$1,315
<u>Coaseguro</u>	\$0
<u>Conceptos no cubiertos</u>	
Límites o exclusiones	\$20
Total que debe pagar Joe	\$2,235

Fractura Simple de Mia

(visita a una sala de emergencias de la red y cuidados de seguimiento)

■ Deducible total del plan	\$5,500
■ Especialista	<u>Co-pago</u> de \$80
■ Hospital (institución)	<u>Coaseguro</u> de 30%
■ Otros	<u>Coaseguro</u> de 30%

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:

Cuidados en la sala de emergencias (*incluyendo suministros médicos*)
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Compartición de Costos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,100
<u>Co-pagos</u>	\$415
<u>Coaseguro</u>	\$0
<u>Conceptos no cubiertos</u>	
Límites o exclusiones	\$0
Total que debe pagar Mia	\$2,515

El **plan** sería responsable de pagar los otros costos de estos servicios cubiertos en los EJEMPLOS.