El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada primas) se entregará por separado. Este es sólo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para pedir una copia de los términos completos de su cobertura, llame **a PAI al 1-866-798-0803** o visite www.paisc.com. Para definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, balance de la factura, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.paisc.com o llame al 1-866-798-0803 y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante esto:
¿Cuál es el deducible total?	Para proveedores de la red **$5,500** individuo / **$11,000** familia Para proveedores fuera de la red **$11,000** individuo / **$22,000** familia	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta cubrir todo el deducible antes de que este plan empiece a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe cubrir su propio deducible individual hasta que se pague la cantidad total de los gastos del deducible pagados por toda la familia cumpla el deducible total de la familia.
¿Hay servicios que se cubren antes de que usted cumpla el deducible?	Sí. La atención preventiva y se cubren aunque usted no haya cubierto el deducible.	Este plan cubre ciertos artículos y servicios aunque usted no haya cumplido el deducible todavía. Pero se podría necesitar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted cumpla su deducible. Puede ver una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí.	No tiene que cumplir los deducibles por servicios específicos. Hay un deducible extra de $2,000 si no tiene preautorización para ciertos servicios.
¿Cuál es el pago máximo de su bolsillo en este plan?	Para proveedores de la red **$6,350** individuo / **$12,700** familia Para proveedores fuera de la red **$12,700** individuo / **$25,400** familia	El pago máximo de su bolsillo es la cantidad máxima que usted pagaría al año por servicios cubiertos. Si tiene a miembros de su familia en este plan, ellos tendrían que cumplir su propio pago máximo de su bolsillo hasta que el pago máximo del bolsillo de toda la familia se haya cumplido.
¿Qué no se incluye en el pago máximo de su bolsillo?	Las primas, el balance de los cargos, el deducible por no tener preautorización para ciertos servicios y la atención médica que no cubre este plan.	Aunque usted pague estos gastos, no se van a aplicar al pago máximo de su bolsillo.
¿Pagará usted menos si usa a un proveedor de la red?	Sí. Visite www.paisc.com o llame al 1-866-798-0803 para ver una lista de los proveedores de la red.	Este plan usa a un proveedor de la red. Usted pagará menos si usa a un proveedor del plan en la red. Usted pagará mucho más si usa a un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura del proveedor cobrándole la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que el plan paga (balance de la factura). Recuerde que el proveedor de la red podría usar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como las pruebas de laboratorio). Pregunte a su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que desee sin necesidad de referencia.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** de este cuadro son después de que usted cumple el **deducible** si es que se aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si visita la clínica o el consultorio de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para el tratamiento de una lesión o una enfermedad	20% coseguro	40% coseguro	Ninguna
	Visita al especialista	20% coseguro	40% coseguro	Incluye consultas antes de la cirugía.
	Atención preventiva/exámenes/ vacunas	No hay cobro	40% coseguro	Quizá tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego asegúrese de lo que su plan pagará.
Si tiene un examen	Examen de diagnóstico (rayos x, exámenes de sangre)	20% coseguro	40% coseguro	Ninguna
	Resonancias (CT/PET, MRI)	20% coseguro	40% coseguro	Preautorización requerida. El deducible de $2,000 se aplica por no tener preautorización.
Si necesita medicinas para el tratamiento de su enfermedad o condición Hay más información sobre la **cobertura de recetas médicas** en www.paisc.com.	Medicinas genéricas	20% coseguro	40% coseguro	Ninguna
	Medicinas de marca preferida	30% coseguro	50% coseguro	Ninguna
	Medicinas de marca no preferida	40% coseguro	50% coseguro	Ninguna
	Medicinas especiales	50% coseguro	No se cubren	Preautorización requerida. No se ofrecen beneficios si no tiene preautorización.
Si tiene una cirugía como paciente externo	Cuota de las instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro	40% coseguro	Preautorización requerida. $2,000 si no tiene preautorización. El servicio de anestesia si se administra al mismo tiempo que una cirugía cubierta en un hospital o una institución quirúrgica para servicios externos.
	Cuotas del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencia	20% coseguro	40% coseguro	Ninguna
	Transporte para emergencias médicas	20% coseguro	40% coseguro	Ninguna
	Atención urgente	20% coseguro	40% coseguro	Ninguna
Si lo hospitalizan	Cuota de las instalaciones (por ejemplo, cuarto del hospital)	20% coseguro	40% coseguro	Preautorización requerida. $2,000 deducible Si no tiene preautorización.
	Cuotas del médico/cirujano	20% coseguro	40% coseguro	

* Para más información sobre las limitaciones y excepciones, vea el documento del plan o de la póliza en www.paisc.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si necesita servicios por salud mental, salud de la conducta o abuso de sustancias	Servicios externos	20% coseguro	40% coseguro	Preautorización requerida. $2,000 de deducible si no tiene preautorización.
	Servicios internos	20% coseguro	40% coseguro	
Si está embarazada	Consultas	20% coseguro	40% coseguro	El costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se podría aplicar un coseguro. La atención de maternidad podría incluir exámenes y servicios descritos en el SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el parto	20% coseguro	40% coseguro	
	Servicios de las instalaciones para el parto	20% coseguro	40% coseguro	
Si necesita ayuda en su recuperación o tiene necesidades de salud especiales	Atención para la salud en su casa	20% coseguro	40% coseguro	Limitado a 30 consultas por año de cobertura. Cada período de 4 horas de servicios de atención en la casa se contará como una visita. El servicio de Enfermeras privadas se limitará a $75 por visita hasta el máximo.
	Servicios de rehabilitación	20% coseguro	40% coseguro	Los servicios o confinamiento en un centro de rehabilitación/cuidado especializado deben iniciar en los 14 días siguientes a la hospitalización de por lo menos tres días seguidos. No hay beneficios para servicios o confinamiento por desórdenes mentales o abuso de sustancias. Se requiere preautorización. $2,000 si no tiene preautorización.
	Servicios de habilitación	20% coseguro	40% coseguro	
	Atención de enfermeras especializadas	20% coseguro	40% coseguro	Hasta 30 días por año de cobertura.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	40% coseguro	Excluye modificaciones a vehículos y modificaciones a casa y equipo de baño y ejercicio.
	Servicios en un hospicio	20% coseguro	40% coseguro	Limitado a 180 días de por vida. Preautorización requerida. Si no tiene preautorización, no se le pagarán beneficios.
Si su hijo necesita atención dental o para la vista	Exámenes de la vista para los hijos	No se cubre	No se cubre	Ninguna
	Lentes para los hijos	20% coseguro	20% coseguro	Sólo es resultado de una cirugía para cataratas.
	Revisión dental de los hijos	No se cubre	No se cubre	Ninguna

* Para más información sobre las limitaciones y excepciones, vea el documento del plan o de la póliza en www.paisc.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte el documento de su plan o póliza para ver más información o una lista de otros servicios excluidos.)		
• Cirugía bariátrica	• Tratamiento para infertilidad	• Atención de rutina para la vista (para adultos)
• Cirugía cosmética	• Atención a largo plazo	• Atención de rutina para los pies
• Atención dental (para adultos)	• Atención que no es de emergencia mientras está de viaje fuera de EE.UU.	• Programas de pérdida de peso
• Dispositivos para oír		

Otros servicios cubiertos (se podrían aplicar limitaciones a estos servicios. Esta lista no está completa. Lea el documento de su plan).		
• Acupuntura	• Tratamiento quiropráctico	• Enfermeras privadas

Sus derechos para continuar la cobertura: Hay agencias que le pueden ayudar si usted quiere continuar su cobertura después de que ésta termine. La información para contactar estas agencias es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration, al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform / Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, al 1-877-267-2323x61565 o www.cciio.cms.gov / Planned Administrators Inc. al 1-866-798-0803 o visite www.paisc.com. También podría haber otras opciones, incluyendo comprar una cobertura de seguro individual en el Mercado de seguros médicos. Para más información sobre el Marketplace, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para apelar y presentar quejas: Hay agencias que le pueden ayudar si tiene una queja contra su plan por negarle un reclamo. A esta queja se le llama grievance o appeal. Para más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá para su reclamo de gastos médicos. Los documentos de su plan tienen información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación, o una grievance ante su plan por cualquier razón. Para más información sobre sus derechos o este aviso o si quiere ayuda, llame a Department of Labor's Employee Benefits Security Administration, al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform/ Planned Administrators Inc. al 1-800-798-0803 o visite www.paisc.com o llame al departamento de Recursos Humanos de su empleador al 1-813-513-0837.

¿Este plan ofrece la cobertura esencial mínima? Sí
Si no tiene Cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que hacer un pago cuando haga su declaración de impuestos a menos que clasifique para una exención para no tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí
Si su plan no cumple los Estándares de valor mínimo, usted podría ser elegible para un crédito de impuestos para primas para pagar un plan a través del mercado.

Servicios de ayuda en otros idiomas:
Español (Spanish): Para recibir ayuda en español, llame al 1-800-768-4375.
Tágalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-768-4375.
Chino (中文): 如果需要中文的帮助， ☒☒打☒个号☒ 1-800-768-4375.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-768-4375.

———————*Para ver ejemplos sobre cómo este plan pagaría los servicios en una situación médica específica, vaya a la página siguiente.*———————

Sobre estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una calculadora de costos. Los tratamientos mostrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales podrían ser diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en las cantidades del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos bajo el plan. Use esta información para comparar la porción de los costos que usted podría pagar bajo diferentes planes de salud. Recuerde que estos ejemplos de la cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ **El deducible total del plan**	**$5500**
■ **Coseguro del especialista**	**$**
■ **Coseguro del hospital (institución)**	**20%**
■ **Otro coseguro**	**20%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista (*atención prenatal)*
Servicios profesionales para el parto
Servicios de las instalaciones para el parto
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonido y exámenes de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$9500**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$5500
Copagos	$800
Coseguro	$3125
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$75
El total que Peg pagaría es	**$6300**

Joe controla su diabetes tipo 2
(un año de atención rutinaria para una enfermedad bien controlada en la red)

■ **El deducible total del plan**	**$5500**
■ **Coseguro del especialista**	**$**
■ **Coseguro del hospital (institución)**	**20%**
■ **Otro coseguro**	**20%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al doctor de atención primaria (*incluyendo educación sobre la enfermedad)*
Examen de diagnóstico *(exámenes de sangre)*
Recetas médicas
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$7500.00**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$5500
Copagos	$400
Coseguro	$1311.44
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$250
El total que Joe pagaría	**$5900.00**

La fractura de Mía
(visita a la sala de emergencia en la red y atención de seguimiento)

■ **El deducible total del plan**	**$5500**
■ **Coseguro del especialista**	**$**
■ **Coseguro del hospital (institución)**	**20%**
■ **Otro coseguro**	**20%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en sala de emergencia *(incluyendo suministros médicos)*
Examen de diagnóstico *(rayos x)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

Costo total del ejemplo	**$1920.00**

En este ejemplo, Mía pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$1920.00
Copagos	$
Coseguro	$
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mía pagaría es	**$1920.00**

El **plan** sería responsable de cubrir el resto de los costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Non-Discrimination Statement and Foreign Language Access

We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation or health status in our health plans, when we enroll members or provide benefits.

If you or someone you're assisting is disabled and needs interpretation assistance, help is available at the contact number posted on our website or listed in the materials included with this notice (TDD: 711).

Free language interpretation support is available for those who cannot read or speak English by calling one of the appropriate numbers listed below.

If you think we have not provided these services or have discriminated in any way, you can file a grievance by emailing contact@hcrcompliance.com or by calling our Compliance area at 1-800-832-9686 or the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD).

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de este plan de salud, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-396-0183. (Spanish)

如果您，或是您正在協助的對象，有關於本健康計畫方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥 1-844-396-0188。 (Chinese)

Nếu quý vị, hoặc là người mà quý vị đang giúp đỡ, có những câu hỏi quan tâm về chương trình sức khỏe này, quý vị sẽ được giúp đở với các thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-389-4838 (Vietnamese)

이 건강보험에 관하여 궁금한 사항 혹은 질문이 있으시면 1-844-396-0187로 연락해 주십시오. 귀하의 비용 부담없이 한국어로 도와드립니다. (Korean)

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa planong pangkalusugang ito, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-389-4839 . (Tagalog)

Если у Вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Вашего плана медицинского обслуживания, то Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на русском языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-389-4840. (Russian)

إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص خطة الصحة هذه، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة.للتحدث مع مترجم اتصل ب 1-844-396-0189 (Arabic)

Si ou menm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan plan sante sa a, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-844-398-6232. (French/Haitian Creole)

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions à propos de ce plan médical, vous avez le droit d'obtenir gratuitement de l'aide et des informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-844-396-0190. (French)

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie planu ubezpieczenia zdrowotnego, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-844-396-0186. (Polish)

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre este plano de saúde, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-396-0182. (Portuguese)

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su questo piano sanitario, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-844-396-0184. (Italian)

あなた、またはあなたがお世話をされている方が、この健康保険 についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-844-396-0185 までお電話ください。 (Japanese)

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu diesem Krankenversicherungsplan haben bzw. hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-396-0191 an. (German)

اگر شما یا فردی که به او کمک می کنید سؤالاتی در باره‌ی این برنامه‌ی بهداشتی داشته باشید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم، لطفاً با شماره‌ی 1-844-398-6233 تماس حاصل نمایید. (Persian-Farsi)

Ni da doodago t'áá háída bíká'aná nílwo'ígíí díí Béeso Ách'ą́ąh naa'nilígi hää'ída yí na' ídíł kidgo, nihá'áhóót'i' nihí ká'a'doo wołgo kwii ha'át'íshíį́ bí na'ídołkidígi doo bik'é'azláagóó. Ata' halne'é ła' bich'į' ha desdzih nínízingo, kojį' béésh bee hólne' 1-844-516-6328. (Navajo)