

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un **plan** médico. El SBC le muestra cómo usted y el **plan** compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este **plan** (llamada **prima**) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-877-280-2964 o visítenos en https://globalhealth.com/media/vxqf31f3/cert_lggrp_stdcust_ok_2021_nq_standard-spanish.pdf. Para una definición de los términos de uso común, como **monto permitido**, **facturación del saldo**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** u otros términos **delineados** consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.GlobalHealth.com/uniformglossary o llamar a 1-877-280-2964 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	USD \$300 por miembro individual o \$600 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros familiares en el plan , cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible individual, hasta que la cantidad total de los gastos de deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible de la familia completa.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Los servicios preventivos , las visitas al consultorio, los análisis de laboratorio y los medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance el deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, aunque todavía no haya alcanzado el deducible . Sin embargo, puede aplicarse un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios de prevención sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Encuentre una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos del bolsillo de este plan ?	USD \$6,850 por miembro individual o \$10,000 por familia	El límite de gastos directos del bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos directos del bolsillo de la familia completa.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Las primas , los cargos de la facturación del saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores de la red , visite www.GlobalHealth.com o llame al 1-877-280-5600.	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará el mínimo si acude a un proveedor de la red de centros preferidos. Pagará más si acude a un proveedor de la red de centros no preferidos. Pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios, como los análisis de laboratorio. Verifique esto con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene un referido antes de ver al especialista .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo No se aplica el deducible .	No está cubierto.	Ninguno
	Visita al especialista	\$45 de copago por visita. No se aplica el deducible . Atención quiropráctica: \$25 de copago por visita. No se aplica el deducible . Cuidado de los pies: \$25 de copago por visita. No se aplica el deducible .	No está cubierto.	Se requieren un referido y preautorización , excepto para la atención quiropráctica o de un obstetra/ginecólogo. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Atención quiropráctica Límite de 20 visitas por año del plan .
	Atención preventiva/ examen colectivo/vacuna	Sin cargo No se aplica el deducible .	No está cubierto.	*Consulte la sección de beneficios de atención preventiva. Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique lo que el plan pagará.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo No se aplica el deducible .	No está cubierto.	Ninguno
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Visita al PCP (médico de atención primaria): Sin cargo No se aplica el deducible . Visita al especialista : Sin cargo No se aplica el deducible . Centro preferido: \$350 de copago por estudio. Centro no preferido: \$700 de copago por estudio.	No está cubierto.	Se requieren un referido y preautorización . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Se incluye en el copago por consulta con el especialista .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.GlobalHealth.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Suministro para 30 días: \$6 de copago por receta, genérico de bajo costo. No se aplica el deducible . \$15 de copago por receta, genérico preferido. No se aplica el deducible . Suministro para 90 días: \$12 de copago por receta, genérico de bajo costo. No se aplica el deducible . \$30 de copago por receta, genérico preferido. No se aplica el deducible .	No está cubierto.	El suministro para 30 días se da en farmacias. El suministro para 90 días puede darse en farmacias o mediante pedido por correo.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	Suministro para 30 días: \$70 de copago por receta. No se aplica el deducible . Suministro para 90 días: \$175 de copago por receta. No se aplica el deducible .	No está cubierto.	Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de preautorización . *Consulte la sección de beneficios de medicamentos con receta. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. El suministro para 30 días se da en farmacias. El suministro para 90 días puede darse en farmacias o mediante pedido por correo. Los medicamentos de especialidad solo están disponibles en suministros para 30 días.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	Suministro para 30 días: \$105 de copago por receta. No se aplica el deducible . Suministro para 90 días: \$315 de copago por receta. No se aplica el deducible . Medicamentos de quimioterapia: \$100 de copago , como máximo, por receta. No se aplica el deducible .	No está cubierto.	
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	De especialidad preferidos: 10% de coseguro hasta \$400 de copago . No se aplica el deducible . De especialidad no preferidos: 10% de coseguro hasta \$600 de copago . No se aplica el deducible . Medicamentos de quimioterapia orales: 10% de coseguro hasta \$100 de copago . No se aplica el deducible .	No está cubierto.	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro preferido: \$500 de copago por visita. Centro no preferido: \$1,000 de copago por visita.	No está cubierto.	
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto.	

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.GlobalHealth.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$300 de copago por visita.	\$300 de copago por visita.	Se limita a servicios dentro de los Estados Unidos. El copago por atención en la sala de emergencias no se aplica si lo ingresan en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	\$75 de copago por evento.	\$75 de copago por evento.	
	Atención de urgencia	\$20 de copago por visita. No se aplica el deducible .	\$20 de copago por visita. No se aplica el deducible .	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$500 de copago por día hasta \$1,500 de copago por estancia.	No está cubierto.	Se requieren un referido y preautorización , excepto para la atención de emergencia o el parto. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los honorarios del médico/cirujano se incluyen en la tarifa del centro.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto.	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Visitas al consultorio: Sin cargo No se aplica el deducible . Programa intensivo para pacientes ambulatorios: Sin cargo No se aplica el deducible . Programa de hospitalización parcial: Sin cargo	No está cubierto.	*Consulte la sección de beneficios de salud conductual. Se requieren un referido y preautorización para otros servicios que no sean visitas en el consultorio. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Servicios internos	Centro de tratamiento residencial: \$500 de copago por estancia. Cuidados agudos: \$500 de copago por día hasta \$1,500 de copago por estancia.	No está cubierto.	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal y posnatal sin cargo. No se aplica el deducible .	No está cubierto.	No se aplican costos compartidos para los servicios preventivos . Los servicios profesionales para el nacimiento y el parto están incluidos en los servicios prestados por el centro. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonidos).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	No está cubierto.	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$300 de copago por día hasta \$900 de copago por estancia.	No está cubierto.	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	No está cubierto.	Se requieren un referido y preautorización . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Atención domiciliaria: Límite de 30 visitas por año del plan .
	Servicios de rehabilitación	Pacientes hospitalizados: Sin cargo Visita al consultorio: \$45 de copago por visita. No se aplica el deducible . Centro ambulatorio de rehabilitación: \$70 de copago por visita. Centro hospitalario de rehabilitación: \$225 de copago por día.	No está cubierto.	Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Se requiere un referido y preautorización , excepto para la evaluación de fisioterapia. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Límite de 60 visitas por año del plan . Los servicios hospitalarios se incluyen en la tarifa del centro hospitalario.
	Servicios de habilitación	Pacientes hospitalizados: Sin cargo Visita al consultorio: \$45 de copago por visita. No se aplica el deducible . Centro ambulatorio de habilitación: \$70 de copago por día.	No está cubierto.	*Consulte la sección de beneficios médicos. Se requiere un referido y preautorización , excepto para la evaluación de fisioterapia. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los servicios hospitalarios se incluyen en la tarifa del centro hospitalario.
	Cuidado de enfermería especializada	\$500 de copago por estancia.	No está cubierto.	*Consulte la sección de beneficios médicos. Se requieren un referido y preautorización . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Enfermería especializada: Límite de 30 días por año del plan .
	Equipo médico duradero	30% de coseguro .	No está cubierto.	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	No está cubierto.	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$50 de copago por visita. No se aplica el deducible .	No está cubierto.	Límite de un examen por año del plan .
	Anteojos para niños	Sin cargo	No está cubierto.	Se limita a un solo par de monturas y lentes básicos o a un primer set de lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas.
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto.	No está cubierto.	Sin cobertura.

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.GlobalHealth.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención dental (adulto)
- Atención dental (revisión dental para niños)
- Atención a largo plazo
- Atención que no es emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- Enfermería privada

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

- Atención quiropráctica
- Cirugía estética (reparación de condiciones resultantes de lesiones accidentales o defectos congénitos, cuando sea [médicamente necesaria](#). Para conocer las limitaciones, consulte el Manual para miembros).
- Audífonos (límite de uno por oído cada 48 meses)
- Tratamiento por infertilidad
- Atención de la vista de rutina (adulto)
- Atención de rutina de los pies (cubierta únicamente para los pacientes diabéticos)
- Programas de pérdida de peso (cubiertos solo si los proporciona un [proveedor](#) de la red)

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Employees Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados) del U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los Estados Unidos) llamando al 1-866-444-3272 o visitando www.dol.gov/ebsa/healthreform, o Center for Consumer Information and Insurance Oversight (Centro de Información al Consumidor y Auditorías de Seguros) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos) llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando www.cciio.cms.gov. También puede comunicarse con GlobalHealth llamando al 1-877-280-2964 o visitando www.GlobalHealth.com. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: el Servicio de Atención al Cliente de GlobalHealth llamando al 1-877-280-2964 o visite www.GlobalHealth.com, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272), u Oklahoma Insurance Department (Departamento de Seguros de Oklahoma) llamando al 1-800-522-0071 o al (405) 521-2991 (solo dentro del estado) o visitando <http://www.ok.gov/oid/Consumers>.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-280-5600 (TTY: 711).

————— *Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección* —————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada (nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$300
- [Copago](#) por [especialista](#) \$45
- Hospital (instalaciones) \$300/day up to [copago](#) \$900/per stay
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$300
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$0

<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$10

El total que Peg pagaría es	\$1,410
------------------------------------	----------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$300
- [Copago](#) por [especialista](#) \$45
- Hospital (instalaciones) \$300/day up to [copago](#) \$900/per stay
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$5,600
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,900
Coseguro	\$0

<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$30

El total que Joe pagaría es	\$1,930
------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$300
- [Copago](#) por [especialista](#) \$45
- Hospital (instalaciones) \$300/day up to [copago](#) \$900/per stay
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Costo compartido</i>	
Deductibles	\$300
Copagos	\$700
Coseguro	\$0

<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0

El total que Mia pagaría es	\$1,000
------------------------------------	----------------

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