



El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que te ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC te muestra cómo tú 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 tu cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita www.mediexcel.com o llama al 1-855-633-4392. The English version of the SBC is the official version, and this translated Spanish version is for informational purposes only. La versión en inglés del SBC es la oficial, la versión en español únicamente es para fines informativos. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#), consulta el glosario. Puedes revisar el glosario en <http://www.cciio.cms.gov> o llamar al 1-855-633-4392 para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes | Respuestas | Por qué Es Importante |
|---|---|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$0. | Consulta la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para ver los costos de los servicios que cubre este Plan . |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ? | Sí. Todos los servicios están cubiertos ya que no hay deducible . | Todos los servicios están cubiertos, no existe deducible . |
| ¿Hay algún otro deducible por servicios específicos? | No. | No tienes que pagar un deducible por servicios específicos. |
| ¿Cuál es el desembolso anual máximo de este Plan ? | \$4,500 por miembro/ \$9,000 por familia. | El desembolso anual máximo es la cantidad máxima que pagarás durante el periodo de un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de tu familia pertenecen a este Plan , ellos tendrán que completar su propio desembolso anual máximo hasta que se complete el desembolso anual máximo familiar. |
| ¿Qué no incluye el desembolso anual máximo ? | Las primas , factura de saldo y los servicios de salud que este Plan no cubre. | Aunque pagues estos costos, no cuentan hacia el desembolso anual máximo . |
| ¿Pagare un poco menos si acudo a un proveedor dentro de la red medica ? | Sí. Visita www.mediexcel.com o llama al 1-855-633-4392 para una lista de proveedores dentro de la red de MediExcel Health Plan . | Este Plan utiliza una red de proveedores . Pagarás más si acudes a un proveedor fuera de la red y es posible que recibas una factura del proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que tu Plan paga (facturación del saldo). Ten en mente que tu proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulta con tu proveedor antes de obtener servicios. |
| ¿Necesito una referencia para ver a un especialista ? | Sí. | Este Plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista pero solo si tienes una referencia antes de acudir al especialista . |



Todos los [copagos](#) y [coaseguros](#) que se muestran en estas tablas son después de que se haya cumplido con el [deducible](#), si es que aplica un [deducible](#).

| Eventos Médicos Comunes | Servicios que Podrías Necesitar | Lo que Pagaras | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|---|--|---|---|--|
| | | Proveedor Dentro de la Red (Pago Mínimo) | Proveedor Fuera de la Red (Pago Máximo) | |
| Si acudes al Consultorio o Clínica de un Proveedor de Salud | Visita de Atención Primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$10 copago /visita | No se cubre | El miembro pagará el máximo de un copago por mes calendario por servicio de cuidados primarios. |
| | Visita a un Especialista | \$15 copago /visita | No se cubre | Ninguna. |
| | Cuidado Preventivo/Evaluaciones/Vacunas | Sin cargo | No se cubre | Es posible que tengas que pagar por servicios que no son preventivos. Consulta con tu proveedor si los servicios que necesitas son de cuidado preventivo y verifica lo que cubre tu Plan . |
| Si te Realizas un Examen | Prueba Diagnóstica (rayos-x, análisis de sangre) | \$5 copago /visita | No se cubre | Se requiere autorización previa para tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética. El no obtener autorización previa puede resultar en falta de pago por servicios. |
| | Estudios de Imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | \$30 copago /visita | No se cubre | |
| Si necesitas Medicamentos para Tratar tu Enfermedad o Condición. Para más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta , visita www.mediexcel.com | Medicamentos Genéricos (Nivel 1) | \$10 copago /medicamento | No se cubre | Cubre un suministro de hasta 30 días. |
| | Medicamentos de Marcas Preferidas (Nivel 2) | \$15 copago /medicamento | No se cubre | De acuerdo con los lineamientos del formulario. |
| | Medicamentos de Marcas No Preferidas (Nivel 3) | \$20 copago /medicamento | No se cubre | Medicamentos orales anticancerígenos no excederán \$250 por mes. |
| | Medicamentos Especializados (Nivel 4) | 25% coaseguro hasta \$250 por medicamento | No se cubre | No hay servicio de correo para la entrega de medicamentos. |
| Si te Sometes a una Operación Ambulatoria | Cargo por Instalaciones (e.g. Centro de Cirugía Ambulatoria) | \$50 copago | No se cubre | Se requiere autorización previa para cirugía ambulatoria. El no obtener autorización previa puede resultar en falta de pago por servicios. |
| | Honorarios de Médico/Cirujano | Sin cargo | No se cubre | Ninguna. |
| Si necesitas Servicio de Emergencia o Atención de Urgencia | Atención en la Sala de Emergencias | 15% coaseguro | 15% coaseguro | El coaseguro aplica al episodio completo de servicio de emergencia. El costo máximo que el miembro pagará no debe exceder \$250 por servicio de emergencia ambulatoria. |
| | Transporte Médico de Emergencia | \$150 copago | \$150 copago | |

[*Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulta el [Plan](#) o el documento de la póliza en www.mediexcel.com.]

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | Atención de Urgencia | Fuera de México: \$40 copago /visita En México: \$20 copago /visita | Fuera de México: \$40 copago /visita En México: \$20 copago /visita | Servicios de Atención de Urgencia de proveedores no participantes ubicados en México están cubiertos solo cuando el Miembro esta fuera del área de servicio del Plan. |
| Hospitalización | Cargo por Instalaciones (e.g. habitación de hospital) | \$50 copago /día | No se cubre | Se requiere autorización previa para hospitalización que no sea de emergencia. El no obtener autorización previa puede resultar en falta de pago por servicios. |
| | Honorarios de Médico/Cirujano | Sin cargo | No se cubre | Ninguna. |
| Si necesitas Servicios de Salud Mental, Conductual o Toxicomanías | Servicios Ambulatorios | \$10 copago /visita | No se cubre | Ninguna. |
| | Servicios de Hospitalización | \$50 copago /día | No se cubre | |
| Embarazo | Visitas de Consultorio | \$10 copago /visita | No se cubre | Los servicios prenatales y posnatales no tienen costos compartidos ya que se consideran cuidado preventivo . |
| | Servicio Profesional de Parto | Sin cargo | No se cubre | |
| | Servicio de Instalaciones de Partos Profesionales | \$50 copago /día | No se cubre | |
| Si necesitas Servicios de Recuperación o tienes Otras Necesidades de Salud Especiales | Cuidado de la Salud en el Hogar | Sin cargo | No se cubre | Ninguna. |
| | Servicios de Rehabilitación | \$10 copago /visita | No se cubre | Ninguna. |
| | Servicios de Habilitación | \$10 copago /visita | No se cubre | Ninguna. |
| | Cuidado de Enfermería Especializada | \$25 copago /día | No se cubre | Ninguna. |
| | Equipo Médico Duradero | 10% coaseguro | No se cubre | Ninguna. |
| | Servicios de Hospicio (cuidados paliativos o enfermos terminales) | Sin cargo | No se cubre | Se requiere autorización previa para servicios de hospicio. El no obtener autorización previa puede resultar en falta de pago por servicios. |
| Si tu niño necesita Servicios Odontológicos u Oftalmológicos | Examen de la Vista Pediátrico | Sin cargo | No se cubre | Ninguna. |
| | Anteojos para Niños | No se cubre | No se cubre | Ninguna. |
| | Chequeo Dental Pediátrico | Sin cargo | No se cubre | Limitado al plan de tratamiento dental y profilaxis (limpieza) cada 6 meses, hasta los 19 años. |

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos

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

- Quiropráctico
- Cirugía cosmética
- Tratamiento dental
- Prótesis auditivas
- Cuidados de largo plazo
- Atención que no sea de emergencia en USA
- Enfermera privada
- Cuidados de rutina de los pies
- Servicios que no son **medicamente necesarios**

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulta el documento de tu [Plan](#).)

- Acupuntura (solo para propósito de rehabilitación)
- Cirugía bariátrica
- Tratamientos para infertilidad
- Programas para perder peso

Tus derechos para continuar con tu cobertura: Hay agencias que pueden ayudarte si deseas continuar con tu cobertura aun cuando ésta termine; California Department of Managed Health Care, 1-888-466-2219 o www.dmhc.ca.gov, el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el U.S. Department of Health and Human Services, 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. También podrías tener otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visita www.CuidadoDeSalud.gov o llama al 1-800-318-2596.

Tus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarte si tienes una queja contra tu [Plan](#) por negarte una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de tus derechos, consulta la explicación de beneficios que recibirás para este [reclamo](#) médico. Tus documentos del [Plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a tu [Plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre tus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, llama al 1-855-633-4392. Adicionalmente, uno de los programas de asistencia al consumidor puede ayudarte a presentar tu apelación. Comunícate al Departamento de Atención Médica administrada de California al 1-855-466-2219 o visita www.dmhc.ca.gov.

¿Este Plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si eres elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no seas elegible para el [crédito fiscal para la prima](#).

¿Este Plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí.

Si tu [Plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), podrías calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarte a pagar un [plan de salud](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Español (spanish): Para obtener asistencia en español, llama al 1-855-633-4392.

————— Para ver ejemplos de cómo este [Plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulta 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 a la atención que recibas y a los precios que cobren tus [proveedores](#). Utiliza esta información para comparar los [costos compartidos](#) que tendrías que pagar ([deducibles](#), [copagos](#), [coaseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) bajo el [Plan](#), en comparación con otros [planes](#) médicos distintos. Ten en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está Embarazada

(nueve meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

| | |
|---|----------|
| ■ El Deducible general del Plan | \$0 |
| ■ Copago a Especialista | \$15 |
| ■ Copago por Hospital (instalaciones) | \$50/día |
| ■ Otro Coaseguro | 10% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- Visitas al [Especialista](#) (atención prenatal)
- Servicios de Parto Profesionales (médicos)
- Hospitalización por Parto
- [Pruebas Diagnósticas](#) (ultrasonido y análisis de sangre)
- Servicio de [Especialista](#) (anestesia)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$310 |
| Coaseguro | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$370 |

Control de la Diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina de una enfermedad bien manejada dentro de la red)

| | |
|---|----------|
| ■ El Deducible general del Plan | \$0 |
| ■ Copago a Especialista | \$15 |
| ■ Copago por Hospital (instalaciones) | \$50/día |
| ■ Otro Coaseguro | 10% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- Visitas al Consultorio del [Médico Primario](#) (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
- [Pruebas Diagnósticas](#) (análisis de sangre)
- [Medicamentos Recetados](#)
- [Equipo Médico Duradero](#) (medidor de glucosa)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$680 |
| Coaseguro | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$55 |
| El total que Joe pagaría es | \$735 |

Fractura Simple de Mia

(visita a la sala de emergencia dentro de la red y visitas de seguimiento)

| | |
|---|----------|
| ■ El Deducible general del Plan | \$0 |
| ■ Copago a Especialista | \$15 |
| ■ Copago por Hospital (instalaciones) | \$50/día |
| ■ Otro Coaseguro | 10% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

- [Sala de Emergencia](#) (incluye materiales médicos)
- [Prueba Diagnóstica](#) (radiografía)
- [Equipo Médico Duradero](#) (muletas)
- [Servicios de Rehabilitación](#) (terapia física)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$150 |
| Coaseguro | \$75 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$225 |

Nota: estos costos suponen que el miembro no participa en el programa de bienestar del [Plan](#). Si participas en el programa de bienestar del [Plan](#), es posible que puedas reducir tus costos. Para más información, comunícate con MediExcel Health Plan al 1-855-633-4392 o visita www.mediexcel.com.

El [Plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en estos EJEMPLOS de eventos médicos comunes.