El documento 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: La información acerca del costo de este plan (llamada prima) se proporcionará por separado.

Esto es sólo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, comuníquese con SIMNSA al 1-800-424-4652. Para definiciones generales de términos comunes, tales como importe permitido, saldo de facturación, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, véase el Glosario. Puede ver el Glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/UG-Glossary-508-MM.pdf o llame al 1-800-424-4652 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Cuál es el deducible general?	$0	Consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer sus costos por servicios que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con su deducible?	Sí. Cudado preventivo y servicios en la tabla de Eventos Médicos Comunes.	Este plan cubre algunos servicios si no se ha lelgado a la antidad deducible. Pero un copago podría aplicar. Por ejemplo, este plan cubre cuidados preventivos sin reparto de costos y antes de llegar a un deducible. Vea una lista de cuidados preventivos cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	Usted no tiene que cumplir con deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso para este plan?	**Para los proveedores participantes $6,350 individuos/ $12,700 familia**	El límite de gastos de desembolso es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que se haya cumplido con el límite general de gastos de la familia.
¿Qué no está incluido en **el límite de gasto de desembolso?**	Primas, cargos de saldo facturación y atención médica que este plan no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de su desembolso.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la **red?**	Sí. Consulte www.simnsa.com o llame al 1-800-424-4652 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan. Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (un saldo de factura). Tenga en cuenta que su proveedor de red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	Sí	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista para los servicios cubiertos, pero sólo si usted tiene una referencia antes de ver al especialista.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de $5/visita	No cubierto	Los copagos correspondientes aplican para los servicios de telemedicina.
	Visita de especialista	$5 copago/visita	No cubierto	La previa autorización para servicios que no sean de ginecología requeridos o el servicio puede no estar cubierto. La quiropráctica no está cubierta.
	Cuidado preventivo/pruebas/ Inmunización	Sin cargo	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Después, compruebe lo que su plan pagará.
Si le hacen una prueba*	Examen diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	Sin cargo	No cubierto	Se requiere previa autorización para ciertos servicios. La falta de autorización previa para procedimientos que no sean de emergencia o urgentes puede resultar en el impago de beneficios.
	Imágenes (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas)	Sin cargo	No cubierto	Se requiere previa autorización para ciertos servicios. La falta de autorización previa para procedimientos que no sean de emergencia o urgentes puede resultar en el impago de beneficios.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre la cobertura de **medicamentos recetados** está disponible en www.simnsa.com	Medicamentos genéricos	Copago de$5/receta	No cubierto	Los medicamentos, suministros y suplementos están cubiertos cuando son recetados por un Proveedor Participante y de acuerdo con las pautas del plan. Ciertos medicamentos están cubiertos sólo para un suministro de 30 días en un período de 30 días. No se aplica ningún cargo por anticonceptivos requeridos bajo la guía de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés.) Ciertos medicamentos requieren autorización previa. La falta de autorización previa puede dar lugar al impago de beneficios.
	Medicamentos de marca preferidos	Copago de $5/receta	No cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de $5/receta	No cubierto	
	Medicamentos especializados	Copago de $5/receta	No cubierto	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el plan o las políticas en [www.simnsa.com].

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa de instalación (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	No cubierto	Se requiere previa autorización para ciertos servicios. La falta de autorización previa para procedimientos que no son de emergencia puede dar lugar a la falta de pago de beneficios.
	Honorarios de médico/cirujano	Sin cargo	No cubierto	Se requiere previa autorización para ciertos servicios. La falta de autorización previa para procedimientos que no son de emergencia puede dar lugar a la falta de pago de beneficios.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$250 copago/visita	$250 copago/visita	El copago se exime si usted es admitido en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Atención urgente	$50 copago/visita fuera de México; copago de $25/visita en México	$50 copago/visita fuera de México; copago de $25/visita en México	Ninguno
Si tiene una hospitalización	Tarifa de instalación (por ejemplo, habitación de hospital)	Sin cargo	No cubierto	Ninguno
	Honorarios de médico/cirujano	Sin cargo	No cubierto	Se requiere previa autorización para ciertos servicios. La falta de autorización previa para procedimientos que no son de emergencia puede dar lugar a la falta de pago de beneficios.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	$5 copago/visita	No cubierto	*Sin cargo por "Otros Artículos y Servicios" – Ver Resumen de Beneficios y Programa de Copagos.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	No cubierto	Ninguno
Si está embarazada	Consultas	$5 copago/visita	No cubierto	Ninguno
	Servicios profesionales de parto	Sin cargo	No cubierto	Ninguno
	Servicios de instalaciones de parto	Sin cargo	No cubierto	Ninguno

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el plan o las políticas en [www.simnsa.com].

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	Sin cargo	No cubierto	Dado que el área de servicio del plan se encuentra en México, los servicios de Salud en el Hogar, Rehabilitación, Habilitación y Enfermería Especializada solo están disponibles en situaciones limitadas y se requiere autorización previa. Consulte el documento de su plan (disponible en www.simnsa.com).
	Servicios de rehabilitación	$10 copago/visita	No cubierto	
	Servicios de habilitación	$10 copago/visita	No cubierto	
	Cuidado de enfermería especializada	Sin cargo	No cubierto	Las instalaciones de enfermería especializada no están disponibles en el área de servicio del plan.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	No cubierto	Debe estar de acuerdo con las pautas de formulario de equipo médico duradero. Ciertos equipos requieren previa autorización.
	Servicios de hospicio	Sin cargo	No cubierto	Dado que el área de servicio del plan está en México, los Servicios de Hospicio solo están disponibles en situaciones limitadas. Consulte el documento del plan (disponible en www.simnsa.com).
Si su hijo necesita cuidado dental u ocular	Examen ocular infantil	$5 copago/visita	No cubierto	Los exámenes oculares con el fin de obtener o mantener lentes de contacto no están cubiertos.
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguno
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	Puede estar cubierto si su empleador compra la póliza dental. Para obtener más información, comuníquese con su empleador o llame al plan al 619-407-4082 (EE. UU.) o al 683-29-02 (México).

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Compruebe su documento de póliza o plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)

- Cuidado quiropráctico
- Cirugía Estética
- Odontólogos
- Aparatos Auditivos
- Enfermería de servicio privado
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado que no sea de emergencia cuando viaja fuera del área de servicio del Plan en México
- Servicios/tratamientos no médicamente necesarios
- Programas de pérdida de peso

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el plan o las políticas en [www.simnsa.com].

Otros Servicios Cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su **plan.)**		
• Acupuntura • Cirugía bariátrica	• Cuidado de ojos de rutina (adulto)	• Cuidado rutinario de los pies

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que termine. La información de contacto para esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluyendo la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre *Marketplace*, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Departamento de Atención Médica Administrada al 1-888-HMO-HELP (466-2219) o www.dmhc.com.

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí
Si usted no tiene Cobertura Esencial Mínima por un mes, usted tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura de salud para ese mes.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí
Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para un crédito tributario de prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:
English: For assitance in English, call 619-407-4082 (U.S.) or 683-29-02 (Mexico).

——————————————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica, *véase la siguiente sección.* ——————————

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el plan o las políticas en [www.simnsa.com].

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este Plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos factores. Enfóquese en los Importes de participación en los costos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos bajo el Plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en virtud de diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura de individuos.

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

El deducible general del plan	**$0**
Especialista [copago]	**$5**
Hospital (instalación) [copago]	**$0**
Otros [copago]	**$5**

Este evento EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales de parto
Servicios de parto
Pruebas de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coaseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$0**

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de cuidado rutinario dentro de la red de una condición bien controlada)

El deducible general del plan	**$0**
Especialista [copago]	**$5**
Hospital (instalación) [copago]	**$0**
Otros [copago]	**$5**

Este evento EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluida la *educación para la enfermedad)* Exámenes diagnósticos *(trabajos de sangre)* Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (medidor de *glucosa)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$120
Coaseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$120**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de urgencias en la red y cuidado de seguimiento)

El deducible general del plan	**$0**
Especialista [copago]	**$5**
Hospital (instalación) [copago]	**$250**
Otros [copago]	**$5**

Este evento EJEMPLO incluye servicios como:
Atención a la sala de *emergencias (incluidos los suministros médicos)*
Pruebas de diagnóstico *(rayos X)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$260
Coaseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$260**

El **Plan** sería el responsable de pagar los demás costos de estos EJEMPLOS de servicios cubiertos.