



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. Cuidado preventivo y servicios en la tabla de Eventos Médicos Comunes.	Este plan cubre algunos servicios si no se ha llegado 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 <u>de \$7/visita</u>	No cubierto	Los copagos correspondientes aplican para los servicios de telemedicina.
	Visita de especialista	\$7 <u>copago/visita</u>	No cubierto	<u>La previa autorización</u> 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 <u>preventivos</u> . 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	<u>Se requiere previa autorización</u> para ciertos servicios. La falta de <u>autorización previa</u> para procedimientos que no sean de emergencia o urgentes puede resultar en el impago de beneficios.
	Imágenes (tomografías computarizadas/TEP, resonancias magnéticas)	Sin cargo	No cubierto	<u>Se requiere previa autorización</u> para ciertos servicios. La falta de <u>autorización previa</u> para procedimientos que no sean de emergencia o urgentes puede resultar en el impago de beneficios. La cobertura y la autorización para la detección y la prueba de COVID-19 se determinarán en función de las reglamentaciones estatales y federales aplicables vigentes en el momento de la evaluación y la prueba del sujeto.
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	<u>Copago de \$10/receta</u>	No cubierto	Los medicamentos, suministros y suplementos están cubiertos cuando son recetados por un Proveedor Participante y de acuerdo con las pautas <u>del plan</u> . 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
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago de \$10/receta</u>	No cubierto	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
	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago de \$10/receta</u>	No cubierto	impago de beneficios.
	Medicamentos especializados	<u>Copago de \$10/receta</u>	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	<u>Se requiere previa autorización</u> para ciertos servicios. La falta de <u>autorización previa</u> 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	<u>Se requiere previa autorización</u> para ciertos servicios. La falta de <u>autorización previa</u> 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 <u>copago</u> /visita	\$250 <u>copago</u> /visita	<u>El copago se exime</u> si usted es admitido en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Atención urgente	\$50 <u>copago</u> /visita fuera de México; copago de \$25 / visita en México	\$50 <u>copago</u> /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	<u>Se requiere previa autorización</u> para ciertos servicios. La falta de <u>autorización previa</u> 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	\$7 <u>copago</u> /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	\$7 <u>copago</u> /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 <u>plan</u> 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 <u>autorización previa</u> . Consulte el documento de su <u>plan</u> (disponible en www.simnsa.com).
	Servicios de rehabilitación	\$10 <u>copago</u> /visita	No cubierto	
	Servicios de habilitación	\$10 <u>copago</u> /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 <u>plan</u> .
	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 <u>plan</u> está en México, los Servicios de Hospicio solo están disponibles en situaciones limitadas. Consulte el documento del <u>plan</u> (disponible en www.simnsa.com).
Si su hijo necesita cuidado dental u ocular	Examen ocular infantil	\$7 <u>copago</u> /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 <u>plan</u> al 619-407-4082 (EE. UU.) o al 683-29-02 (México).

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (Compruebe su documento de póliza o plan para obtener más información y una lista de cualquier otro <u>servicio excluido</u> .)		
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico • Cirugía Estética • Odontólogos • Aparatos Auditivos 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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

[La Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#), seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cobertura determinada. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal de la prima](#).

¿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 assistance 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 [coaseguros](#)) 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]	\$7
■ Hospital (instalación) [copago]	\$0
■ Otros [copago]	\$10

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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$84
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$84

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]	\$7
■ Hospital (instalación) [copago]	\$0
■ Otros [copago]	\$10

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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$204
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$204

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]	\$7
■ Hospital (instalación) [copago]	\$250
■ Otros [copago]	\$10

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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$267
Coaseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$267