El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El documento SBC le muestra de qué manera usted y el plan compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. Nota: la información sobre el costo del plan (denominado contribución) se proporcionará por separado. Esto es solamente un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite el sitio web https://members.bcidaho.com/my-account/my-account-my-contract.page. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, tales como monto permitido, facturación de saldos, costo compartido, copago, deducible, proveedor y otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede encontrar el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o puede llamar al 1-800-627-1188 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Por persona dentro de la red, **$1,800**; por persona fuera de la red, **$3,300**.	En general, usted debe pagar todos los costos del proveedor hasta el monto deducible antes de que este plan empiece a pagar. Si tiene a otros familiares en la póliza, se debe alcanzar el deducible total familiar antes de que el plan empiece a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible?	Sí. La atención preventiva dentro de la red y las vacunas están cubiertas antes de que usted alcance el deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible. Sin embargo, podría aplicarse un copago o costo compartido. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de alcanzar el deducible. Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No. No existen otros deducibles específicos.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite para gastos de bolsillo para este plan?	Para proveedores dentro de la red es de **$4,300** por persona. Para proveedores fuera de la red es de **$8,300** por persona.	El límite para gastos de bolsillo es lo máximo que usted podría pagar al año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos deberán alcanzar sus propios límites para gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite para gastos de bolsillo de toda la familia.
¿Qué no se incluye en el límite para gastos de bolsillo?	Las contribuciones, los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no se cuentan para el límite para gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si elige un proveedor dentro de la red?	Sí. Visite **www.bcidaho.com o llame al 1-855-216-6850** para obtener una lista de los proveedores dentro de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan. Pagará todavía más si utiliza un proveedor fuera de la red, y podrá recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldos). Tenga en cuenta que es posible que su proveedor dentro de la red use un proveedor fuera de la red para algunos servicios (por ejemplo, para los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir sus servicios.
¿Necesita una derivación para consultar con un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin una derivación.

Todos los copagos y costos compartidos que se muestran en esta tabla se aplican una vez alcanzado el deducible, en caso de que corresponda.

Acontecimiento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	Para servicios de telesalud adicionales, comuníquese con Teledoc al 1-800-TELADOC.
	Consulta con un especialista	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	------ ninguna ------
	Atención preventiva/pruebas de detección/ vacunas	Los servicios preventivos, las pruebas de detección y las vacunas de la lista no tienen ningún costo. No se aplica el deducible.	40% del costo compartido después del deducible	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después, verifique qué cubrirá su plan.
Si se somete a una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	------ ninguna ------
	Imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	Se requiere autorización previa.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.bcidaho.com	Medicamentos genéricos	20% del costo compartido después del deducible	Sin cobertura	Cubre hasta 90 días de suministro.
	Medicamentos de marca preferencial	20% del costo compartido después del deducible	Sin cobertura	Cubre hasta 90 días de suministro.
	Medicamentos de marca no preferencial	30% del costo compartido después del deducible	Sin cobertura	Cubre hasta 90 días de suministro.
	Medicamentos de categoría especial	30% del costo compartido después del deducible	Sin cobertura	La cobertura podrá tener limitaciones y se podrá necesitar autorización previa.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico o cirujano	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	Se requiere autorización previa.

Acontecimiento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% del costo compartido después del deducible	20% del costo compartido después del deducible	El costo compartido dentro de la red se aplica tanto a los servicios dentro de la red como fuera de la red.
	Traslados por emergencia médica	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	Se aplica el costo compartido dentro de la red para los servicios de ambulancia aérea.
	Atención de urgencia	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	------ ninguna ------
Si lo hospitalizan	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación en el hospital)	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico o cirujano	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	Para servicios de telesalud adicionales, comuníquese con Teledoc al 1-800-TELADOC.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	Para los servicios de maternidad, los costos compartidos no se aplican a determinados servicios preventivos. Según el tipo de servicios, podrá corresponder un copago, un costo compartido o un deducible. La atención por maternidad podrá incluir los exámenes y servicios descritos en otra parte del documento SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales por parto/nacimiento	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	------ ninguna ------
	Servicios en centros de parto/nacimiento	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	------ ninguna ------

Acontecimiento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y demás información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (usted pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	La cobertura se limita a un máximo de 100 días por año.
	Servicios de rehabilitación	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	La cobertura está limitada a un máximo de 40 consultas anuales para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios.
	Servicios de habilitación	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	La cobertura está limitada a un máximo de 40 consultas anuales para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios.
	Atención de enfermería especializada.	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	La cobertura está limitada a un máximo de 120 días por año.
	Equipo médico duradero	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	Se requiere autorización previa.
	Servicios de cuidados de hospicio	20% del costo compartido después del deducible	40% del costo compartido después del deducible	------ ninguna ------
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen oftalmológico para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	------ ninguna ------
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	------ ninguna ------
	Revisión odontológica para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	------ ninguna ------

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos)

- Cirugía estética
- Atención odontológica (adultos)
- Revisión odontológica (niños)
- Examen oftalmológico (niños)
- Anteojos (niños)
- Atención a largo plazo
- Cuidados de enfermería privada
- Atención oftalmológica de rutina (adultos)
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (estos servicios podrán estar sujetos a limitaciones. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos (niños)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención sin carácter de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.

Sus derechos para la continuación de la cobertura:

** **Cobertura médica colectiva -**
Existen organismos que pueden ayudarlo si desea continuar con la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de dichos organismos es la siguiente: Administración de Seguridad para los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo: 1-866-4444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform; Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros: 1-877-267-2323, ext. 61565 o www.cciio.cms.gov. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la adquisición de un seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-855-944-3246.

Sus derechos a reclamos y apelaciones:

Existen organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan porque se le denegó una reclamación. Esta queja se denomina reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la Explicación de Beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier razón ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese de la siguiente manera:

Si desea formular consultas iniciales sobre un reclamo o para apelar una determinación sobre un reclamo o un beneficio, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al 1-208-331-7347 o al 1-800-627-1188, visitando el sitio www.bcidaho.com o escribiendo a P.O. Box 7408, Boise, ID 83707.

Si su plan está sujeto a la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), puede comunicarse con la Administración de Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan brinda una cobertura esencial mínima? **Sí.**

En general, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguro de salud disponible a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para cierto tipo de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para las primas.

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

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría ser elegible para un crédito fiscal para la prima que lo ayude a pagar un plan a través del Mercado.

*Para ver ejemplos que muestran cómo este **plan** podría cubrir costos en una situación médica tipo, consulte la siguiente sección.*

Información sobre estos ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos detallados son solamente ejemplos de cómo este plan puede cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y costo compartido) y los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar el porcentaje de costos que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos se basan en una cobertura individual.

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

- **El deducible total del plan:** $1,800
- **Costo compartido del especialista:** 20%
- **Costo compartido del hospital (centro):** 20%
- **Otros costos compartidos:** 20%

En este EJEMPLO se incluyen los siguientes servicios:
Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)
Servicios profesionales por parto/nacimiento
Servicios en centros de parto/nacimiento
Pruebas de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre)
Consulta con un especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo	**$12,690**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$1,800
Copagos	$0
Costos compartidos	$2,160
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
Peg pagaría un total de	**$4,020**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red para tratar una afección bien controlada)

- **El deducible total del plan:** $1,800
- **Costo compartido del especialista:** 20%
- **Costo compartido del hospital (centro):** 20%
- **Otro coseguro:** 20%

En este EJEMPLO se incluyen los siguientes servicios:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluye servicios educativos para enfermedades)
Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero (glucómetro)

Costo total del ejemplo	**$5,830**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$1,800
Copagos	$0
Costos compartidos	$960
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
Joe pagaría un total de	**$2,780**

Factura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible total del plan:** $1,800
- **Costo compartido del especialista:** 20%
- **Costo compartido del hospital (centro):** 20%
- **Otros costos compartidos:** 20%

En este EJEMPLO se incluyen los siguientes servicios:
Atención en la sala de emergencias (incluye suministros médicos)
Prueba de diagnóstico (radiografía)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$1,800
Copagos	$0
Costos compartidos	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
Mia pagaría un total de	**$2,000**

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos en este EJEMPLO.

ATENCIÓN: Si habla árabe, bantú, chino, farsi, francés, alemán, japonés, coreano, nepalí, rumano, ruso, serbocroata, español, tagalo o vietnamita tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Árabe:
أو الفيتنامية، يتوافر لدينا خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. اتصل على 1-800-627-1188 (للصم والبكم: 711).

Bantú:
ICITONDERWA: Nimba uvuga ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Chino:
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-627-1188 (TTY: 711)。

Farsi:
اگر به زبان پارسی (فارسی) صحبت می کنید، خدمات رایگان زبان برای شما در دسترس هستند. تلفن 1-800-627-1188 (TTY: 711)

Francés:
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-627-1188 (ATS : 711).

Alemán:
ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Japonés:
注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-627-1188 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Coreano:
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-627-1188 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Nepalí:
ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-627-1188 (टिटिवाइ: 711) ।

Rumano:
ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Ruso:
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-627-1188 (телетайп: 711).

Serbocroata:
OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-627-1188 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Español:
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Tagalo:
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Vietnamita:
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-627-1188 (TTY: 711).