




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.fridayhealthplans.com o llame al 1-800-475-8466. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-475-8466 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Para proveedores dentro de la red : \$4,300 por individuo / \$8,600 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan , cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. La atención preventiva y los servicios de atención primaria se cubren antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de alcanzar su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$8,700 por individuo / \$17,400 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan , ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Haga clic aquí para ver los proveedores dentro de la red o llame al 1-800-475-8466 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red .	Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación .

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo	Sin cobertura	No se aplica el deducible .
	Consulta con un especialista	20% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios de diagnóstico y de diagnóstico por imágenes.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios de diagnóstico y de diagnóstico por imágenes.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.[insert].com .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$0 de copago	Sin cobertura	No se aplica el deducible . Se aplica solo a los medicamentos genéricos preferidos del formulario . Suministro de hasta 30 días por venta minorista y de hasta 90 días por venta minorista y por pedido por correo, excepto narcóticos y medicamentos de especialidad. Los medicamentos de atención preventiva se suministran sin costos compartidos, independientemente del nivel. No se aplica el deducible .
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	Hasta \$250 de copago	Sin cobertura	No se aplica el deducible . Se aplica solo a los medicamentos de marca preferidos del formulario .
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2 & 4)	Hasta \$350 de copago	Sin cobertura	No se aplica el deducible . Se aplica a los medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos del formulario .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	Hasta \$725 de copago	Sin cobertura	No se aplica el deducible . Se aplica solo a los medicamentos de especialidad del formulario . Algunos medicamentos de especialidad están disponibles en otros niveles. No todos los medicamentos de especialidad están cubiertos, y es posible que se requiera autorización previa . Consulte los documentos de su póliza para obtener información detallada.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifas del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa .
	Tarifas del médico / cirujano	20% de coseguro	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa .
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	50% de coseguro	50% de coseguro	Usted paga lo mismo que dentro de la red si se trata de una emergencia, según se define en su plan .
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	Usted paga lo mismo que dentro de la red si se trata de una emergencia, según se define en su plan .
	Atención de urgencia	\$75 de copago por visita	\$75 de copago por visita	No se aplica el deducible .
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa , a menos que se trate de una emergencia.
	Tarifas del médico / cirujano	20% de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa , a menos que se trate de una emergencia.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin copago - 100% de cobertura	Sin cobertura	Todas las hospitalizaciones por enfermedad mental grave o abuso de sustancias requieren autorización previa . No se aplica el deducible .
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	Sin cobertura	Todas las hospitalizaciones por enfermedad mental grave o abuso de sustancias requieren autorización previa .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de coseguro	Sin cobertura	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos .
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	Sin cobertura	La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	Sin cobertura	La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro	Sin cobertura	Límite de 2 meses de servicios para pacientes hospitalizados y 20 visitas para pacientes ambulatorios por terapia, por año del plan .
	Servicios de habilitación	20% de coseguro	Sin cobertura	Límite de 2 meses de servicios para pacientes hospitalizados y 20 visitas para pacientes ambulatorios por terapia, por año del plan .
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	Sin cobertura	Límite de 100 días por año del plan . Es posible que se requiera autorización previa .
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	Sin cobertura	Solo se cubre el equipo médico duradero considerado estándar o básico, según se define en las pautas reconocidas a nivel nacional. Es posible que se requiera autorización previa .
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos con un proveedor dentro de la red que no es un IHCP con una derivación de IHCP. Beneficios para servicios en un programa de cuidados paliativos para la atención de un miembro que tiene una enfermedad terminal con una expectativa de vida de seis meses o menos. No se requiere autorización para los primeros 6 meses; se requiere autorización previa para los 6 meses siguientes.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$0 de copago por visita	Sin cobertura	No se aplica el deducible. Límite de 1 examen por año del plan .
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Límite de 1 par cada 24 meses.
	Control dental para niños:	Sin cobertura.	Sin cobertura	La cobertura dental para niños puede adquirirse por separado como una póliza independiente.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

<ul style="list-style-type: none"> • Aborto • Acupuntura • Cirugía estética • Atención dental (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (adultos) • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia (fuera de los EE. UU.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de los pies de rutina • Programas de pérdida de peso
---	---	--

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Atención quiropráctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (niños) • Tratamiento de infertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería privada
--	--	---

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA o en www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/ o el Programa del plan multiestatal de la Oficina de Administración de Personal en www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/externalreview/. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) 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 dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con Friday Health Plans al 1-800-475-8466 o:

Department of Regulatory Agencies

Colorado Division of Insurance

1560 Broadway, Suite 850

Denver, CO 80202

(800) 930-3745

(303) 894-7499

<http://www.dora.state.co.us/insurance>

insurance@dora.state.co.us

¿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.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-475-8466.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,300
- [Coseguro](#) del [especialista](#) 20%
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$4,300
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,700
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,060

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,300
- [Coseguro](#) del [especialista](#) 20%
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$1,200
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,520

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,300
- [Coseguro](#) del [especialista](#) 20%
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,800

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

Inserto en varios idiomas Servicios de intérpretes en varios idiomas

Spanish: Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de FridayHealth Plans, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-475-8466.

Vietnamese: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Friday Health Plans, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-800-475-8466.

Chinese: 如果您, 或您正在幫助的人, 有關於 FridayHealth Plans 方面的問題, 您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息 想要跟一位翻譯員通話, 請致電 1-800-475-8466.

Korean: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 FridayHealth Plans 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-800-475-8466 로 전화하십시오.

Russian: Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу FridayHealth Plans, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-800-475-8466.

Amharic: እርስዎ፣ ወይም እርስዎ የሚያግዙት ግለሰብ፣ ስለ Friday Health Plans ጥያቄ ካላችሁ፣ ያለ ምንም ክፍያ በደንብ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አላችሁ። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ 1-800-475-8466 ይደውሉ።

Arabic: إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص 1-800-475-8466 في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Friday Health Plans haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-800-475-8466 an.

French: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de FridayHealth Plans, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-800-475-8466.

Nepali: यदि तपाईं आफ्ना लागि आफैं आवेदनको काम गर्दा, वा कसैलाई मद्दत गर्दा हानुहान्छ, Friday Health Plans बारे प्राहा छन् भने आफ्नो मातृभाषामा िनःशुल्क सहायता वा जानकारी पाउने अधिकार छ । दोभाषे (इन्टरप्रेटर) सँग कु रा गनर्ुपरे 1-800-475-8466 मा फोन गनर्ुहोस् ।

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Friday Health Plans, may karapatan ka na makakuha ng tu long at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-800-475-8466.

Japanese: ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、FridayHealth Plans についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-800-475-8466 までお電話ください。

Cushite: Isin yookan namni biraa isin deeggartan Friday Health Plans irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa 1-800-475-8466 tiin bilbilaa.

Persian: دریافت رایگان طور به را خود زبان به اطلاعات و که کمک دارید را این حق باشید داشته 1-800-475-8466 مورد در سوال ، میکنید کمک او به شما که کسی یا شما، گر Friday Health Plans . نمایید حاصل تماس نمایید.

Kru: I bale we, tole mutu ye hola, a gwee mbarga inyu Friday Health Plans, U gwee Kunde I kosna mahola ni biniiguene i hop wong n ni nsaawogui wo. I Nyu ipot ni muta nla koblene we hop, sebel 1-800-475-8466.

Ibo: Ọ́wọ́jì, ma o ọ́wọ́nyẹ́ I na eyere-aka, nwere ajiugbasara Friday Health Plans, I nwere ohere iwenta nye maka na ọ́mọ́na na asisugì na akwu gí ọ́wọ́ I chọ́l kwụnyẹ́-ntapịa okwu, kpọ́ 1-800-475-8466.

Yoruba: Bí iwọ́ tàbí níkéni tí o n ranlọ́wọ́ bá ní ibeere nipa Friday Health Plans, o ní ọ́lọ́lẹ́ rí iranwọ́ tí ifitónilẹ́tí gbà ní èdè reláìsanwọ́. Láti bá ongbufọ́kan sọ́ọ pè sórí 1-800-475-8466.