




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

 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 <a href="#">proveedor</a>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo	Sin cobertura	No se aplica el <a href="#">deducible</a> .
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	\$150 de copago por visita	Sin cobertura	No se aplica el <a href="#">deducible</a> .
	<a href="#">Atención preventiva / evaluación</a> / vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
Si se realiza un examen	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	0% de coseguro	Sin cobertura	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> para algunos servicios de diagnóstico y de diagnóstico por imágenes.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	0% de coseguro	Sin cobertura	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> 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 <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://www.fridayhealthplans.com">www.fridayhealthplans.com</a> .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Hasta \$30 de copago por receta médica	Sin cobertura	Se aplica solo a los medicamentos genéricos preferidos del <a href="#">formulario</a> . 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 <a href="#">atención preventiva</a> se suministran sin costos compartidos, independientemente del nivel. No se aplica el <a href="#">deducible</a> .
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	Hasta \$160 de copago por receta médica	Sin cobertura	No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Se aplica solo a los medicamentos de marca preferidos del <a href="#">formulario</a> .
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2 & 4)	0% de coseguro	Sin cobertura	Se aplica a los medicamentos de marca no preferidos, genéricos no preferidos y de especialidad no preferidos del <a href="#">formulario</a> .

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)	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad (Nivel 5)</a>	0% de coseguro	Sin cobertura	Se aplica solo a los medicamentos de especialidad del <a href="#">formulario</a> . Algunos medicamentos de especialidad están disponibles en otros niveles. No todos los <a href="#">medicamentos de especialidad</a> están cubiertos, y es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> . 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)	0% de coseguro	Sin cobertura	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .
	Tarifas del médico / cirujano	0% de coseguro	Sin cobertura	Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	0% de coseguro	0% de coseguro	Usted paga lo mismo que dentro de la red si se trata de una emergencia, según se define en su <a href="#">plan</a> .
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	0% de coseguro	0% de coseguro	Usted paga lo mismo que dentro de la red si se trata de una emergencia, según se define en su <a href="#">plan</a> .
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$175 de copago por visita	\$175 de copago por visita	No se aplica el <a href="#">deducible</a> .
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	0% de coseguro	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> , a menos que se trate de una emergencia.
	Tarifas del médico / cirujano	0% de coseguro	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> , 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 <a href="#">autorización previa</a> . No se aplica el <a href="#">deducible</a> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	0% de coseguro	Sin cobertura	Todas las hospitalizaciones por enfermedad mental grave o abuso de sustancias requieren <a href="#">autorización previa</a> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$150 de copago por visita	Sin cobertura	El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . No se aplica el <a href="#">deducible</a> .

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)	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	0% 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	0% 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	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	0% de coseguro	Sin cobertura	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$150 de copago por visita	Sin cobertura	No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Límite de 2 meses de servicios para pacientes hospitalizados y 20 visitas para pacientes ambulatorios por terapia, por año del <a href="#">plan</a> .
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$150 de copago por visita	Sin cobertura	No se aplica el <a href="#">deducible</a> . Límite de 2 meses de servicios para pacientes hospitalizados y 20 visitas para pacientes ambulatorios por terapia, por año del <a href="#">plan</a> .
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	0% de coseguro	Sin cobertura	Límite de 100 días por año del <a href="#">plan</a> . Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	0% de coseguro	Sin cobertura	Solo se cubre el <a href="#">equipo médico duradero</a> considerado estándar o básico, según se define en las pautas reconocidas a nivel nacional. Es posible que se requiera <a href="#">autorización previa</a> .
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	0% de coseguro	Sin cobertura	No se aplican <a href="#">costos compartidos</a> con un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> que no es un IHCP con una <a href="#">derivación</a> de IHCP. Beneficios para <a href="#">servicios en un programa de cuidados paliativos</a> 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.
	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 <a href="#">plan</a> .

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

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

**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: Departamento de Seguros de Colorado, al 1-800-930-3745. 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](http://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, **1-800-475-8466**.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

**¿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 1-888-338-5514.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-338-5514.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-338-5514.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-888-338-5514.

*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](#) \$8,700
- [Coseguro](#) del [especialista](#) 0%
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

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*

<a href="#">Deducibles</a>	\$8,700
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$8,760</b>
------------------------------------	----------------

### 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](#) \$8,700
- [Coseguro](#) del [especialista](#) 0%
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

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*

<a href="#">Deducibles</a>	\$900
<a href="#">Copagos</a>	\$2,500
<a href="#">Coseguro</a>	\$0

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$3,420</b>
------------------------------------	----------------

### Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$8,700
- [Coseguro](#) del [especialista](#) 0%
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

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*

<a href="#">Deducibles</a>	\$2,100
<a href="#">Copagos</a>	\$700
<a href="#">Coseguro</a>	\$0

*Lo que no está cubierto*

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

<b>El total que Mía pagaría es</b>	<b>\$2,800</b>
------------------------------------	----------------

Inserto en varios idiomas  
Servicios de intérpretes en varios idiomas