



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.GuideStone.org/PlanBooklets. 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 1-844-467-4843 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Dentro de la red: individual \$5,000/familiar \$10,000. Fuera de la red: individual \$15,000/familiar \$30,000.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan , se debe alcanzar el deducible familiar general antes de que el plan comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. La atención preventiva y los servicios de atención primaria están cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.HealthCare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Proveedores dentro de la red : individual \$5,000/familiar \$10,000; proveedores fuera de la red : individual \$25,000/familiar \$50,000. La cobertura familiar dentro de la red tiene un límite de \$8,700 por individuo.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan , se debe alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Copagos por ciertos servicios, copagos por medicamentos de especialidad, primas , atención médica que este plan no cubre y cargos de facturación de saldo fuera de la red.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .
¿Pagaré menos si acudo a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red, visite www.guidestonehealth.org o llame al 1-855-497-1230.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagaré menos si uso un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagaré más si acudo a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija 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.	Coseguro del 30 %.	----- Ninguna. -----
	Consulta con un especialista	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	----- Ninguna. -----
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo para los servicios cubiertos.	Sin cobertura.	Es probable que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el plan .
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	----- Ninguna. -----
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	Se requiere autorización previa para procedimientos avanzados de diagnóstico por imágenes que no son de emergencia (p. ej., imágenes por resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones) realizados en un entorno ambulatorio.
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.GuideStone.org	Medicamentos genéricos	Copago de \$15/medicamentos con receta médica al por menor. Copago de \$30/medicamentos con receta médica pedidos por correo.	100 % del costo del medicamento. Debe presentar un formulario de reclamo para recibir un reembolso por los medicamentos cubiertos en virtud de los beneficios del plan y los cargos permitidos.	Cubre un suministro de 30 días (al por menor) y un suministro de 90 días (pedidos por correo). La diferencia de costo entre los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos disponibles es una multa por producto no cubierto. Se aplica una multa de \$10 después del segundo abastecimiento de medicamentos de mantenimiento para un suministro de 30 días (al por menor). Consulte el folleto del plan para obtener más información. Las multas anteriores no se acumulan para el deducible o los límites de gastos de bolsillo . No se cubren determinados anticonceptivos.
	Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$50/medicamentos con receta médica al por menor. Copago de \$100/medicamentos con receta médica pedidos por correo.		
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$75/medicamentos con receta médica al por menor, copago de \$150/medicamentos con receta médica pedidos por correo.		

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)	
	Suministros para la diabetes (genéricos, preferidos y no preferidos)	Copago de \$20/medicamentos con receta médica pedidos por correo.		Cubre un suministro de 90 días.
	Insulinas participantes	Copago de \$75/medicamentos con receta médica pedidos por correo.		Cubre un suministro de 90 días. Se aplica un copago por insulina para productos de insulina seleccionados cuyos fabricantes participan del programa específico para diabéticos Patient Assurance Program.
	Medicamentos de especialidad	Genéricos: Copago de \$50/medicamentos con receta médica. Preferidos: Copago de \$75/medicamentos con receta médica. No preferidos: Copago de \$100/medicamentos con receta médica.		Cubre un suministro de 30 días. Los copagos por determinados medicamentos de especialidad se establecerán en la cantidad máxima de asistencia disponible para copagos del fabricante y será este quien los pague.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	----- Ninguna. -----
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	----- Ninguna. -----
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Sin cargo.	Sin cargo.	----- Ninguna. -----
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	Los servicios de ambulancia aérea siempre se pagan en el nivel dentro de la red. Otros transportes, en caso de emergencia, se pagan en el nivel dentro de la red y no se aplica el deducible .
	Atención de urgencia	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	----- Ninguna. -----
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo.	Coseguro del 30 % después de copago de \$500.	Es posible que se requiera precertificación.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	----- Ninguna. -----
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	----- Ninguna. -----
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo.	Coseguro del 30 % después de copago de \$500.	Es posible que se requiera precertificación.

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	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	----- Ninguna. -----
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	----- Ninguna. -----
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	Coseguro del 30 % después de copago de \$500.	----- Ninguna. -----
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	Máximo de 120 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	Consulte el folleto del plan. Pueden aplicarse limitaciones.
	Servicios de habilitación	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	Consulte el folleto del plan. Pueden aplicarse limitaciones.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	Máximo de 120 días por año.
	Equipo médico duradero	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	El administrador de reclamos determina la opción de alquiler o compra. Los costos del alquiler no pueden exceder el costo total de la compra.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	----- Ninguna. -----
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo.	Coseguro del 30 %.	Consulte el <i>Cronograma de atención preventiva</i> para conocer los límites de edad que se aplican a los exámenes de la vista para niños.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	----- Ninguna. -----
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Consulte el <i>Cronograma de atención preventiva</i> para conocer las excepciones.

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](#)).

- | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------------|
| • Aborto. | • Atención dental (adultos). | • Enfermería privada. |
| • Acupuntura. | • Tratamientos experimentales o de investigación. | • Habitación privada de hospital. |
| • Determinados anticonceptivos. | • Tratamientos para la infertilidad. | • Atención de rutina para los pies. |
| • Cirugía cosmética. | • Atención a largo plazo. | • Programas para la 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](#)).

- | | | |
|---|--|--|
| • Cirugía bariátrica. | • Atención de quiropráctico: Limitado a 12 visitas por período de cobertura. | • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. |
| • Atención de rutina para la vista (adultos). | | • Audífonos. |

Su derecho a continuar con la cobertura: Los planes para iglesias no están cubiertos por las reglas de continuidad de la cobertura según la ley federal COBRA. 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: El coordinador de atención de MyQHealth al 1-855-497-1230 o visite www.guidestonehealth.org.

¿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](#).

Para seminaristas: Este plan proporciona cobertura esencial mínima solo si usted es (1) un ministro ordenado, comisionado o con licencia o (2) un empleado contratado por un empleador de la Convención Bautista de Sur o un ministro evangélico aprobado que trabaja 20 horas o más por semana.

¿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 **1-844-INS-GUIDE** (1-844-467-4843).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-844-INS-GUIDE** (1-844-467-4843).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-844-INS-GUIDE** (1-844-467-4843).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1-844-INS-GUIDE** (1-844-467-4843).

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

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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](#) \$5,000
- [Copago](#) de [especialista](#) 100 %
- [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*)
 Consultas con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$5,000
Copagos	\$50
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$5,000

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](#) \$5,000
- [Copago](#) de [especialista](#) 100 %
- [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:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1,100
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,800

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,000
- [Copago](#) de [especialista](#) 100 %
- [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, Mía pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$2,810

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