




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios cubiertos de atención médica. **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 o una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-844-722-4661 (TTY: 711) o visítenos en www.premera.com. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como monto permitido, facturación del 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 1-844-722-4661 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible total</u> ?	Dentro de la red: \$4,000 individual/ \$8,000 familiar.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de su familia se encuentran en el <u>plan</u> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Existen servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. No se aplica a la <u>atención preventiva</u> , los <u>copagos</u> , los <u>medicamentos con receta</u> ni a los servicios enumerados a continuación como "Sin cargo".	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>desembolso máximo para este plan</u> ?	Dentro de la red: \$8,000 individual/ \$16,000 familiar	Este <u>desembolso máximo</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia se encuentran en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus <u>desembolsos máximos</u> hasta que se alcance el <u>desembolso máximo</u> familiar general.
¿Qué no se incluye en el <u>desembolso máximo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos de <u>facturación de saldo</u> , las penalizaciones en caso de no obtener una <u>autorización previa</u> para los servicios y los servicios de atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Incluso si usted paga estos gastos, estos no se cuentan para su <u>desembolso máximo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Red Sherwood HMO. Consulte www.premiera.com o llame al 1-844-722-4661 para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura del <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Se necesita un <u>referido</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	Sí.	Este plan pagará por algunos o todos los costos por visitar a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene un <u>referido</u> antes de ver al <u>especialista</u> .

 Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en este cuadro son después de alcanzar su deducible, si se aplica un deducible.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> (pagará menos)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará más)	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u> de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$10 de <u>copago</u> /visita	Sin cobertura	Ninguna
	Visita a un <u>especialista</u>	\$65 de <u>copago</u> por visita	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ evaluaciones/ vacunas</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si se le realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos exámenes de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por vez.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección Encuentre más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en www.Premiera.com/hmo/documents/059902_2024.pdf	Medicamentos genéricos preferidos	\$10 de <u>copago</u> por receta (por venta minorista), \$25 de <u>copago</u> por receta (por pedido por correo)	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista) y un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Sin cargo para medicamentos preventivos específicos. Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$40 de <u>copago</u> por receta médica (por venta minorista), \$100 de <u>copago</u> por receta (por pedido por correo)	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista) y un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.
	<u>Medicamentos especializados</u> preferidos	\$70 de <u>copago</u> por receta médica	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días. Solo tiene cobertura en determinadas farmacias especializadas contratadas. Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.
	Medicamentos genéricos no preferidos Medicamentos de marcas no preferidas <u>Medicamentos especializados</u> no preferidos	Medicamentos genéricos no preferidos: \$150 de <u>copago/receta</u> (venta minorista), \$375 de <u>copago/receta</u> (pedido por correo) Medicamentos de marca no preferidos: \$150 de <u>copago/receta</u> (venta minorista), \$375 de <u>copago/receta</u> (pedido por correo) Medicamentos especializados no preferidos: \$150 de <u>copago/receta</u>	Sin cobertura	Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos: cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista), cubre un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Medicamentos especializados no preferidos: cubre un suministro de hasta 30 días. Solo tiene cobertura en determinadas farmacias especializadas contratadas. Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.
Si le hacen una operación ambulatoria	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos servicios. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por vez.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$300 de <u>copago</u> por visita + 20% de <u>coseguro</u>	\$300 de <u>copago</u> por visita + 20% de <u>coseguro</u>	No se cobra el <u>copago</u> de la sala de emergencias si es admitido al hospital.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	En el hospital: \$300 de <u>copago</u> por visita + 20% de <u>coseguro</u> En un centro independiente: \$25 de <u>copago</u> por visita	En el hospital: \$300 de <u>copago</u> por visita + 20% de <u>coseguro</u> En un centro independiente: \$25 de <u>copago</u> por visita	Ninguna
Si es hospitalizado	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso por sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: \$10 de <u>copago</u> por visita Establecimiento: 20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios internos	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías).
	Servicios de parto profesionales	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> (pagará menos)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (pagará más)	
	Servicios de parto prestados en un establecimiento	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografías).
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se limita a 130 visitas por año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Para pacientes ambulatorios: \$65 de <u>copago</u> por visita Pacientes hospitalizados: 20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Para pacientes ambulatorios: \$65 de <u>copago</u> por visita Pacientes hospitalizados: 20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Incluye fisioterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se limita a 90 días por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para la compra de algún equipo médico. Penalización: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por vez.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se limitan a 240 horas de relevo; se limitan a 10 días para pacientes hospitalizados: límite de beneficio general de 6 meses de por vida, excepto que se apruebe lo contrario.
Si su hijo necesita servicios odontológicos u oftalmológicos	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Atención dental (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos para la infertilidad • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de EE. UU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería privada • Atención de rutina de la vista (adultos) • Programas para la pérdida de peso
Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. No es una lista completa. Consulte el documento de su <u>plan</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Atención quiropráctica u otras manipulaciones de la columna vertebral 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención podológica • Audífonos 	

Sus derechos para continuar la cobertura: hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. Información de contacto de esos organismos: para los planes ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para planes gubernamentales, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323 x61565 o visite www.cciio.cms.gov. Con respecto a los planes eclesiásticos y todos los otros planes, llame al 1-800-562-6900 para comunicarse con el Departamento Estatal de Seguros o a la aseguradora al 1-844-722-4661 o TTY 711. Es posible que existan otras opciones de cobertura disponibles para usted, como una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar una queja formal y 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 para dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también brindan 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 su plan al 1-844-722-4661 o TTY 711, o con el Departamento Estatal de Seguros al 1-800-562-6900, o con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Por lo general, la [cobertura esencial mínima](#) incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si reúne los requisitos para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no pueda acceder al [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](#), tal vez pueda acceder a un [crédito fiscal para las primas](#) que le ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de ayuda en su idioma:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-722-4661.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-722-4661.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-844-722-4661.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-844-722-4661.

—————*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica, 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 este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según el tratamiento que efectivamente reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y a los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes planes de salud. 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 el parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$4,000
- Copago del especialista \$65
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de parto prestados en un establecimiento
Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita a un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$4,000
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$1,700
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$5,770

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

- El deducible general del plan \$4,000
- Copago del especialista \$65
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$200
<u>Copagos</u>	\$1,500
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,520

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

- El deducible general del plan \$4,000
- Copago del especialista \$65
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Prueba diagnóstica (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,000
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,600