

**Premiera Blue Cross : PPO 80% Plan 500**Cobertura: Individual o Familiar | Tipo de plan: PPO

El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo 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 o una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-722-1471 (TTY: 711) o visítenos en [www.premiera.com](http://www.premiera.com). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro término subrayado, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-722-1471 (TTY: 711) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                 | Respuestas                                                                                                                                                                                                                 | Por qué esto es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general?                                 | \$500 individual/\$1,000 familiar.                                                                                                                                                                                         | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de su familia se encuentran incluidos en el <u>plan</u> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto 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> . Pero se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?              | No.                                                                                                                                                                                                                        | No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Cuál es el <u>límite de desembolso directo</u> de este <u>plan</u> ? | \$4,500 individual/\$9,000 familiar                                                                                                                                                                                        | El <u>límite de desembolso directo</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia se encuentran incluidos en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de desembolso directo</u> hasta que se alcance el <u>límite de desembolso directo</u> general de la familia.                                                                                                                                                                                              |
| ¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso directo</u> ?     | La <u>prima</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 aunque usted pague estos gastos, estos no se cuentan para su <u>límite de desembolso directo</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| Preguntas importantes                                                            | Respuestas                                                                                                                                                      | Por qué esto es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor que se encuentra dentro de la red</u> ? | Sí. Consulte <a href="http://www.premera.com">www.premera.com</a> o llame al 1-800-722-1471 para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> . | Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la 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 de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría hacer uso de un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Se necesita un <u>referido</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?      | No.                                                                                                                                                             | Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

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

| Evento médico común                                                                   | Servicios que podría necesitar                                                                                                               | Lo que usted pagará                                                                                        |                                                                                                                                                            | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                       |                                                                                                                                              | Proveedor dentro de la red (pagará menos)                                                                  | Proveedor fuera de la red (pagará más)                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                            |
| Si usted visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor de atención médica</u> | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                                                                              | \$30 de <u>copago</u> /visita                                                                              | 50% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                     | Ninguna                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       | Visita a un <u>especialista</u>                                                                                                              | \$30 de <u>copago</u> /visita                                                                              | 50% de <u>coseguro</u>                                                                                                                                     | Ninguna                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       | <u>Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas</u>                                                                                      | Sin cargo                                                                                                  | <u>Cuidados preventivos</u> : 50% de <u>coseguro</u><br><u>Vacunas</u> : Sin cargo (para menores de 18 años), 50% de <u>coseguro</u> (a partir de 18 años) | 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)                                                                                  | Los primeros \$500 sin cargo (compartido con imágenes), después 20% de <u>coseguro</u>                     | Los primeros \$500 sin cargo (compartido con imágenes), después 50% de <u>coseguro</u>                                                                     | Ninguna                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                       | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI]) | Los primeros \$500 sin cargo (compartido con <u>pruebas diagnósticas</u> ), después 20% de <u>coseguro</u> | Los primeros \$500 sin cargo (compartido con <u>pruebas diagnósticas</u> ), después 50% de <u>coseguro</u>                                                 | Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos exámenes de diagnóstico por imágenes al tratar pacientes ambulatorios. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por vez. |

| Evento médico común                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Servicios que podría necesitar                                          | Lo que usted pagará                                                                                                      |                                                                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                         | <u>Proveedor dentro de la red</u><br>(pagará menos)                                                                      | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(pagará más)                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b><br><br>Encuentre más información disponible sobre la <b><u>cobertura de medicamentos con receta</u></b> en<br><br><a href="https://www.premera.com/documents/052147_2025.pdf">https://www.premera.com/documents/052147_2025.pdf</a> | Medicamentos genéricos                                                  | \$10 de <u>copago</u> /receta (por venta minorista), \$30 de <u>copago</u> /receta (por pedido por correo)               | \$10 de <u>copago</u> por receta (por venta minorista), no tiene cobertura (por pedido por correo) | Cubre un suministro de hasta 90 días (por venta minorista y por pedido por correo). Farmacias minoristas: un <u>copago</u> por cada suministro para 30 días. Sin cargo para medicamentos preventivos específicos. Se requiere una <u>autorización previa</u> para obtener algunos medicamentos. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Medicamentos de marcas preferidas                                       | \$40 de <u>copago</u> por receta médica (por venta minorista), \$120 de <u>copago</u> por receta (por pedido por correo) | \$40 de <u>copago</u> por receta (por venta minorista), no tiene cobertura (por pedido por correo) | Cubre un suministro de hasta 90 días (por venta minorista y por pedido por correo). Farmacias minoristas: un <u>copago</u> por cada suministro para 30 días. Se requiere una <u>autorización previa</u> para obtener algunos medicamentos.                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Medicamentos de marcas no preferidas                                    | \$70 de <u>copago</u> /receta (por venta minorista), \$210 de <u>copago</u> /receta (por pedido por correo)              | \$70 de <u>copago</u> por receta (por venta minorista), no tiene cobertura (por pedido por correo) | Cubre un suministro de hasta 90 días (por venta minorista y por pedido por correo). Farmacias minoristas: un <u>copago</u> por cada suministro para 30 días. Se requiere una <u>autorización previa</u> para obtener algunos medicamentos.                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <u>Medicamentos especializados</u>                                      | \$250 de <u>copago</u> /receta                                                                                           | Sin cobertura                                                                                      | Cubre un suministro de hasta 30 días. Se requiere una <u>autorización previa</u> para obtener algunos medicamentos.                                                                                                                                                                             |
| <b>Si usted se realiza una operación ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                   | 50% de <u>coseguro</u>                                                                             | Se requiere una <u>autorización previa</u> para obtener algunos servicios. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por vez.                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Honorarios del médico/cirujano                                          | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                   | 50% de <u>coseguro</u>                                                                             | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                                                                                                             | <u>Atención en la sala de emergencias</u>                               | \$200 de <u>copago</u> /visita + 20% de <u>coseguro</u>                                                                  | \$200 de <u>copago</u> /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                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Evento médico común                                                                   | Servicios que podría necesitar                                    | Lo que usted pagará                                                                                                                  |                                                                                                                               | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                       |                                                                   | <u>Proveedor dentro de la red</u><br>(pagará menos)                                                                                  | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(pagará más)                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                       | <u>Atención de urgencia</u>                                       | En el hospital: \$200 de <u>copago</u> /visita + 20% de <u>coseguro</u><br>En un centro independiente: \$30 de <u>copago</u> /visita | En el hospital: \$200 de <u>copago</u> /visita + 20% de <u>coseguro</u><br>En un centro independiente: 50% de <u>coseguro</u> | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si es hospitalizado</b>                                                            | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación del hospital) | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                               | 50% de <u>coseguro</u>                                                                                                        | Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar los servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía.                                                         |
|                                                                                       | Honorarios del médico/cirujano                                    | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                               | 50% de <u>coseguro</u>                                                                                                        | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso por sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                             | Visita al consultorio: \$30 de <u>copago</u> /visita<br>Establecimiento: 20% de <u>coseguro</u>                                      | 50% de <u>coseguro</u>                                                                                                        | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                       | Servicios para pacientes hospitalizados                           | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                               | 50% de <u>coseguro</u>                                                                                                        | Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar los servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía.                                                         |
| <b>Si se encuentra embarazada</b>                                                     | Visitas al consultorio                                            | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                               | 50% de <u>coseguro</u>                                                                                                        | El <u>costo compartido</u> no se aplica para 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 profesionales de nacimiento/parto                       | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                                               | 50% de <u>coseguro</u>                                                                                                        | El <u>costo compartido</u> no se aplica para 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 usted pagará                                                                                   |                                                  | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            |                                                     | <u>Proveedor dentro de la red</u><br>(pagará menos)                                                   | <u>Proveedor fuera de la red</u><br>(pagará más) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                            | Servicios del establecimiento de nacimientos/partos | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                | 50% de <u>coseguro</u>                           | El <u>costo compartido</u> no se aplica para 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).                                                                                                                                                      |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <u>Atención de salud en el hogar</u>                | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                | 50% de <u>coseguro</u>                           | Se limita a 130 visitas por año calendario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                            | <u>Servicios de rehabilitación</u>                  | Paciente ambulatorio: \$30 de <u>copago</u> /visita<br>Paciente hospitalizado: 20% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u>                           | Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Incluye terapia física, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar los servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía. |
|                                                                                            | <u>Servicios de habilitación</u>                    | Paciente ambulatorio: \$30 de <u>copago</u> /visita<br>Paciente hospitalizado: 20% de <u>coseguro</u> | 50% de <u>coseguro</u>                           | Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Incluye terapia física, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar los servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía. |
|                                                                                            | <u>Atención de enfermería especializada</u>         | 20% de <u>coseguro</u>                                                                                | 50% de <u>coseguro</u>                           | Se limita a 90 días por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar los servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por estadía.                                                                                                                                                                      |

| Evento médico común                                                 | Servicios que podría necesitar          | Lo que usted pagará                       |                                        | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                     |                                         | Proveedor dentro de la red (pagará menos) | Proveedor fuera de la red (pagará más) |                                                                                                                                                                                  |
|                                                                     | <u>Equipo médico duradero</u>           | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                 | Se requiere <u>autorización previa</u> para la compra de algún equipo médico. Penalización por usar servicios fuera de la red: 50% del cargo permitido hasta \$1,500 por vez.    |
|                                                                     | <u>Servicios de cuidados paliativos</u> | 20% de <u>coseguro</u>                    | 50% de <u>coseguro</u>                 | Límite de 240 horas de apoyo familiar; límite de 30 días para pacientes hospitalizados; límite de beneficio general de por vida de 6 meses, excepto que se apruebe lo contrario. |
| <b>Si su hijo necesita servicios odontológicos u oftalmológicos</b> | Examen de la vista para niños           | Sin cobertura                             | Sin cobertura                          | Ninguna                                                                                                                                                                          |
|                                                                     | Anteojos para niños                     | Sin cobertura                             | Sin cobertura                          | Ninguna                                                                                                                                                                          |
|                                                                     | Chequeo dental infantil                 | Sin cobertura                             | Sin cobertura                          | Ninguna                                                                                                                                                                          |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si quiere continuar con su cobertura después de que esta termine. La información de contacto para esas agencias es: para planes ERISA, contacte a la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Para planes pertenecientes al gobierno, comuníquese con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), al 1-877-267-2323 x61565 o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Para los planes eclesiásticos y todos los demás planes, comuníquese con el Departamento Estatal de Seguros (State Insurance Department) al 1-800-562-6900 o con la aseguradora al 1-800-722-1471 o TTY: 711. También puede disponer de otras opciones de cobertura, incluida la contratación de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite la página web [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos a presentar [quejas y apelaciones](#):** Existen organismos que pueden ayudarle si tiene una demanda contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta reclamación se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicho [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan la información completa para presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) 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 1-800-722-1471 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 visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

**¿Este [plan](#) proporciona [cobertura esencial mínima](#)? Sí.**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si reúne los requisitos para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que 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](#), usted podría acceder a un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

**Servicios de ayuda en su idioma:**

Español: para obtener asistencia en español, llame al 1-800-722-1471.

Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-722-1471.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-722-1471.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-722-1471.

—————*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 este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según el tratamiento que reciba en verdad, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos en virtud del plan. Haga uso de 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 <u>deducible</u> general del <u>plan</u>    | \$500 |
| ■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>          | \$30  |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 20%   |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                           | 20%   |

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales de nacimiento/parto  
 Servicios del establecimiento de nacimientos/partos  
Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Visita a un especialista (*anestesia*)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

| <u>Costo compartido</u>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$500          |
| <u>Copagos</u>                     | \$10           |
| <u>Coseguro</u>                    | \$2,100        |
| <u>Qué no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$2,670</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

|                                                  |       |
|--------------------------------------------------|-------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>    | \$500 |
| ■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>          | \$30  |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 20%   |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                           | 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*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

| <u>Costo compartido</u>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$30           |
| <u>Copagos</u>                     | \$1,400        |
| <u>Coseguro</u>                    | \$0            |
| <u>Qué no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,450</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|                                                  |       |
|--------------------------------------------------|-------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>    | \$500 |
| ■ <u>Copago</u> del <u>especialista</u>          | \$30  |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 20%   |
| ■ Otro <u>coseguro</u>                           | 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*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

| <u>Costo compartido</u>            |                |
|------------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u>                  | \$500          |
| <u>Copagos</u>                     | \$400          |
| <u>Coseguro</u>                    | \$300          |
| <u>Qué no está cubierto</u>        |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,200</b> |